

ISSN 1311-3321

РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „Ангел Кънчев“
UNIVERSITY OF ROUSSE „Angel Kanchev“

Факултет „Природни науки и образование“
Faculty of Natural Science and Education

СБОРНИК ДОКЛАДИ

на

СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’09

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’09

PROCEEDINGS

of

the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’09

Русе
Rousse
2009

ISSN 1311-3321

РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „Ангел Кънчев“
UNIVERSITY OF ROUSSE „Angel Kanchev“

Факултет „Природни науки и образование“
Faculty of Natural Science and Education

СБОРНИК ДОКЛАДИ

на

СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’09

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’09

PROCEEDINGS

of

the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’09

Русе
Rousse
2009

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'09**, организирана и проведена във факултет „Природни науки и образование” на Русенския университет “Ангел Кънчев”.

Докладите са отпечатани във вида, предоставен от авторите им.
Доклады опубликованы в виде, предоставленном их авторами.
The papers have been printed as presented by the authors.

ISSN 1311-3321

Copyright ©

♦ **СТУДЕНТСКАТА НАУЧНА СЕСИЯ** се организира от **АКАДЕМИЧНОТО РЪКОВОДСТВО** и **СТУДЕНТСКИЯ СЪВЕТ** на **РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ (РУ)** с цел да се предостави възможност на студенти и докторанти да популяризират основните резултати от своята учебно-изследователска работа и да обменят опит.

♦ **ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:**

• **Съпредседатели:**

доц. д.т.н. Христо Белоев – РЕКТОР на РУ
Иван Калинов – ПРЕДСЕДАТЕЛ на СС

• **Научни секретари:**

доц. д-р Ангел Смикаров – Заместник-ректор на РУ
ASmrikarov@ecs.ru.acad.bg; 082-888 249
Радослав Линов – Заместник-председател на СС
R.Linov@abv.bg; 082-888 390

• **Членове:**

Факултет „Аграрно индустриален”

доц. д-р Чавдар Везиروف
vezirov@ru.acad.bg; 082-888 442
Цветелина Василева
cvete@abv.bg

Факултет „Машинно технологичен”

доц. д-р Стоян Стоянов
sgstoyanov@ru.acad.bg; 082-888 572
Зорница Иванова
zori_doli@abv.bg

Факултет „Електротехника, електроника, автоматика”

доц. д-р Русин Цонев
rtzonev@ru.acad.bg; 082-888 379
Надя Антонова
antonowa14@abv.bg

Факултет „Транспортен”

доц. д-р Валентин Иванов
vdivanov@ru.acad.bgi; 082-888 373
Иван Калинов
i.kalinov@abv.bg

Факултет “Бизнес и мениджмънт”

доц. д-р Юлиана Попова
jprorova@ru.acad.bg; 082-888 813
Виктория Ангелова
viktoriya.angelova88@gmail.com

Факултет „Юридически”

ст.ас. Елица Куманова
derecho@abv.bg; 082-845 281
Антоанета Николаева
mugal@mail.bg

Факултет „Природни науки и образование”

доц. д-р Петър Сигалов
sigalov@ami.ru.acad.bg; 082-888-754
Благовест Николов
blago_nikolov_86@abv.bg

Филиал Разград

гл.ас. д-р Цветан Димитров
tz_dimitrow@abv.bg; 0887-631 645
Деница Бонева
deni4ka_boneva@abv.bg

Филиал Силистра

гл. ас. Галина Лечева
lina_acad.bg@abv.bg; 0897-912 702
Александър Господинов
lordsweet@mail.bg

СЕКЦИЯ „Здравна промоция и превенция”

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Проучване на ефекта от включването на кинезитерапията в общия план за профилактика и лечение на <i>Luxatio coxae congenital</i>	9
автори: Ирина Караганова, Невелина Пенчева научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
2. Кинезитерапия при деца с вродени деформитети на ходилото – „криви крачета”	16
автори: Невелина Пенчева, Ирина Караганова научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
3. Кинезитерапия при бронхиална астма	21
автори: Йордан Гавраилов, Светла Шопова научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев	
4. Кинезитерапия при исхемичен мозъчен инсулт в ранен възстановителен период	26
автор: Антоанета Атанасова научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев	
5. Физикална терапия при прогресивна мускулна дистрофия	33
автор: Веселин Луканов научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев	
6. Ерготерапевтична оценка на дейностните потребности на хора в напреднала възраст, живеещи в социална институция	40
автори: Елица Великова, Зорница Еленкова научен ръководител: ас. Петя Минчева	
7. Участието в международни програми – предизвикателство и възможности за студентите	45
автори: Петя Димова, Росица Михайлова научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова	
8. Метаболически синдром – проблема современной кардиологии	51
авторы: Торнике Беридзе, Нино Цинцадзе, Мурад Цинцадзе научный руководитель: асоц. проф. д-р Нериман Цинцадзе	
9. Кинезотерапевтична програма и методика за лечение на детска церебрална парализа	57
автор: Ивелина Друмева научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
10. Кинезотерапевтична програма и методика за лечение на рахита в кърмаческа възраст	62
автор: Антоанета Димитрова научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
11. Съвременни кинезотерапевтични подходи за превенция на затлъстяването при подрастващи	69
автор: Десислава Енчева научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
12. Fit-ball – една нова концепция за движение в системата fitness	75
автор: Мариета Гвоздиева научен ръководител: ст. ас. Искра Илиева	

13.	Етиология и лечение на гръбначни изкривявания – сколиоза и кифоза	80
	автор: Гергана Дуницова	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
14.	Насоки в кинезитерапевтичното повлияване на ревматоидния артрит	83
	автор: Херис Мехмед	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
15.	Рехабилитационен план при хронично възпаление на тазобедрената става – коксартроза	86
	автор: Жулиде Сали	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
16.	Смущения в обмяната на пурините – подагра, клинична картина, лечение, кинезитерапия	90
	автор: Ивелина Спасова	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
17.	Гонартроза – етиология, клинична картина, съвременно медикаментозно и ортопедично лечение	94
	автор: Гюлшен Мутлу	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
18.	Структура и функции на глезенно-ходилния комплекс	98
	автори: Христина Христова, Йоана Вълева	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
19.	Поглед към биомеханиката на раменна става	103
	автор: Виктория Добрева	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
20.	Изследване на анатомията и кинезиологията на тазобедрената става	107
	автор: Нина Цмел	
	научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова	
21.	Остеомиелит- клиника и лечение	111
	автор: Фикри Тургаев Фикрие	
	научен ръководител: ст.ас. Петя Парашкевова	
22.	Безопасността на болните – актуален медицински проблем	114
	автори: Шенол Север, Мерол Гюрсой	
	научен ръководител: доц. д-р Нериман Цинцадзе	

СЕКЦИЯ „Физическо възпитание и спорт”

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Холистичен подход и спортни занимания	117
автор: Искра Илиева	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
2. Основи на тактическата подготовка при 9-11- годишни бадминтонисти	121
автор: Илиян Илчев	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
3. Подвижните игри като средство за развитие на двигателни качества и формиране на специфични умения в обучението по минифутбол..	125
автор: Камен Симеонов	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
4. Лекоатлетическите занимания на открито – фактор за повишаване на физическата дееспособност и укрепване здравето на подрастващите	129
автор: Петя Пенева	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
5. Спортът като алтернативно средство за борба с агресията и насилието у подрастващите	134
автор: Иван Нейков	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
6. Русенско спортно дружество „Юнак”- IV-ти съюзен събор в Русе (пощенски картички за събитието)	139
автор: Румен Кузов	
7. Цел, задачи и значение на съвременното физическо възпитание	145
автор: Невена Неделчева	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
8. Каланетика	150
автор: Ирина Александрова	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
9. Йога – начин на живот	154
автор: Велизара Джамбазова	
научен ръководител: ст. ас. Искра Илиева	
10. Туристическата дейност за екологичното възпитание на подрастващите	159
автор: Иван Иванов	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
11. Туризмът и екологичното възпитание на порастащите	164
автор: Невена Георгиева	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
12. Аеробика и физическо възпитание	170
автор: Деница Йорданова	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
13. Паневритмията – български нетрадиционен модел за възпитаване на нравствено-волеви качества в начална училищна възраст	178
автор: Калина Стойчева	
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	

14.	Семейное физическое воспитание как народная традиция	183
	автор: Татьяна Новакова	
	научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
15.	Проблемы психологии спорта	189
	автор: Диана Кунева	
	научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
16.	Професионално-личностни качества на учителя по физическо възпитание и спорт	194
	автор: Петър Цанков	
	научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
17.	Место фитнес-дисциплин в уроках по физической культуре и спорта	198
	автор: Марианна Перонкова	
	научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
18.	Ефективность обучения и взаимодействие „Учитель – ученик”, в системе физического образования	203
	автор: Тияна Божилова	
	научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	
19.	Ниската двигателна активност и други причини за появата на наднормено тегло при децата в начална училищна възраст	208
	автор: Десислава Цветкова	
	научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова	

Проучване на ефекта от включването на кинезитерапията в общия план за профилактика и лечение на *Luxatio coxae congenita*

автори: Ирина Караганова, Невелина Пенчева
научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: *In our research work we had to examine 11 children /8 girls and 3 boys/ about the same age. All of them were about 8 months old and with diagnosis Luxatio coxae congenita. When we acquainted with the facts of the case the kinesitherapy's programs and complete set for curative gymnastics were created. All traced anthropometric and functional indices and tests upon the children with a congenital as well as acquired luxation on the hip joints were effectual. The results of the given kinesitherapy treatment showed complete success. The recuperation in 80 percent of cases were completely and fair chance of success we achieved in the period before the operation with 20 percent of the children who we set for surgical treatment.*

Key words: *Luxatio coxae conganita, Kinesitherapy, Hip joints.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието и формирането на здравето и личността на детето зависят от познанията и компетентността на самите родители, както и от условията, които му осигуряват още първите дни след раждането. За съществуването на новороденото еднакво необходими са както храненето и положителните емоции, така и поддържащата двигателна активност.

В нашата страна последният елемент от тази триада не е равностоеен на останалите. Това твърдение се потвърждава от липсата у нас на специализирана литература за прилагане на кинезитерапия в най-ранния период – като фактор за пълноценно двигателно развитие и навременна двигателна активност. Поради тези причини съвременната жена, която се подготвя за майчинство, няма нужните познания за същността и средствата на кинезитерапията, които да използва като дългосрочна кинезитерапевтична програма при отглеждане на своето бебе.

Неправилното отглеждане на новороденото от своя страна е причина за едно от най-често срещаните пороци от групата на детските заболявания – **Вродената луксация на тазобедрената става**. Тя обхваща широк спектър от аномалии на детската тазобедрена става, вариращи от нестабилност и халтавост до пълно изместване на бедрената глава спрямо един повече или по-малко дисплазичен ацетабулум.[1]

Luxatio coxae congenita е важен медико-социален и икономически проблем. Тя заема първо място сред вродените заболявания на опорно-двигателния апарат и късните усложнения от нея /болка, нарушена походка, коксартроза или асептична некроза на бедрената глава/ представляват сериозна заплаха за трудоспособността и активния живот на обществото. Лечението на дисплазията и нейните последиствия е сложно, дълготрайно и неефективно - всяка лекувана става остава рискова за цял живот. [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Днес голямо значение се отделя на профилактиката на това заболяване. В ранен етап от развитието на детето /между 45-тия и 60-тия ден/ се прави клиничен преглед и ехографска диагностика на тазобедрените стави от специалист ортопед. Целта е навременно откриване на луксацията или дисплазията и провеждане на компетентно лечение. [2]

За съжаление остават нерешени проблемите свързани с недостатъчната информираност на съвременните родители и медицинския персонал относно превенцията и включването на кинезитерапията в общия план за профилактика и лечение на *luxatio coxae congenita*. Тази некомпетентност е причина за тежки

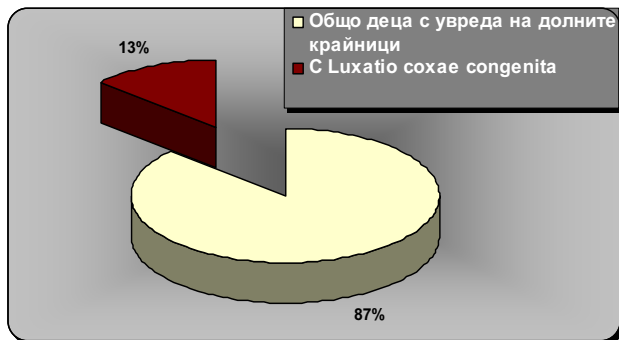
последиви, които се отразят не само на психиката на родителите, но и на психиката на самото дете.

Все още, дори в родилните домове не е премахнато стегнатото повиване на новороденото. При отглеждането на своите деца, малка част от съвременните майки прилагат системно масаж и гимнастика. Повечето родители в напрегнатото си ежедневиe прибягват до използването на така наречените „помощни средства“ – проходилки, бърнджи-гащи, каишки за прохождение, с които неволно осакатяват своите деца. Насилственото приучване на детето към седеж, скачане и ходене са основна причина за развитието на по-често срещаната в практиката придобита луксация на тазобедрените стави.

Целта на настоящето съобщение е да предложим модел на кинезитерапевтично поведение и мерки за превенция за ограничаване и ликвидиране на вродената и придобита луксация на тазобедрените стави. Да представим резултатите от приложеното от нас кинезитерапевтично лечение.

Обект на проучването са 11 деца /8 момичета и 3 момчета/ с диагноза Luxatio coxae congenita. Изследването бе проведено в ОФТР към МБАЛ – гр. Русе за периода 01.2009/03.2009 година.

Резултатите от скрининговото проучване показват, че децата с проучваната от нас патология са 1% процент от всички пациенти на отделението. Луксацията на тазобедрените стави съставлява 3% от общия брой увреди на опорно-двигателния апарат и 8% от увредите на долния крайник. Пациентите на отделението в детска възраст са почти 1/3 от общия контингент болни в ОФТР. Тези с луксация на тазобедрените стави са сравнително висок процент - 2% от общия контингент деца и 13% от децата с увреди на долните крайници.

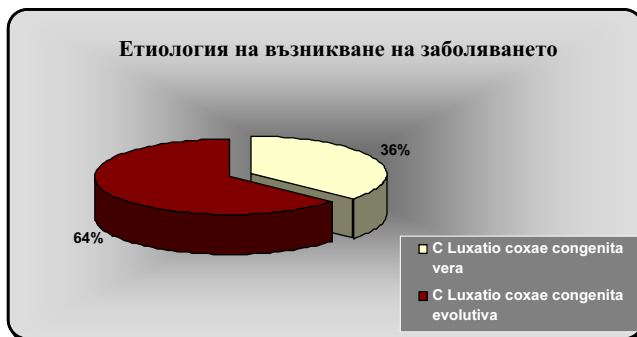


Диаграма 1. Процент на луксациите на тазобедрената става сред детския контингент болни с увреди на долните крайници

Проучването ни показва, че момичетата с луксация на тазобедрената става са почти 3 пъти повече от момчетата /73% - момичета и 27% - момчета/, което отговаря на данните в поучаваната от нас литература за по-високата заболяемост на децата от женски пол. [3]

По данните от рентгеновите и клиничните изследвания се установи, че от всички деца с луксация на тазобедрените стави истинската вродена луксация на тазобедрените стави /Luxatio coxae congenita vera/, се наблюдава при 36% от пациентите, при останалите 64% се установи придобита луксация /Luxatio coxae congenita evolutiva/, тоест придобитите луксации са 2,5 пъти по-чести от вродените в

проучваният от нас контингент, което най-вярно се дължи на ниската здравна просвета на родителите, неправилно отглеждане на новороденото.



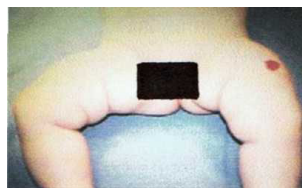
Диаграма 2. Етиология на възникване на заболяването

За потвърждаване на диагнозата и определяне степента на деформацията на 4 от децата бе направена коса рентгенова снимка. Сонографското изследване бе направено на 3 деца на възраст до 3 месеца. Последното даде ясен и точен образ на елементите, изграждащи тазобедрените стави на децата, достатъчен за поставяне на диференциална диагноза. Ядрено-магнитна диагностика бе приложена на едно от децата с тежка дисплазия.

На базата на визуалните и палпаторните методи, които използвахме за диагностика в началото на изследването установихме проявата на следните симптоми на заболяването при наблюдаваните от нас деца: крив таз, външна ротация на долния крайник, установиха се при 8 от изследваните деца, видимо скъсяване на долният крайник имаше при 5 от пациентите всички на възраст на и над 6 месеца, асиметрия на бедрените и глутеалните гънки имаше при 8 от изследваните, хиперлакситет на ставите установихме при всички 11 изследвани деца. При 2 от децата с двустранна луксация бяха установени увеличаване на поясната лордоза и положителен симптом на Дюшен-Тренделенбург.



Фигура 1. Лявостранна луксация на тазобедрената става



Фигура 2. Асиметрия на бедрените и глутеалните гънки

Мерки за превенция и кинезитерапевтични методики за лечение при деца с Luxatio coxae congenita

Целта на превенционните мерки е да осигурим опазване на нормалното устройство и функция на тазобедрените стави на новороденото и кърмачето чрез подържане на физиологичната флексивно-абдукционна позиция в ставите чрез

специални абдукционни гащички и спазването на някои хигиенни норми за правилно отглеждане на новороденото.

Правилното отглеждане на новороденото е начало на лечението на вродената дисплазия на тазобедрената става и профилактика на по-често срещаната в практиката предизвикана луксация.

Целта на кинезитерапията при лечението на децата с луксация бе чрез общо укрепване и трениране на двигателните рефлексни да подпомогнем правилното развитие на детето и по-специално на неговият опорно-двигателен апарат, да запазим и развием силата на мускулатурата и обема на движение в тазобедрените стави. При децата, които се подготвяха за оперативно лечение, целта беше да подготвим пациентите за предстоящата операция и по-бързото им възстановяване в следоперативния период, заучаване на някои по-елементарни упражнения, които ще се прилагат в следоперативния период.

Кинезитерапевтичната програма включва:

- **Парафин** на увредената става с температура 38-39° за около 15 мин.
- **Лечебен масаж** на цялото тяло.
- **Комплекс от упражнения** по лечебна гимнастика, който включва:

- **Рефлексни движения** – използвахме Хватателен рефлекс на Робинзон, рефлекс на Ландау, Гален-реакция, Безусловен рефлекс на пълзене на Бауер, Плантарен стъпален рефлекс, Лабиринтен тоничен рефлекс, Автоматичен рефлекс на ходене на Томас, Реакции за положение, Реакции за равновесие и др., съобразно възрастта и двигателните възможности на пациентите.



Фигура 3. Рефлекс на пълзене



Фигура 4. Рефлекс на ходене

- **Упражненията** бяха предимно пасивни, включихме и активни упражнения изпълнени в резултат на звуково или зрително дразнене, упражнения за подобряване на равновесието и координацията на движенията.



Фигура 5. Пасивна гимнастика с ръце



Фигура 6. Пасивна гимнастика с крака



Фигура 7. Специални упражнения за оформяне на ставната ямка

При по-големите деца упражненията се изпълняваха от тилен, страничен и лицев лег, седеж, колянна опора. Включени бяха упражнения при елиминирана гравитация и срещу нея, упражнения с и на уреди, голям брой дихателни упражнения и приложни игри. От комплекса бяха изключени забранените движения - аддукция, хиперекстензия и ротациите в тазобедрената става.

- Допълнителни занимания със специалната методика на Войта

Стимулиране на обръщането – към 5-тия – 6-тия месец

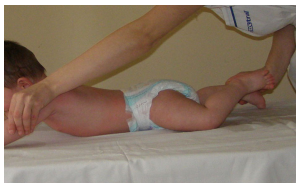


Фигура 8. I-ва фаза



Фигура 9. II-ра фаза

Рефлексно пълзене – към 8 – 9-тия месец



Фигура 10.

- Допълнителни занимания със специалната методика на Бобат



Фигура 11. Упражнения „на четири” на Бобат

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Ефекта от приложената от нас кинезитерапия и превантивни мерки отчетохме чрез промяната в някои резултати от проведените в началото и в края на проучваният период соматоскопични изследвания и антропометрични измервания на 11-те пациенти лекувани от нас с кинезитерапия.

Положителни промени се отбелязват в показателите за ръст и тегло, което доказва благоприятното влияние на кинезитерапията върху двигателното развитие на детето. Особено показателни за ефекта на кинезитерапията в лечението на деца с луксация на тазобедрените стави са данните от измерванията на обема на движение в ставите и дължината на крайниците в началото и края на изследването и не на последно място регистрираните изменения в рентгеновите показатели и по-специално – големината на ацетабуларния индекс. Всички показатели показват тенденция към подобрене след прилагане на специализирана кинезитерапия.

Резултатите от приложеното кинезитерапевтично лечение показаха абсолютен успех – пълно възстановяване в 80% от случаите, при останалите 20%, които подготвихме за оперативно лечение постигнахме значително подобрене в състоянието на тези пациенти и ги подготвихме за по-бързото им възстановяване в следоперативния период.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Извършеното от нас комплексно изследване на децата с луксация на тазобедрената става в МБАЛ – гр. Русе доказва необходимостта от профилактично изследване на всички новородени още в родилния дом и провеждане на просветна дейност на родителите за спазване на някой хигиенни правила и норми за отглеждане на новороденото и профилактика на предизвикана луксация на тазобедрените стави. Ранното диагностициране на вродената нестабилна или луксирана тазобедрена става в ранния неонатален период е гаранция за успешното лечение и функционалното възстановяване на увреденият крайник.

Създадените от нас кинезитерапевтични програми и комплекси по лечебна гимнастика имат положителен ефект върху развитието на всички проследени антропометрични и функционални показатели и проби на децата с вродена и придобита луксация на тазобедрените стави. Съчетанието на лечебният масаж и гимнастика на бебето със спазването на основните хигиенни правила и норми за отглеждане на новороденото и кърмачето и най-вече поддържането на физиологична позиция на флексия и абдукция в тазобедрените стави чрез поставянето на по-широки памперси или ортопедични гащички са основно профилактично средство и начало на лечението при ранно диагностициране на заболяването.

Кинезитерапевтичните програми създадени от нас показват висока ефективност при ранно и навременно диагностицираните случаи на луксация на тазобедрената става, което доказват данните от рентгеновите снимки и резултатите от проведените соматоскопични и антропометрични изследвания и функционални тестове в началото и в края на кинезитерапевтичното лечение.

Кинезитерапията – общо и лечебната физкултура в частност са основно средство в консервативното лечение на заболяването.

ИЗВОДИ

Включването на кинезитерапията в общия план за превенция и лечение на Luxatio coxae congenita ще допринесе значително за пълноценното двигателно развитие и функционално възстановяване на пациентите.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Абальмасова Е., А. Лечение врожденных и диспластических деформаций опорно двигательного аппарата у детей и подростков. Ташкент, М., 1979.
- [2] Палмен, К. Профилактика на вродено изкълчване на тазобедрената става. С., Сп. „Педиатрия“ № 49, 1991.
- [3] <http://www.hip-baby.org/>

За контакти:

Ирина Караганова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, тел. 0884203004, e-mail: karaganovai@abv.bg

Невелина Пенчева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, тел. 0883361291, e-mail: nevi_25@abv.bg

Доц. д-р П. Баракова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Кинезитерапия“, тел. 0899955088, e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Кинезитерапия при деца с вродени деформитети на ходилото – „криви крачета”

автори: Невелина Пенчева, Ирина Караганова
научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: *Most frequently used methods of treatment today in the world, to enable more children to receive treatment, which lead to full life. In recent years, increased attention receive conservative treatment - Methody of Ponseti, French Physical Therapy. These methods are successful in 80% - 90% of cases treated immediately after birth without any relapse or surgery.*

The program includes 9 children with the study diagnosis in which these methods were applied. Analysis of results shows that antropometric indices are positively affected as a result of the attached kinesitherapy.

Key words: *Methody of Ponseti, French Physical Therapy, Kinezitherapy*

ВЪВЕДЕНИЕ

„Кривите крачета”, един от най-често срещаните проблеми по детска ортопедия, е характерна сложна триизмерна деформация на опорно-двигателния апарат. В процеса на ембрионалното развитие на долният крайник, настъпва този тип деформация, обхващаща трите му части – ходило, предходило и пръсти. Ангажират се всички елементи – кости, ставни капсули, лигаменти и мускули. Различават се следните по-важни деформации: Pes equinovarus, Pes planovalgus, и Pes metatarsus adductus.

Доказано е, че най-често срещаният се вроден ходилен деформитет е pes equinovarus congenitus /1,5/.

Но въпреки това лечението им днес е дискуссионен въпрос и продължава да бъде едно от най-големите предизвикателства. Този спор се дължи отчасти на трудностите при измерване и оценка на ефективността на различни методи на лечение.

Същевременно наличието на информация по отношение на деформитета в публичното пространство е значително малко. Наблюденията показват, че при съобщаване на проучената диагноза, родителите са, неинформирани за възможностите на лечение и за детайлите на даденият метод. Все още според данни от различни литературни източници е установено, че пренаталната диагностика не е усъвършенствана, деформацията трудно се открива по време на бременност. Обяснява се със слабата материална база и ненасочеността към превенция по време на бременност. Докато в други страни родителите имат възможността, при установяване на диагнозата, да направят проучване на методите за лечение, да обмислят и вземат решение на каква терапия да подложат детето си, което същевременно да подмогне и работа на екипа от специалисти /педиатри, ортопеди, физиотерапевти и кинезитерапевти/.

ИЗЛОЖЕНИЕ

С настоящето съобщение целим да информираме, кои са най-често използваните днес методи на терапия в световен мащаб, за да могат повече деца да получат лечение, чрез което да водят пълноценен начин на живот.

През последните години повишено внимание получава консервативното лечение, в чийто план се включват: нехирургичния метод на Понсети, при който се комбинира лечебна гимнастика с ортезно лечение, и методът на Френската физиотерапия, насочен изцяло в посока на кинезитерапията.

Данните от литературата показват, че тези методи са успешни, при 80% - 90% от случаите, лекувани непосредствено след раждането без да има рецидиви или хирургични интервенции /1,4,5/.

Нехирургичният метод на Понсети /1,2/. е развит през 40-те години, на ХХ век, но той става по-известен и популярен в последните 10-тина години. Прилага се широко в клиники в САЩ и Канада. Днес намира разпространение и у нас. С публикуването на книгата на д-р Понсети "Congenital Clubfoot, Fundamentals of Treatment" през 1996, метода става информативно достъпен за родители и лекари в Интернет. **Методът се състои** в прилагане на серия манипулации и гипсове, последвано от процедура, наречена тенотомия за срязване на ахилесовото сухожилие и след това продължителен период на носене на коригиращи обувки, прикрепени на шина.

1. Гипсовете – започват от първата седмица след раждането. Лекарят извършва манипулации със стъпалото, при което коригира постепенно еквиноваруса. Веднага след това се прилага гипс за задържане на постигнатата корекция. Всеки гипс стои 5 до 7 дни. Според състоянието и тежестта на деформитета се прилагат 5 до 7-8 гипса до пълното коригиране на стъпалото. При леки случаи са достатъчни 2-3 гипса.

2. Тенотомията – срязва се ахилесовото сухожилие подкожно, за да освободи стъпалото. При по-леките случаи тенотомия не се налага. След което се прилага последен гипс за 2-3 седмици – до зарастване на сухожилието.

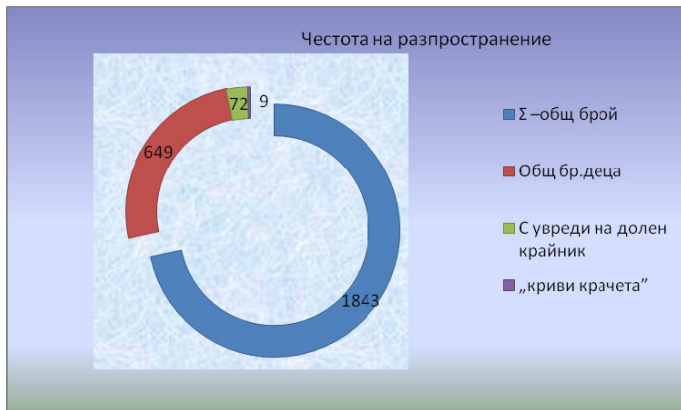
3. Носене на FAB (foot abduction brace) – ортопедични обувки, закачени за шина. Носят се 3 месеца по 23 часа – 1 час за къпане и тоалет през деня, и след това 2-3 години само по време на сън. Това се прави за да не се допусне relapse на болестта – рецидив. Обикновено обувките се поставят върху шината под ъгъл 60-70° външна ротация и 10-15° дорзифлексия. Важно е, разстоянието между токчетата на обувките да е еквивалентна на широчината на раменете.

На 6-мес. възраст детето се изследва рентгенологично. При настъпила корекция на деформитета се продължава с консервативното лечение.

Dimeglio и Bensahel разработват т.нар. **метод на френска физиотерапия**, който съществува в Европа през последните 20-30 години. Методът на френската физиотерапия включва всекидневни визити при физиотерапевта за първите 3 месеца и след това намаляващи посещения до 3 на седмица, до 6 месечна възраст. След този период, родителите прилагат физиотерапията в къщи и през нощта се носи шина (splinting), в продължение на 2-3 години. Във френския метод, усилията са съсредоточени върху леко разтягане на ходилото и средните структури, електростимулация на перонеалната мускулатура, както и поставяне на фиксираща лента на крака, позволяваща движение /3/.

При пациентите с проучваната от нас диагноза бе приложена кинезитерапия по методите, които бяха посочени по-горе.

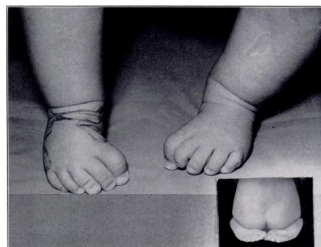
Обект на проучването са резултатите от лечението на пациенти в ОФТР на МБАЛ-АД Русе, чийто общ брой бе 1843, 649 бяха деца и подрастващи на възраст от 0-18 години, от тях 72 деца за физиотерапия и кинезитерапия по повод травми и заболявания на долните крайници, 9 – с деформации на ходилото – „криви крачета” /вж. диаграма 1/. При проучване на патологията на заболяването ние установихме, че има деца са с pes equinovarus congenitus, bilateralis, с pes planovalgus congenitus, bilateralis и pes metatarsus adductus /фиг.1, 2, и 3/.



Диаграма 1



Фигура 1. Билатерална еквиноварусна деформация



Фигура 2. Pes metatarsus adductus es metatarsus adductus



Фигура 3. Pes planovalgus congenitus

Кинезитерапевтична програма при пациенти на 6-10 мес. възраст с еквиноварус след приложение на метода на Понсети

Кинезитерапевтичната програма включва масаж, пасивни, рефлекторни упражнения (**Рефлекс на Ландау, Рефлекс на пълзене по Бауер, Плантарен рефлекс**), допълнителни занимания със специализирани методики - **метод на Войта и Бобат**. Чрез тях се стремяхме да поддържаме функционалното състояние на стъпалото след приложение на метода с превантивна цел срещу релапс.

Кинезитерапевтична програма при пациенти на 1-5 мес. възраст при *pes equinovagus*

Кинезитерапевтичната програма включва различни средства на кинезитерапията, с които да се постигне желаната от нас цел.

Кинезитерапевтичният комплекс бе разработен по модификация на метода на френската физиотерапия.

Комплекса включва рефлекторни упражнения, основаващи се на базата на безусловните рефлекс, в комбинация с активни упражнения с помощта на игровият метод и масаж. Усилията ни бяха съсредоточени върху леко разтягане на мускулите на ходилото, електростимулация с нискочестотни токове за намаляване на мускулния спазъм и топлинни апликации с парафин на перонеалната мускулатура и на мускулите на стъпалото.

В края на всяка процедура крачетата фиксирахме с мека превръзка в постигнатата от нас коригираща позиция. Поради перонеалната слабост като значителен проблем при деформацията, усилията е да се запази мобилността и укрепване, отколкото имобилизация.

РЕЗУЛТАТИ

За да проследим ефекта от нашата кинезитерапевтична работа и методика, направихме в началото и края на лечението, някои антропометрични измервания – ръст, тегло, сантиметрия на долни крайници и ъглометрия на глезенна става.

След прилагане на кинезитерапевтичните средства, данните от антропометричните показатели се промениха благоприятно: например повишената сила на долните крайници подмогна за по-бързото преминаване от една двигателна възраст в друга на децата с криви ходила, прави пълзенето, изправянето и ходенето по-стабилни и уверени, с което решаваме някои важни задачи на кинезитерапевтичното лечение, и за нас от изключително значение бяха и положителните промени в други два показателя – обиколка глезенна става и обиколка през стъпалото, т.к. имат отношение към патологоанатомичният строеж на талокруралната става и ходилото /табл.1/.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При проведенето от нас комплексно изследване на децата се установи възможното, ранно откриване на деформацията - по време на бременност и непосредствено след раждането, сравнително добро прогнозиране на развитието ѝ и нейното своевременно лечение, без да се налага използването на инвазивни методи на терапия.

С напредване на опита, точността на диагнозата непрекъснато се увеличава.

Положителните промени в изследваните показатели, доказват ефективността на приложените от нас кинезитерапевтични програми и комплекси по лечебна физкултура. Добрият ефект е в резултат на целенасочени, системни занимания с всеки отделен случай.

За поддържането на постигнатите резултати е необходимо спазването на някои хигиенни правила, които са важна предпоставка за лечението.

Информацията относно диагнозата, лечението и прогнозата на деформацията все още не е достатъчна в публичното пространство, затова има родители, които

късно търсят помощ. Методът трябва да започне да се прилага още през първите дни след раждането на детето - **от 7 до 10 ти ден от раждането!** Решаващо е лечението да започне рано!

Таблица 1. Резултати от извършената сантиметрия

№	име	Обиколки на крайниците											
		Обиколка глезенна става/см.						Обиколка стъпало/през МТТ/см.					
		начало			край			начало			край		
		десен	ляв	разлика	десен	ляв	разлика	десен	ляв	разлика	десен	ляв	разлика
1	В.М	10	10	0	12	12	0	11	11	0	12	12	0
2	Д.И	10	10	0	12	12	0	11	11	0	12	12	0
3	Н.Г	12,5	12,5	0	14	14	0	13,5	12,5	1	15	15	0
4	М.Т	13	13	0	15	15	0	13	13	0	15	15	0
5	Г.П	13,5	13,5	0	16	16	0	14	14	0	15	15	0
6	Х.М	14	14	0	18	18	0	14	14	0,5	17,5	18	0,5
7	Р.Б	16	16	0	19	19	0	17	16	1	19	18,5	0,5
8	И.Н	19	19	0	21	21	0	19,5	19	0,5	21	21	0
9	З.С	20	20	0	23	23	0	20	20	0	23	23	0
Средна стойност		14,22	14,22	0	16,66	16,66	0	14,77	14,5	0,3	16,61	16,61	0,1

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Grill, F., E. Ippolito, Ch., Radler, C., Stanitski, Clubfoot, Current Concepts in Pediatric Orthopaedics, 20-23 January, 2008, Ruse, Bulgaria
- [2] Ponseti, I.. Congenital clubfoot: fundamentals of treatment. New York: Oxford University Press, 1996,113-118
- [3] Morrissy, Raymond T., Weinstein, Stuart L., Lovell & Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Edition, Copyright B©2006 Lippincott Williams & Wilkins, 1258-1276
- [4] <http://www.medicalweblog.com/medicine/>
- [5] http://www.cpcentresofbg.com/bg/MedicalRehabilitation/physical_therapy

За контакти:

Невелина Пенчева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, тел. 0883361291, е-mail: nevi_25@abv.bg
 Ирина Караганова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, тел. 0884203004, е-mail: karaganovai@abv.bg
 Доц. д-р П. Баракова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Кинезитерапия“, тел. 0899955088, е-mail: mrsbarakova@abv.bg

Кинезитерапия при бронхиална астма

автори: Йордан Гавраилов, Светла Шопова
научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев

Kinesitherapy in bronchial asthma: *This research aimed to draw a conclusions form result of applied complex kinesitherapeutical program in treatment of people suffering form bronchial asthma. We investigate changes in anthropometrical and functional parameters of breathing. We also learn the patients in new breathing ways borrow form Yoga.*

Key words: *bronchial asthma, functional parameters of breathing, kinesitherapeutical program, Yogalates exercises.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Въпросът за лечението на бронхиална астма е актуален поради големият брой болни, както у нас, така и в глобален мащаб. Болните са многобройни, тъй като околната среда и света, в който живеем от ден на ден стават все по-замърсени. Като тук трябва да споменем, че стресът от съвременния начин на живот, също повлиява до голяма степен, разпространението на болестта. Проучване на Световната Здравна Организация показва, че след около 20 години, бронхиалната астма ще се превърне в третата по ред причина за смъртността на населението.

Кинезитерапията е неотменно средство в лечението на болни от бронхиална астма. Тя подпомага болните в приспособяването им към новите обстоятелства, наложени им от болестта. Благодарение на всички средства на кинезитерапията, болните, както в пристъпния период, така и в периода на клинична ремисия, намират необходимото облекчение. Това е едно много ценно следствие от процедурите, тъй като да се живее с бронхиална астма, може да бъде доста трудно и болезнено, особено когато не се прави необходимото преобучение, което всъщност е една от най-важните цели на кинезитерапията.

За да се прилагат някои от кинезитерапевтичните методи, не се изискват специални условия и средства. Болните лесно могат да изпълняват лечебни физкултурни комплекси и в домашни условия.

Бронхиалната астма е болест, която както всички други заболявания, има локални и общи прояви. Ние прилагаме интегративен подход на терапия, подходяйки комплексно към лечението.

Използваме методите на съвременната западна медицина, комбинирани с алтернативна медицина. Това предполага постигането на по-добри резултати.

ЦЕЛ

Целта на настоящото изследване е да се проучи ефектът от комплексна кинезитерапевтична програма при пациенти страдащи от бронхиална астма.

Задачите на изследването са:

- ✓ Проучване на литературата по проблема;
- ✓ Съставяне на комплексна кинезитерапевтична програма съдържаща освен лечебна гимнастика и масаж, и ПИР, Йогалатес и мобилизации на периферни стави;
- ✓ Проследяване и отчитане на ефектът от приложението на комплексната терапевтична схема;
- ✓ Анализирание на получените данни и извеждане на изводи.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

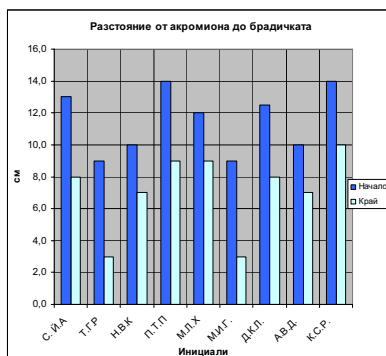
Изследването бе проведено от месец февруари до март 2009 в специализирана болница за активно лечение на белодробни болести – гр.Бургас. Проследихме влиянието на разработената от нас кинезитерапевтична програма

съчетана с избирателно подбрани упражнения от Йогалатес върху 10 жени с диагноза Бронхиална астма. Средната възраст на пациентите е 63,4 години. Всичките са със средно тежка форма на астма. Направени бяха функционални изследвания на дишането, антропометрични изследвания и функционални антропометрични изследвания, чрез които е свален кинезиологичния статус. Изследванията проведехме в началото и в края на кинезитерапевтичния курс. Функционалните изследвания на дишането са проведени със спирограф, а функционалните антропометрични измервания са извършвани чрез сантиметрия.

РЕЗУЛТАТИ

1. Разстояние от *acromion scapulae* до брадичката.

Резултатите от изследването на разстоянието от акромиона до брадичката е показано на фигура 1.

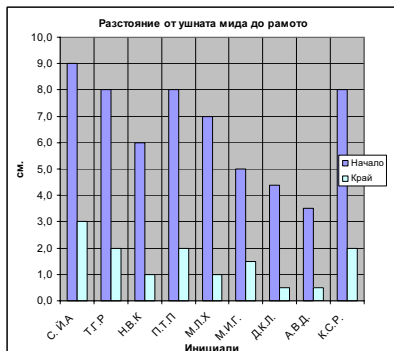


Фиг.1 Промени в данните за разстоянието от акромиона до брадичката

От нея се вижда, че има значително подобрение, изразяващо се в намаляване на разстоянието между двете точки. Средният прираст за всички пациенти е -4.4 см (при $\sigma = 1.2$). Всичко това доказва положителния ефект на разработената от нас кинезитерапевтична схема и най-вече от приложението на ПИР за *m. sternocleidomastoideus* и *mm. scaleni*.

2. Разстояние от ушната мида до рамото в сантиметри.

Резултатите от изследването на разстоянието от ушната мида до рамото е показано на фигура 2.

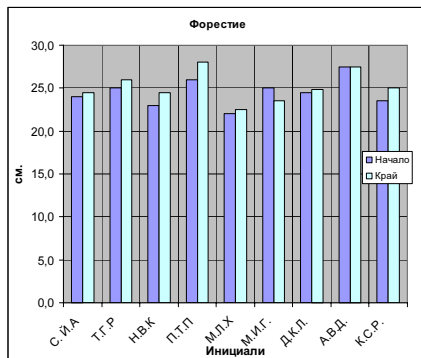


Фиг.2. Промени в данните за разстоянието от ушната мида до рамото

От нея се вижда, че има подобрение, изразяващо се в значително намаляване на разстоянието между двата анатомични пункта. Средният прираст за всички пациенти е - 5 см (при $\sigma = 1.2$). Наблюдаваният резултат показва подобрена мобилност на цервикалния дял на гръбначния стълб като допълнение на предходния показател.

3. Резултати от тест на Forestier 2

Резултатите за подвижността в торакалния дял на гръбначния стълб са положителни, но в по-малка степен в сравнение с предходните показатели.

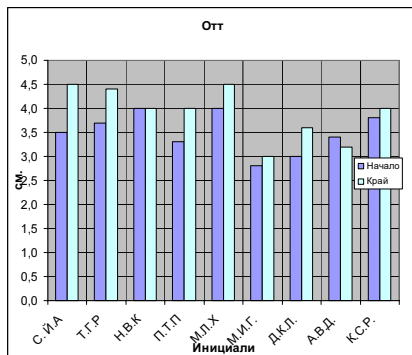


Фиг.3. Промени в данните за теста на Форестие

Както се вижда от фиг.3. измененията в теста са от 0 – 2 см (средно 0.6 см) при стандартно отклонение $\sigma = 1$. Това от една страна се дължи на по-малката нормална подвижност на гръбначния стълб в тази област, а от друга на краткия период на приложение на лечебната програма.

4. Резултат от теста на Ott

Резултатите за подвижността в торакалния дял чрез теста на Отт са отразени на фигура 4.



Фиг.4. Промени в данните за теста на Отт

От нея се вижда отново положителното въздействие на разработената от нас програма. Данните варират от 0 – 1 см. при средна стойност 0,4 и $\sigma = 0,4$.

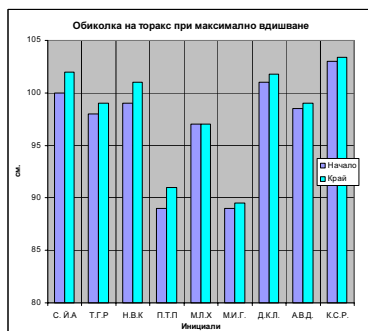
5. Данни от антропометричните измервания

Обиколка на гръден кош на нивото на 4^{то} ребро. Данните са обобщени от средноаритметичните стойности при 3 измервания, при максимално издишване и максимално вдишване отразени на фигури 5 и 6.

От така представените данни се вижда подобряване на функционалните възможности на белите дробове, изразяващи се в намаляване на стойностите при издишване и увеличаването им при вдишване. Средните стойности варират от -0.5 до 1 см съответно за експирация и инспирация (при $\sigma = 0.8 - 1$).



Фиг.5. Обиколка на торакса при максимално издишване

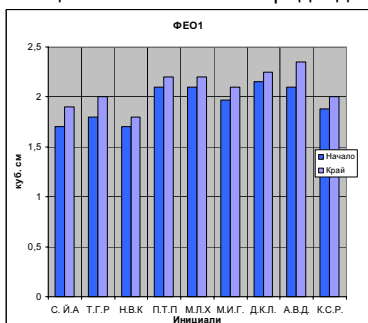


Фиг.6. Обиколка на торакса при максимално вдишване

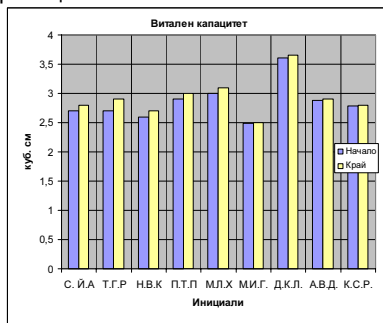
Аналогични данни получихме и при обиколка на гръден кош на нивото на плаващите ребра и под аксилите.

6. Резултати от Функционално изследване на дишането (ФИД).

На фиг. 7 и 8 са показани данните от спирографското изследване на външното дишане. Стойностите са сравнително ниски за ФЕО_1 и почти в нормата за виталният капацитет като се има в предвид възрастовата граница на контингента болни.



Фиг.7. Обиколка на торакса при максимално издишване



Фиг.8. Обиколка на торакса при максимално вдишване

Средните начални данни за ФЕО_1 са 1.9 куб. см в началото на изследването, а в края те са се подобрили до 2.1 куб. см при стандартно отклонение от $\sigma = 0.1$.

Поради спецификата на заболяването ВК не се изменя и средните стойности си остават 0,1 куб. см (при $\sigma = 0.1$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексният подход при лечението на пациенти с бронхиална астма е дълготрайно условие за по-дългата клинична ремисия. Поради фактът, че в болницата за активно лечение на белодробни заболявания в град Бургас не се прилага активна кинезитерапия, болните все по-често получават тежки астматични пристъпи и броят на диспансеризираниите расте прогресивно. Това бяха причините, които ни насочиха вниманието към проблематиката за лечението на бронхиалната астма.

При направеният литературен обзор установихме, че в българската литература по проблема липсват достатъчно данни и публикации за последните 12 години.

От анализа на данните в последната глава на дипломната работа се вижда убедително положителния резултат от приложената от нас комплексна терапевтична схема.

Особено благоприятно въздействие се забелязва при комбинацията на постизометрична релаксация на вратната мускулатура с упражненията от лечебната гимнастика и тези от Йогалатес. Автогенният тренинг по Шулц допълнително релаксира нервната система на пациентите.

Масажът и мобилизацията на периферните стави разтягат и подобряват храненето на спастичните дихателни мускули.

Наблюдавахме при всички пациенти по-дълъг период на ремисия, което допълнително показва добрия резултат от прилаганото от нас лечение.

Така съставената кинезитерапевтична програма би била още по-ефективна ако се комбинира с климатолечение в подходящи за това санаториуми като Сандански, Велинград и Павел баня.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Каранешев Г., Л. Тодоров, Лечебна физкултура при домашни условия, МФ, София, 1969
- [2] Ангелова С., Победете бронхиалната астма, полинозите, сенната хрема, Хомо Футурус, София, 2003
- [3] Стоева Р., Кинезитерапия и здраве, Хомо Футурус, София, 2003
- [4] Денчев К., Бронхиална Астма, МФ, София., 1978
- [5] Божков Б., "Алергия и астма", Книгоиздателска къща "труд", София, 2003,
- [6] Блаха Х. "Бронхит и бронхиална астма", МФ, София. 1989
- [7] Краев Т. „Учебник по лечебен масаж“-специална част, Ерсид ООД, София, 2007
- [8] Краев Т. Учебник по лечебен масаж и постизометрична релаксация – обща Част, изд. Веридия, София, 2005
- [9] Тодоров Т. Мануална медицина диагностика и терапия, Университетско издателство ВСУ "Черноризец Храбър" ВАРНА, 2005
- [10] Гачева Й., Кожухарова М. "Методически указания по приложението на лечебната физкултура в медицинската практика", том IV

За контакти:

Йордан Гавраилов, Русенски университет "Ангел Кънчев", дипломант, Специалност "Кинезитерапия"

Гл. ас. д-р Стефан Янев, Русенски университет "Ангел Кънчев", Катедра "Кинезитерапия", тел. 082 821993

Кинезитерапия при исхемичен мозъчен инсулт в ранен възстановителен период

автор: Антоанета Атанасова

научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев

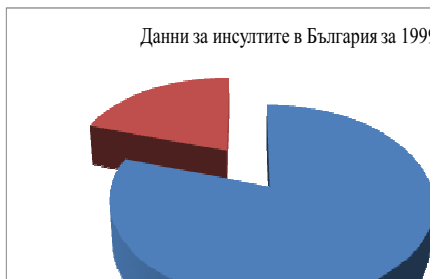
Резюме: Докладът има за цел да запознае аудиторията с проведеното от нас изследване на ефективността от комплексна кинезитерапевтична програма при пациенти в ранен възстановителен период след прекаран исхемичен мозъчен инсулт. Съставената от нас терапевтична схема акцентира на приложението на масажа като неотменна част от лечебният процес.

Ключови думи: исхемичен мозъчен инсулт; кинезитерапевтична програма; масаж.

ВЪВЕДЕНИЕ

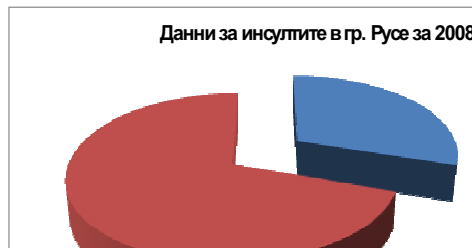
Мозъчните инсулти представляват нарушение на мозъчното кръвообращение с огнищна и общомозъчна симптоматика и могат да бъдат хеморагични или исхемични. Медико – социалната им значимост се базира на високата заболяемост, високия процент смъртност и на тежката инвалидизация, до която водят.

Днес сред социално значимите болести те заемат първо място. Исхемичните мозъчни инсулти за 1999г. са 80% - 85% от всички мозъчни инсулти, което е посочено на фиг.1. От това става ясно, че хеморагичните мозъчни инсулти са около 20%, значително по-малко от исхемичните.



Фиг.1. Данни за инсултите в България за 1999г.

В град Русе данните сочат, че мозъчните инсулти са общо 3411, от които исхемичните мозъчни инсулти са 1009, както е показано на фиг.2



Фиг. 2. Данни за инсултите в град Русе за 2008г.

1. Характерни особености на исхемичните мозъчни инсулти.

Исхемичните мозъчни инсулти възникват в резултат на ограничаване или прекъсване на кръвотока, респективно на притока на кислород и глюкоза към главния мозък.

Съдовото увреждане на главния мозък обуславя следните промени:

- Оток;
- Некроза;
- Некробиоза (*процес на бавно, постепенно умиране на клетка или тъкан*) на ганглиевите клетки и осиевите цилиндри;
- *Пролиферация* – Тя има за цел да прочисти размякнатия участък, който с течение на времето цикатризира.

Исхемични нарушения се делят на:

- асимптомни;
- транзиторни исхемични атаки (ТИА) – проявяват се с огнищни вертебробазиларни и каротисни симптоми с продължителност под 24 часа.
- парциален реверзиблен исхемичен дефицит
- голям исхемичен инсулт (т.н. мозъчен инфаркт), който се дели на бял и червен.

2. Видове исхемични мозъчни инсулти и етиология на всеки от тях:

- **Тромботичен мозъчен инсулт** – възниква след формиране на тромб върху улцерирала атероматозна плака – причините за възникването са фибромускулната дисплазия, артериалните дисекции, злоупотребата с вазоконстрикторни вещества.
- **Емболичният мозъчен инсулт** - е в следствие на запушване на мозъчни или предмозъчни съдове от ембол с кардиален или артериален произход. Причини за емболичните инсулти са предсърдно мъждене, изкуствени клапи, пресен миокарден инфаркт, ендокардит, сърдечни пороци, дилативна кардиомиопатия, персистиращ форамен овале, пролапс на митрална клапа.
- **Хемодинамичният исхемичен мозъчен инсулт** се развива при релативна недостатъчност на кръвотока, респективно кислорода и глюкозата.

3. Основни синдроми са тези на корова увреда (монопарези и др.), синдром на капсуларна увреда (хемипарези, централен *facialis*), синдром на увреда на пирамидния път в областта на мозъчния ствол (хемипареза на противоположната страна на увредата и засягане на ЧМН на страната на увредата), синдром на двустранна увреда на пирамидния път.

4. Клинична картина:

Двигателни нарушения: спастично повишен мускулентонус, болестно усилен сухожилни и надкостни рефлекс, поява на патологични рефлекс, изчезват кожните коремни рефлекс, поява на болестни синкинезии.

Нарушения в: *gnosis* (зрителни, слухови, тактилни, синестатични), *sternognosis*, асоматогнозия, *arghaxia*, *aphasia* - моторна и сензорна афазия.

Психични нарушения: проявява се агресивен или пасивен синдром, нарушения в паметта и интелекта.

Сетивни нарушения: хемипестезия, хемипарестезия.

Изследванията, които се провеждат са: образна диагностика с и без контрастни материали, лабораторни изследвания и кинезитерапевтични изследвания – тест на Бартел, стадии по Брюмстром, Функционално Мускулно Изследване, анализ на походката, дейности от ежедневието.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

1. Целта на изследването е да се изследва влиянието на разработена от нас кинезитерапевтична методика стимулираща оптимално резервните и компенсаторни механизми на болните, за да се постигне максимална самостоятелност и по-добро качество на живот.

2. Задачите на изследването са:

- Проучване, както на нашата така и на чуждата съвременна литература;
- Разработване на кинезитерапевтична програма за целенасочено въздействие при ранен стадий на исхемичен мозъчен инсулт;
- Отчитане на резултатите от приложението на разработената от нас кинезитерапевтична програма.

3. Методика на изследването.

Изследвахме осем пациенти във Второ неврологично отделение на МБАЛ – гр. Русе съставляващи работната група. При тях ние приложихме специално разработената от нас кинезитерапевтична схема. Други осем пациента съставлящи контролна група бяха от СБАЛФРМ „Медика“, с които е работено по стандартната методика на лечение. Всички бяха с диагноза исхемичен мозъчен инсулт в ранен възстановителен период. Възрастта на пациентите варираше от 59 до 94 години.

И двете групи тествахме с тест на Бартел, ФМИ, стадии по Брюмстром, ДЕЖ и анализ на походката.

Средствата от кинезитерапията, които използвахме и при двете групи бяха: лечебна гимнастика, ПНМУ, суспензионна терапия и вертикализация и обучение в ходене.

Разликата в методиката ни на работа при двете групи се състои в това, че в работната група освен споменатите средства приложихме и масаж на спастичните крайници.

Масажът спомага: да се понижи рефлексорната възбудимост на спастичните мускули и така профилактира мускулните контрактури; да се активират разтегнатите и атрофичните мускули; да се подпомогне възстановяването на нарушените двигателни функции и трофиката на крайника.

След третия ден след инфаркта започнахме с лек масаж и лечение чрез положение, последвано от пасивни упражнения. В началото започнахме с масаж на здравия едноименен крайник, с релаксиращи похвати. Първо масажирахме долният крайник, а след това горния, тъй като в долния рефлексорната нервно-мускулна възбудимост е по-малко изразена. Спастичните мускули обработихме с нежно поглаждане и разтриване в бавен темп, а трофичните мускули със същите похвати, но по-интензивно. Ставите също обработихме с поглаждане и разтриване. Продължителността на масажа бе 10 – 15 минути. При засегнат лицев нерв правихме и лек масаж на лицевата мускулатура, чрез леко поглаждане от брадичката нагоре за засегнатата страна и от челото надолу за здравата страна, така се стимулира засегнатата мускулатура и се релаксира здравата.

Останалите кинезитерапевтични средства - лечение чрез положение, ПНМУ (диагонали на Кабат), дихателна гимнастика, пасивни упражнения, автопасивни упражнения, вертикализация и обучение в ходене, суспензионна терапия, аналитични упражнения за лицевата мускулатура приложихме по стандартната методика. Схемата на процедурата по кинезитерапия е показана на таблица 1.

Таблица 1 Кинезитерапевтична схема

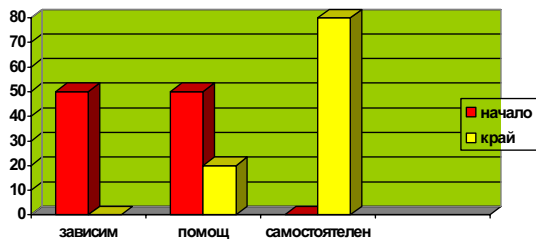
Части и времетраене	Съдържание	Задачи	Методически указания
Подготвителна част 10 – 15 минути	Масаж Дихателни упражнения	Намаляване на рефлексорната възбудимост на спастичните мускули, намаляване на контрактурите и активиране на атрофичните мускули. Постигане на по-добра белодробна вентилация	Изпълнява се бавно поглаждане и разтриване първо на здравите крайници след това на засегнатите, като се работи първо долен след това горен крайник Изпълняват се като се вдишва през устата дълбоко и бавно издишва също така през носа
Основна част 40 – 45 минути	Суспенсионна терапия Пасивни упражнения – ПНМУ (диагонали на Кабат) за горен и долен крайник, пасивни за киткена става. Автопасивни упражнения за горен крайник .Вертикализация и обучение в ходене	Подобряване обема на движение Подобряване на мускулния тонус и обема на движение Подпомага се възстановяването на движението в засегнатите крайници Трениране на ортостатичните реакции и подобряване на походката	Изпълнява се за раменна и тазобедрена стави на засегнатите крайници. темпа е бавен. Изпълняват се в бавен темп, като се работи от големите към малките стави, по стандартната методика. Изпълняват се в умерен темп Изпълнява се постепенно в зависимост от адаптирането на всеки един пациент
Заключителна част 5 – 10 минути.	Дихателни упражнения Масаж	Постигане на обща релаксация Релаксация на пациента	Упражненията се изпълняват бавно и дълбоко вдишване и издишване. Изпълнява се само поглаждане на здравите и на засегнатите крайници, от дистално към проксимално.

РЕЗУЛТАТИ

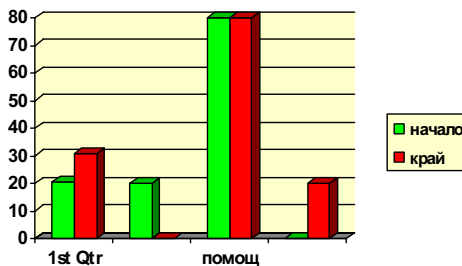
Освен Бартел и ФМИ, проведохме и други тестове, като дейности от ежедневието (ДЕЖ) и анализ на походката.

Изследванията показаха, че по отношение на дейностите от ежедневието в началото 50% от пациентите от работната група са зависими, останалите 50% ги извършват с помощ. В края на изследването след 30 дни 20% от същите пациенти извършват ежедневието с помощ и 80% са самостоятелни.

От контролната група в началото на изследването 20% от пациентите са зависими за ДЕЖ, а 80% от тях ги извършват с помощ. В края на изследването данните са следните 20% самостоятелни и 80% извършват дейностите от ежедневието с помощ, като накрая самостоятелните пациенти от работната група са 80%, а от контролната група са само 20%.



Фиг. 3. Данни от ДЕЖ за работната група от пациенти



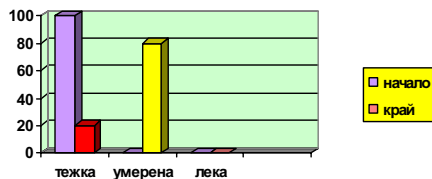
Фиг. 4. Данни от ДЕЖ на пациентите от контролната група.

Другия от приложените тестове е анализа на походката. Данните за пациентите от работната група са следните, в началото всички пациенти са с тежка походка а в края всички са подобрили до умерена.

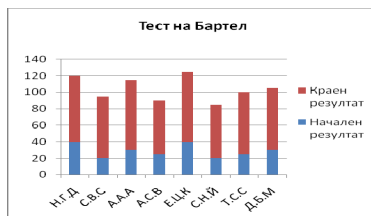
В началото пациентите от контролната група са с тежко паретична походка, а към края на изследването само 80% от тях са подобрили походката до умерена, като 20% остават с тежка, което показва ефикасността на нашата методика. Всичко това е показано на фигура 5 и 6.



Фигура. 5 Данни за анализа на походката на работната група от пациенти.

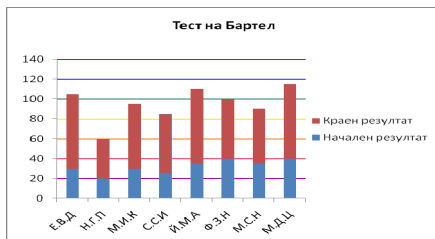


Фигура 6. Данни за анализа на походката на пациентите от контролната група.



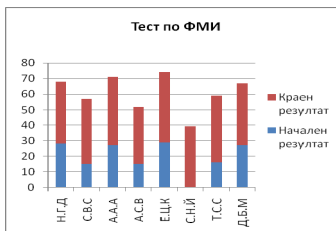
Фигура 7. Данни от теста на Бартел за работната група

На графиката са представени начални и крайни резултати от теста на Бартел. От което се вижда, че средния прираст е 29 точки в началото а в края е 76, което показва значително подобрение.



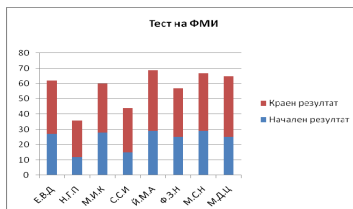
Фигура 8. Данни от теста на Бартел за контролната група.

Данните сочат че средните стойности за началните резултати са 39, а средните стойности за крайните резултати са 63, наблюдава се подобрение, което обаче е по малко от това на работната група пациенти.



Фигура 9. Данни от ФМИ за работната група.

На графиката са представени начални данни за пациентите от работната група 19,6 средно и краен резултат средно 41,2, което показва, че пациентите успешно са подобрили повече от два пъти стойностите на резултатите от теста, вследствие на приложението на нашата методика.



Фигура10. Данни от ФМИ за контролната група.

По отношение на контролната група данните сочат, че в началото средната стойност е 23,7 а крайната е 33,7. Това показва, че пациентите от контролната група също са подобрили крайните резултати, но значително по-малко от работната група, което доказва, че нашата методика на кинезитерапевтично лечение дава по-добри резултати от стандартната.

Статистическите данни от изследването сочат, че при стандартно отклонение 5,9 за теста на Бартел имаме среден прираст 46,8 за осем пациента съставлящи опитната група. По отношение на теста - ФМИ при стандартно отклонение 9,1 средният прираст е 21,6 за същите пациенти, а за контролната група пациенти, които също са осем, при стандартно отклонение 9,9 за теста на Бартел, средният прираст е 31,25 и за ФМИ при стандартно отклонение 3,7 средният прираст е 10. От това става ясно, че резултатите за контролната група са значително по-ниски от тези на работната, което показва, че приложените от нас кинезитерапевтични средства дават положителни резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След проучването на литературата и приложението на разработената от нас кинезитерапевтична програма за целенасочено въздействие при ранен стадий на исхемичен мозъчен инсулт и анализа на тестовите и изводите за всеки един от тях показаха, че пациентите от работната група, с които ние работихме подобряват резултатите си двойно в сравнение с тези от контролната група, което отразява въздействието на масажа който не е прилаган в лечението на пациентите от контролната група съчетан с останалите кинезитерапевтични средства.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Райчев, Р., И. Райчев - неврология, издателство Артик 2001г.
- [2]. Е. Ваверек, - „Исхемичен мозъчен инсулт“ публикуван: 23. 02. 2006г.
- [3]. Горанова, З., Г. Маркова – Старейшинска, Д. Карайджикова – Масаж, учебник за студенти от НСА, София, 1992г.
- [4]. <http://www.zdrave.rozali.com>
- [5]. <http://www.lekar.bg>
- [6]. Д. Димитров, http://lechitel.blogspot.com/2009/01/blog-post_1842.html

За контакти:

Антоанета Атанасова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, дипломант, Специалност “Кинезитерапия”, тел.: 0883322451, e-mail: chokogazara@abv.bg

Гл. ас. д-р Стефан Янев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра “Кинезитерапия”, тел. 082 821993

Физикална терапия при прогресивна мускулна дистрофия

автор: Веселин Луканов

научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев

The muscular dystrophies are a group of genetic and hereditary myopathies that are characterized by progressive skeletal or voluntary muscle weakness and loss of muscle tissue and caused by defects in structural muscle proteins. The muscles of the heart and some other involuntary muscles are also affected in some forms of muscular dystrophy, and a few forms involve other organs as well. The major forms of muscular dystrophy include myotonic, Duchenne, Becker, limb-girdle, facioscapulohumeral, congenital, oculopharyngeal, distal, Emery-Dreifuss and severe childhood autosomal recessive muscular dystrophy. Duchenne is the most common form of muscular dystrophy affecting children and myotonic muscular dystrophy is the most common form affecting adults. Muscular dystrophy can affect people of all ages. Although some forms first become apparent in infancy or childhood, others may not appear until middle age or later.

Key words: Genetic and Hereditary Myopathies, Forms, Affecting Children, Congenital, Autosomal Recessive Muscular Dystrophy.

ВЪВЕДЕНИЕ

Мускулните дистрофии представляват голям медико-социален проблем. Кинезитерапията заема главна роля в лечението на заболяелите с мускулна дистрофия, поради това че тя може да задържи прогресията на заболяването и значително да подобри самообслужването на пациентите, както и да удължи техния живот.

Мускулните дистрофии или миопатии представляват характерни за детската възраст наследствени или наследствено-фамилни заболявания с хроничен или хронично-прогресивен ход на развитие и голяма инвалидност. Мускулите могат да дистрофират първично (първични мускулни дистрофии) или като последствие на невро-мускулно увреждане (вторични мускулни дистрофии).

1. Характерни особености на прогресивната мускулна дистрофия (ПМД).

Прогресивната мускулна дистрофия (distrophia musculorum progressiva) е наследствена болест, която се предава от майката. От всички видове мускулни дистрофии тя е най-тежката и най-разпространената. Заболяването се проявява още в ранна възраст, като засяга предимно момчета.

ПМД е заболяване засягащо мускулите на човешкото тяло. Изразява се в мускулна слабост и атрофия на мускулатурата. Протича под много форми, в един случай се проявява в най-ранна детска възраст, много рядко – в юношеска, и съвсем рядко в зряла възраст. Когато заболяването започне в детска възраст, най-бързо се засягат поясните мускули, а в по-късна възраст – лицевата и раменната мускулатура. Заболяването протича бавно и постепенно с мускулна слабост, ярко изразена при натоварване на организма. Симптомите прогресират мускулатурата атрофира, замества се от мастна или съединителна тъкан.

Мускулите на подбедрениците се уголемяват и стават по-плътни, но тонусът им е понижен, двигателната мускулна способност е намалена, рефлексите се понижават или изчезват. Увеличението на обема на засегнатата мускулатура се дължи на разрастването на фиброзна тъкан в мускулите. Към 16-18-годишна възраст болните са напълно обездвижени. Настъпва прогресивно намаляване на силата на проксималните мускули на долните крайници. Постепенно към 4-годишна възраст походката на детето се затруднява, става патешка, като туловището изостава в следствие развиващата се лордоза. Децата изпитват особено затруднение при изкачване на стъпала, изправят се от легнало в клекнало положение, като си помагат с двете ръце, които опират на долните крайници и чрез редуване ги придвижват нагоре.

Дистрофията на горните крайници и раменния пояс довежда до криловидно изпъкване на лопатките (scapulae altae) по късно се засягат и малките мускули, лицето става безизразно детето престава да се движи, а това засилва развитието на атрофия и способства за оформянето на контрактури, които го превръщат в инвалид.

Обикновено заболяелите умират от усложнения – пневмония, дихателна и сърдечна недостатъчност. В около половината от случаите болестта протича с умствено изоставане.

Прогнозата е неблагоприятна. Заболяването протича хронично и прогресиращо, продължава с години, като болните се приковават към леглото.

Най-често срещаните добре очертани клинични форми на прогресивните мускулни дистрофии са: X – хромозомно свързани дистрофии, автозомно-доминантни миопатии и автозомно-рецесивни (вродени) мускулни дистрофии.

2. Видове прогресивната мускулна дистрофия:

На таблица 1 е представена кратка класификация на най-често срещаните заболявания от тази група (Kaplan et al., 1997).

Таблица 1. Основни видове мускулни дистрофии

ЗАБОЛЯВАНЕ	УНАСЛЕДЯВАНЕ	ГЕНЕН ЛОКУС	ГЕНЕН ПРОДУКТ	ЧЕСТОТА
Мускулна дистрофия тип Дюшен и тип Бекер	XP	Xp21.2	дистрофин	1:3500 (момчета)
Мускулна дистрофия тип Emery-Dreifuss	XP	Xq28	емерин	1:20000 (мъже)
Мускулна дистрофия тип пояс-крайник	AD/AP	11 гена	9 белтъка	1:25000
Мускулна дистрофия тип фасцио-скапуло-хумералис	AD	4q35	-	1:50000

AD – автозомно-доминантно, AP – автозомно-рецесивно, XP – X свързано рецесивно заболяване

- МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ ТИП ДЮШЕН – Заболяването засяга предимно детската и юношеска възраст и е една от многото типове дистрофични и дисметаболични заболявания на нервната система и нервно мускулния апарат.

Мускулната дистрофия тип Дюшен, засяга предимно момчетата, като първите белези се проявяват около първата до третата година от раждането. Причинена е от X – свързан ген, т.е. генът разположен върху X – хромозомата (момчетата имат две, а момчетата едно копие от този ген). В повечето от случаите майката носи този ген, но самата тя не се засяга от него. Всеки следващ син на носителката има вероятност от 50% да е засегнат и вероятността всяка дъщеря да е носител също е 50%. Малък брой от жените проявяват изразена мускулна слабост в много ниска степен и те са известни като, изявени носителки. Определяне на носителския статус на жените във фамилията по данни от изследването на клиничната картина, както прилагане на нови рекомбинантни ДНК технологии и провеждане на дородова диагностика.

- МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ ТИП БЕКЕР – Мускулна дистрофия тип Бекер представлява X- свързана мускулна дистрофия с клинична картина подобна на тази при тип Дюшен, но изразена в по-малка степен и по-бавна прогресия. Началото на болестта варира, но обикновено е след 5 годишна възраст, в юношеска или по-късна възраст.

Мускулната дистрофия тип Бекер е открита през 1956^{-та} година. Някои пациенти с това заболяване до скоро биваха диагностицирани като болни от пояс-крайник тип мускулна дистрофия (в случая са засегнати други гени и моделът на унаследяване не е X- свързан – по равно се засягат мъже и жени). Дистрофията Бекер има бавна прогресия и засяга само мъже.

- **МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ ТИП ПОЯС – КРАЙНИК** – Мускулните дистрофии тип пояс-крайник са познати като генетично хетерогенни – известни са доминантна и рецесивна форма. Всички мускулни дистрофии тип пояс-крайник показват подобно разпределение на мускулната слабост, засягаща горната част на ръцете и краката. Често първите проявени симптоми ще са трудно изкачване на стълби, изправяне от клекнало положение или повдигане на ръцете над главата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Изследването на мускулните дистрофии е важно, защото това са заболявания водещи до тежка инвалидност, влияят върху всички аспекти от човешкия живот – самообслужване (хранене и личен тоалет), отразява се върху психиката и емоционалното състояние (общуване с околните), придвижването в пространството е трудно и допълнително се усложнява с напредването на дистрофичния процес. Заболяването прогресира постоянно а това предполага трудно лечение.

1. Целта на изследването е положително повлияване на пациентите, подобряване техния начин на живот (самообслужване), изграждане на детайлен анализ за състоянието им, (на базата на който да изградим рехабилитационен план и да определим целите и задачите на кинезитерапията) и доказване ефективността на методиките.

2. Задачите са:

- Проучване на съществуващата литература по проблема.
- Разработване на кинезитерапевтична програма за постигане ефективност на кинезитерапевтичните занимания.
- Установяване на ефективността на методиката.
- Провеждане на изследвания за анализ на състоянието на пациентите.
- Отчитане на резултатите от проведените изследвания и от проведената от нас кинезитерапевтична програма.

3. Методика на изследването

Изследването проведохме в МБАЛ “Русе” в отделение физиотерапия и рехабилитация с 5 пациенти с прогресивна мускулна дистрофия тип Дюшен на средна възраст 28,2 г. През периода 2008 – 2009 г. пациентите регистрирали се в МБАЛ “Русе” с диагноза прогресивна мускулна дистрофия са 9.

Първоначално изследвахме пациентите чрез метода соматоскопия – представлява оглед (отпред, отстрани, отзад), с който имахме за цел да характеризираме някои качества на пациента – телосложение, охраненост, развитие на костния скелет (гръден кош, гръбначен стълб, форма на гърба, положение на таза, форма на долните крайници, ходила), мускулатура, стойка, и походка. Поставихме оценка на телесното развитие – добра, средна, или лоша.

Използвахме стандартна методика за повлияване състоянието на болните от ПМД, но също така приложихме масаж, който не се използва в широката практика.

Проведохме и редица тестове: Мануално-мускулно тестване, тест на Бартел, тест за двигателната активност по Hammersmith, функционално мускулно тестване.

Средствата от кинезитерапията, които използвахме бяха: Лечебната гимнастика, лечебен масаж, активни изотонични и изометрични упражнения, дихателни упражнения, трудотерапия, обучение в ходене.

На таблица 1 сме посочили примерна схема за кинезитерапевтична процедура при пациенти с прогресивна мускулна дистрофия.

Таблица 2. Примерна схема за кинезитерапевтична процедура

Части на процедурата	Съдържание	Дозировка минути	Методически указания	Задачи
Подготвителна част	Лечебна гимнастика, масаж, раздвижване на големите стави, прилагат се активни изотонични и изометрични упражнения, раздвижване на малките стави, ОРУ, дихателни упражнения, подготовка за по-голямо натоварване. Пасивни движения. Активни упражнения за долни крайници, пули-терапия, упр. с уреди и на уреди, механотерапия, суспензионна терапия, упражнения на шведска стена, аналитични упражнения по мануално мускулно тестване, трудотерапия, дейности от ежедневиия живот, теренно лечение. дихателни упр.	7-8	И.П. за изпълнение на упражненията е тилен лег и седеж, изпълняват се с бавен темп, постепенно натоварване в долните крайници, да изпълня-ва упражненията равномерно с двете страни.	Да подобрим трофиката в долните крайници, запазване на психо-емоционалния тонус запазване на виталния капацитет, профилактика и преодоляване на ставни контрактури профилактика срещу усложненията.
Основна част	упражнения по мануално мускулно тестване, трудотерапия, дейности от ежедневиия живот, теренно лечение. дихателни упр.	10-15	Включване на упражнения с и на уреди. Да се изпълня-ват с умерен темп. Да се следят показателите на сърдечната дейност, при дихателните упр. да се наблегне на издишва-нето. Симетрично натоварване на крайниците.	Да запазим правилно телодържание и походка, повлияване и подобряване на кинетичната способност на мускулната тъкан, запазване правилните движения на гръбначния стълб и ТБС, профилактика на мускулния дисбаланс, запазване на двигателната сръчност и професионалните и битови умения на горните крайници, обучение в правилно дишане. Обучение в правилно използване на ортези и други помощни средства, обучение за релаксация.
Заклучителна част	Релаксирани и дихателни упражнения, упр. за долни крайници.	5-7	Забавяне на темпото.	

4. Диетология

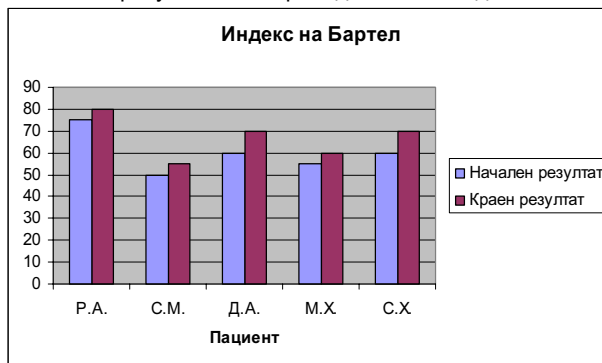
Диетология на пациентите с мускулна дистрофия включва следните профилактични мерки: От ранна възраст трябва да се предлагат адекватни диетични препоръки с внимание върху изграждането на здравословни навици за хранене, които могат да се следват от цялото семейство, внимание и контрол на теглото, адекватен прием на калций и витамин Д, и контролиран прием на натрий. Особено трябва да се наблегне върху контрола на апетита по времето, когато се започват кортикостероидите.

В по-късните стадии на заболяването може да има трудности в преглъщането и когато това води до аспирание или недохранване трябва да се обсъди хранене чрез сонда или се назначава перкутанна ендоскопска гастростомия (PEG).

РЕЗУЛТАТИ

От направения анализ установихме, че методиката на кинезитерапията, която прилагаме, значително подобрява физическото състояние на пациентите с прогресивна мускулна дистрофия, приложените тестове показват положителен прираст на оценките.

На фигура 1 е показан резултатът от проведеното изследване по Бартел.

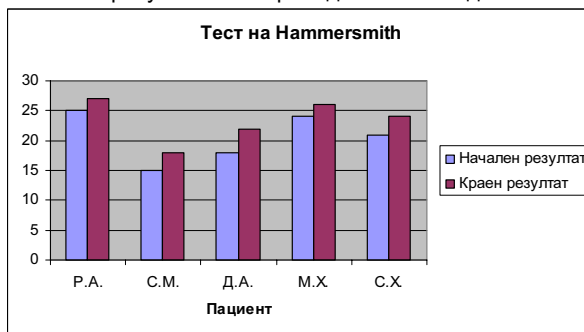


Фиг. 1. Индексът на Бартел – графично представяне.

При тестването отчитаме началните и крайните резултати получени от индивидуалното изследване на пациентите.

Рехабилитацията на пациентите е с продължителност от три седмици, изследването е проведено в началото на приемането, като за началните резултати имаме средна стойност – 60 точки, а за краен резултат (резултатите получени преди изписването) сме отчели – 67 точки. Забелязва се положителен прираст от 7 точки (което е средния прираст за индекса на Бартел). Получили сме стандартно отклонение 2,73 точки, спрямо прираста. Тези положителни резултати говорят за важноста от прилагането на кинезитерапевтично лечение при пациентите с прогресивна мускулна дистрофия. При различните проведени тестове получихме резултати потвърждаващи положителния ефект от средствата, методите и целите използвани в процеса на работа.

На фигура 2 е показан резултатът от проведеното изследване по Hammersmith.

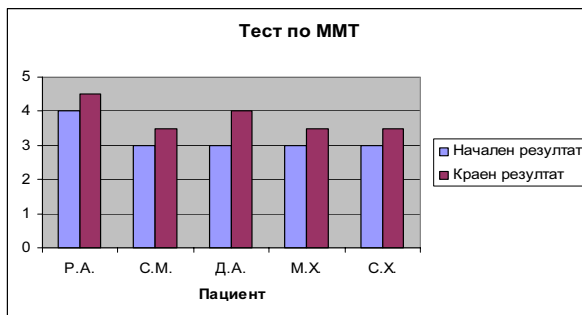


Фиг. 2. Тест на Hammersmith – графично представяне.

Използвахме теста на Hammersmith, за да определим двигателната активност на пациентите, всеки от които беше с различно начално ниво в прогресията на заболяването. Получените резултати показаха подобрение в общото състояние на

всеки от пациентите. За средна стойност в началните резултати сме отчели 20,6 точки, а за крайните резултати – 23,4 точки. Средния прираст е 2,8 точки, а за стандартното отклонение сме получили 0,83 точки. Данните значително точно определиха способностите на всеки пациент за извършване на двигателна активност, което улесни разработването на рехабилитационната програма (за всеки индивидуално) и което ни насочи в процеса на работа за постигане на по-висока ефикасност.

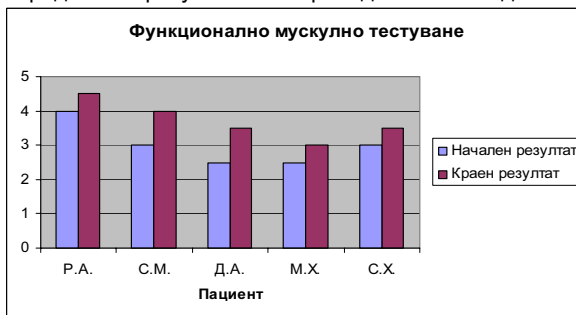
На фигура 3 е представен резултатът от проведеното изследване по ММТ.



Фиг. 3. Тест по ММТ – графично представяне.

Тестът по ММТ потвърди положителен прираст в изпълнението на движенията, съответно началния резултат за средните стойности отчетохме – 3,2 точки, за крайният резултат – 3,8 точки, като средният прираст е 0,6 точки а стандартното отклонение е 0,22 точки. При всички пациенти отчетохме подобрение в състоянието на горните крайници и раменния пояс, докато за долните крайници и тазовия пояс повлияването беше по-малко и се осъществяваше по-трудно.

На фигура 4 е представен резултатът от проведеното изследване по ФМТ.



Фиг. 4. Функционално мускулно тестване – графично представяне.

Тестът по ФМТ също показва положителен резултат за всеки от пациентите, като за начален резултат отчетохме средни стойности от 3 единици, а за краен – 3,7 единици, оттук намираме и средния прираст, който е 0,7 единици. Стандартното отклонение е 0,27 единици.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В достъпната литература няма точно определена методика за прилагане на масаж при пациенти с ПМД. Авторите потвърждават становището, че най-ефикасното средство за лечение на ПМД е кинезитерапията.

2. Въз основа на проведените изследвания разработихме кинезитерапевтична програма и постигнахме търсената ефективност на кинезитерапевтичните занимания. Пациентите показаха подобрене в основните за ежедневието дейности и подобриха своето емоционално състояние. Данните от проведените изследвания доказват, че ефектът който търсехме, а именно задържане прогресията на заболяването колкото е възможно по дълго, е постижим чрез редовно провеждане на рехабилитация.

3. На базата на получените резултати доказахме ефикасността на нашата методика за лечение на пациенти страдащи от ПМД. Отчетохме добри резултати и към края на третата седмица пациентите видимо бяха в по-добро психическо и физическо състояние.

4. Проведохме пълен анализ на състоянието на пациентите, преди и след изготвянето на рехабилитационния план, приложихме нужните методики и получихме удовлетворителни резултати.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Райчев, Р., Райчев, И., Неврология. София, Артик - 2001, 2003, 320с.
- [2] Колева, И., Принцип на съвременната физикална и рехабилитационна медицина. София, Рик „Симел“, 2007, 278с.
- [3] Тончева, Д., Лалчев, С., Учебник за студенти по медицина и биология и за специализиращи лекари. София, ИК "Сиела", 1999, 251 с.
- [4] Мумджиев, И., Христов Н., Детски болести. София, ИК "Сиела", 2000, 403с.
- [5] Фурние, Е., Бушуша, М., Шерер, Ж., Функционални изследвания при човека. Париж, Edition medicale Internationales, 2003, 578с.
- [6] Цонева, М., Георгиева, В., Цанчева, М., Хромозомна диагностика. София, Медицина и физкултура, 1978, 202с.
- [7] Холевич, Я., Герчев, А., Иванов, А., Клинична ортопедия. София, Медицина и физкултура, 1988, 420с.
- [8] Bushby K, Muntoni F, Urtizberea A, Hughes R, Griggs R. Report on the 124th ENMC International Workshop. Treatment of Duchenne muscular dystrophy; defining the gold standards of management in the use of corticosteroids. 2-4 April 2004, Naarden, The Netherlands. Neuromuscular Disorders 2004; 4:526-34.
- [9] Cardiovascular Health Supervision for Individuals Affected by Duchenne or Becker muscular dystrophy. Section on Cardiology and Cardiac Surgery. Pediatrics 2005; 116; 1569-1573.
- [10] http://www.websters-online-dictionary.org/mu/muscular_dystrophy.html

За контакти:

Веселин Димитров Луканов, Русенски университет “Ангел Кънчев”, дипломант, Специалност “Кинезитерапия”, тел.: 088 555 4375, e-mail: vescorps@mail.bg

Гл. ас. д-р Стефан Янев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра “Кинезитерапия”, тел. 082 821993

Ерготерапевтична оценка на дейностните потребности на хора в напреднала възраст, живеещи в социална институция

автори: Елица Великова, Зорница Еленкова
научен ръководител: ас. Петя Минчева

Summary: *In Bulgaria the occupational needs of elderly are not assessed which could be addressed by occupational therapy. The paper describes a pilot project for elderly in institution as a result from participation of OT students and teachers in an Intensive Program conducted in Riga, Latvia in 2009. The aim of the project will be assessment and exploration of the occupational needs of group of elderly by occupational therapy specific methods and assessment tools.*

Key words: *occupational deprivation, community, occupational therapy*

ВЪВЕДЕНИЕ

През 2005 г. Европейската комисия одобрява интензивната програма “Европейски перспективи за социално приобщаване на хора с увреждания и в напреднала възраст”, създадена от консорциум от осем университети, обединени от членството си в Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (ENOTHE). Обучението цели да разкрие приноса на ерготерапията за социално приобщаване и заетост на хора с увреждания чрез разработване на съвместни проекти с различни общности.

Интензивните програми представляват децентрализирана дейност по секторната програма за висше образование Еразъм. Те са форма на транснационално сътрудничество, която обединява преподаватели и студенти от различни европейски университети за провеждане на краткосрочно обучение (от 10 дни до 3 месеца) в рамките на една до три години с участието на минимум три образователни институции от различни страни при препоръчително съотношение между преподаватели и студенти 1:5. Интензивните програми осигуряват възможност за съвместна работа на студенти и преподаватели за обучение по специализирани учебни дисциплини в многонационален екип и в специфични условия, както и за обмен на опит в нови подходи, методи и средства за преподаване.

Интензивната програма включва 8 европейски университети от Естония, Латвия, Литва, България, Холандия, Англия, Испания и Турция.

Първият интензивен курс е проведен в Анкара през есента на 2006 г. и е насочен към бездомни деца. Вторият модул, проведен в Русенския университет през март 2008 г., представлява надграждане на натрупания опит и задълбочаване на познанията по същите стратегии, но с фокус върху друга целева група в съзвучие с Европейската година за равните възможности – млади хора с увреждания, лишени от трудова заетост.

Третия модул от интензивната програма, насочен към хората в напреднала възраст се състои от 23 март до 3 април тази година в университета „Рига Страдинс” – Латвия.

За участие в обучението всяка една държава трябваше предварително да се запознае с някои теоретични статии и да проучи демографската ситуация, процеса на застаряване на населението, национални стратегии и политики, свързани с възрастните, нагласите и отношенията на обществото и проблемите на хората в напреднала възраст, живеещи в социална институция.

Целта на проучването беше да се идентифицират групите възрастни, които са в дейностна депривация или са застрашени от такава, в Прибалтийските страни, България, Холандия, Англия и Турция и да се опише стратегия или идея за проект за социалното включване на тези възрастни. Понятието дейностна депривация е

въведено от Гейл Уайтфорд през 2000 г. Тя определя дейността депривация като „продължително изключване от участие в необходими или желани дейности поради фактори извън контрола на индивида“. Настоящият доклад представя идея за проект, който има за цел да проучи дейностните потребности в Дом за стари хора „Възраждане“ – Русе.

Изчисленото постоянно население на България към края на 2008 г. е 7 606 551 души^[6]. Според данни от Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006 – 2020 г.)^[6] през последните години в страната продължава и се задълбочава процесът на остаряване на населението, което е пряка последица от „демографския преход“. Този процес има сериозни последици в различни сфери на обществения живот: икономическия растеж, спестяванията и инвестициите, работната сила и заетостта, пенсионната система, здравеопазването, грижите за възрастните, трансферите между отделните поколения, формирането на семействата и жизнените планове и други.

Тенденцията на остаряване на населението довежда до промени и в неговата основна възрастова структура – разпределение на населението под, във и над трудоспособна възраст. Според доклад на Националния статистически институт към 31.12.2008 г. населението над трудоспособна възраст в България е 1 701 000 души^[6].

Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65 + г.) поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане и здравеопазването.

Според доклад на ООН, в който се отправя предупреждение за необратими демографски промени, България се нарежда на четвърто място в света по бързина на застаряване на населението^[6]. По-предни позиции заемат само Япония, Италия и Германия. България е и сред 10-те държави с най-застаряващо население. Страната ни се нарежда на седмо място по брой на възрастното население. Делът на хората над 60 г. у нас е 22.9%, като се очаква за 20 години този процент да достигне 33

Традиционно в България повечето възрастни живеят заедно със семействата си, но има и такива, които търсят подкрепа от социалните институции. Институциите за възрастни у нас са общо 179 (НСИ, 2008 г.)^[8], от които:

- Домове за възрастни – 96
- Домове за възрастни с физически увреждания – 28
- Домове за възрастни с ментални нарушения – 55

Според принципите на ООН за правата на възрастните хора те трябва:

1. Да имат възможност за работа, както достъп до други дейности, осигуряващи им приходи.
2. Да имат възможност за решение кога и как ще се оттеглят от работа.
3. Да имат достъп до подходящи образователни и обучителни програми.
4. Да имат възможността за живот в защитена среда, която може да се приспособява към личните им предпочитания и променящите се способности.
5. Да имат възможността да търсят и осъществяват възможности за служба на обществото, както и да участват като доброволци на позиции, подходящи за техните интереси и възможности;
6. Да останат интегрирани в обществото, да участват активно във формулирането и осъществяването на политиките, които пряко влияят върху живота им, както и да споделят знанията и уменията си с младите поколения;
7. Да имат достъп до социални и правни услуги, които да повишат тяхната автономност, закрила и грижа;
8. Да могат да използват възможностите за пълно развитие на потенциала си.

9. Да имат достъп до образователните, културните, духовните и развлекателните ресурси на обществото.

Когато някой от тези принципи е нарушен, възрастните хора могат да попаднат в дейностна депривация.

Групите от възрастното население, които са в риск от дейностна депривация включват:

- възрастни, живеещи под и на прага на бедността;
- възрастни с ниска степен на образование и обучение;
- възрастни хора с физически и психически увреждания;
- самотно живеещи възрастни хора.

Факторите, които водят до дейностна депривация са социални, икономически, екологични, географски, исторически, културни и политически. Важно е да се подчертае, че дейностна депривация се появява, когато някой или нещо извън индивида създава условие, водещо до депривация.

Когато хората не могат да участват в значими за тях дейности, това оказва влияние върху тяхното здраве, качество на живот и благополучие.

Целта на нашия проект е да проучи дали възрастните хора, които живеят в социална институция са в дейностна депривация, какви са техните дейностни нужди и как те могат да се съотнесат към Ерготерапията.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В Дом за стари хора "Възраждане" в Русе е създадена много добра организация, спазват се всички стандарти и критерии за качество на услугата. В момента там живеят 231 домуващи, от които 98 (42,4%) са мъже и 133 (57,6%) – жени.

Домът е създаден през 1972 г. в помощ на възрастните хора, които поради някаква причина, било то, че нямат деца, няма кой да се грижи за тях или други причини, не могат сами да организират домакинството си и да водят достойно и спокойно остатъка от живота си. Представлява пететажна сграда, като на първия етаж се намират административните кабинети, кухненският блок и медицинските кабинети. Горните 4 четири етажа са жилищни, като последният е устроен за лежачо болни. Стаите са общо 152, от които 82 са двойни, а 70 – единични. Всяка стая разполага със собствен санитарен възел. На всеки етаж има зали за социални контакти с телевизор и кухненско помещение. Домът разполага с много богата на материали библиотека, както и рехабилитационна и кинезитерапевтична зала.

Все още в България не се прави проучване на дейностните потребности на възрастните хора, живеещи в институциите. До този момент фокусът е насочен към здравните грижи за тези хора и задоволяването на основните им физиологични нужди. Поради тази причината основната цел на нашето проучване е да се даде повече информация относно техните интереси и потребности и как те биха могли да бъдат съотнесени към ерготерапията.

Дългосрочната цел на проекта е да се изследват възможностите за повишаване качеството на живот, благополучието, удовлетворението и участието в обществения живот на възрастните, живеещи в институция, като се използват значими за тях дейности.

Конкретните цели, които трябва да бъдат постигнати са следните:

- да се събере информация за контекста и да се проучат други добри практики;
- да се изгради партньорство с членовете на персонала на дома за стари хора, както и с други организации за възрастни в общността;
- да се разработи пилотна програма за оценка на дейностните потребности на домуващите;
- да се идентифицира група от възрастни в риск от дейностна депривация;

- да се предоставят различни възможности за участие в значими дейности;
- да се популяризира ерготерапията и нейната роля в социалните институции;
- да се подобрят уменията на студентите за работа по проекти и изграждане на партньорства.

МЕТОДОЛОГИЯ

До този момент е проведено интернет и литературно проучване, за запознаване със статистическите данни за възрастното население на България, събиране на информация за контекста и съществуващи добри практики. Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006 – 2020г.) съдържа важни данни, свързани с темата, и предоставя стратегии за подобряване на ситуацията.

За събиране на информация за живота и дейностите на възрастните в институцията са използвани следните методи:

- наблюдение;
- интервюиране на група възрастни в дома;

За проучване на интересите на възрастните хора се предвижда провеждане на ателиета, свързани с различни дейности, например готвене, дейности извън дома, градинарство, различни творчески дейности, дейности, свързани с културните традиции и др. Разговорите с възрастните по време на тези срещи ще бъдат използвани за събиране на информация относно техния начин на живот, интереси и ролите, които изпълняват.

Детайлното изследване и анализ на дейностните потребности на възрастните, живеещи в институцията, ще бъде направено въз основа на следните ерготерапевтични инструменти за оценка:

- Канадска оценка за дейностното изпълнение - за определяне на дейностните проблеми и приоритетите на клиента.
- Дейностна карта - осигурява на информация за навиците на клиента, дейностния баланс, чувството за компетентност, ценностите и интересите и проблемите.
- Анкетна карта за интересите
- Въпросник за удовлетворение от живота

За анализ на конфликтните ситуации и контекста на различни нива ще бъде използван специфичен инструмент – Политически дейности от ежедневиия живот, който включва следните аспекти:

- Характеристика на ситуацията на конфликт и взаимодействие.
- Кои са действащите лица?
- Какви са техните цели, интереси и мотиви?
- Характеристика на политическия живот в България.
- Характеристика на общия контекст.

Основните стратегии, които ще бъдат използвани:

- изграждане на партньорства;
- развиване на капацитета;
- промяна в средата и нагласите.

След интерпретирането на събраната информация ще бъдат сформирани групи по интереси и ще се идентифицира група от възрастни в дейностна депривация.

Ще бъдат организирани няколко срещи с персонала на дома с цел запознаване със специалността ерготерапия и нейната роля, получаване на информация за проекта и периодично представяне на резултатите до момента. На тези срещи ще бъдат поканени и членове на различни организации (за възрастни хора и в зависимост от интересите им) и ще се изгради партньорство с някои от тях.

Проектът ще приключи със заключителна среща, на която ще бъдат представени и обсъдени всички окончателни резултати. Ще се разгледат различни варианти за устойчивост на проекта.

Очаквани резултати и индикатори за промяна:

- около 60 домуващи, изследвани за интереси, дейности от ежедневието, удовлетворение и качество на живот;
- около 60 попълнени Канадски оценки за дейностното изпълнение;
- разработена пилотна програма за проучване на потребностите на възрастните, състояща се поне от 5 тематични ателиета;
- изградени партньорски отношения поне с три организации в общността;
- членовете на персонала на дома да бъдат информирани за ролята на ерготерапията в мултидисциплинарен екип при работа с възрастни;
- 4 студенти с повишени умения за разработване и управление на проекти;
- поне 2 статии, представени в студентската научна сесия;
- поне 2 разработени дипломни работи;
- заключителна среща за представяне на резултатите от проекта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодарение на проекта ще бъдат изследвани възможностите за повишаване качеството на живот, благополучието, удовлетворението и участието на възрастните, живеещи в институция, в общественния живот, като се използват значими за тях дейности.

Надяваме се, че проблемите на възрастните в институции ще започнат да се обсъждат все по-често и ще се предлагат редица мерки и промени за тяхното решаване. Ерготерапията е нов подход, който успешно се прилага при лица в дейностна депривация, каквито са възрастните, живеещи в институции. Нейната цел е осигуряване на възможност за пълноценно участие и право на избор в ежедневието.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Townsend E., Whiteford G., chapter 9: A Participatory Occupational Justice Framework: population-based processes of practice. In Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N (2004). Occupational Therapy without Borders: Learning from the Spirit of Survivors, Elsevier/Churchill Livingstone, p. 113 – 131.
- [2] Whiteford, G. (2005). Understanding the occupational deprivation of refugees: case study from Kosovo. Canadian Journal of Occupational Therapy 72 (2) p. 78-87.
- [3] Whiteford, G. (2004). When people cannot participate. In C. Christiansen & E. Townsend (Eds.)
- [4] Occupation: The Art and Science of Living p. 221-242. New Jersey: Prentice Hall.
- [5] Проектът SANE: www.sanebg.org
- [6] Национална стратегия за демографското развитие на Република България(2006–2020г.) www.misp.government.bg/bg/docs/demography/demograph
- [7] http://www.un.org/ageing/un_principles.html#Independence
- [8] Население и демографски процеси през 2008 година, <http://www.nsi.bg>

За контакти:

Елица Великова - Русенски университет "Ангел Кънчев", студентка II курс, Специалност „Ерготерапия“, Е-mail: zel_bel@abv.bg

Зорница Еленкова - Русенски университет "Ангел Кънчев", студентка II курс, Специалност „Ерготерапия“, Е-mail: zori_cvet@abv.bg

Ас. Петя Минчева, Русенски университет "Ангел Кънчев", катедра „Кинезитерапия“, Тел: 82 19 93, Е-mail: petyamin@abv.bg

Участието в международни програми – предизвикателство и възможности за студентите

автори: Петя Димова, Росица Михайлова
научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова

Participation in International Programmes – Challenges and Opportunities for Students: The paper describes students' experiences from participation in two international events under Erasmus – an annual meetings of a thematic network and an intensive programme. Reflection is based on challenges and opportunities affecting their professional and personal life.

Key words: Erasmus, international programmes, occupational therapy, social inclusion.

ВЪВЕДЕНИЕ

Програмата за академичен обмен Еразъм, носеща името на големия хуманист и философ Еразъм Ротердамски, е създадена през 1987 г. като програма за образователна мобилност, финансирана от Европейската комисия. Стартирайки като инициатива за висшето образование, тя бързо се превръща в най-популярната схема за обмен на студенти и академичен персонал между висшите образователни институции в Европа. През 1995-2000 г. мобилността Еразъм е включена в програма Сократ, а в момента е част от най-голямата образователна програма на Европейската комисия – „Учене през целия живот 2007-2013“, създадена с Решение на Европейския парламент от ноември 2006 г. Общата цел на тази програма е да допринесе за развитието на Европейската общност като общество, основано на знания, с устойчиво икономическо развитие, с повече и по-добри работни места. Програмата цели и обмен на знания, сътрудничество и мобилност между системите за образование в рамките на Общността. Тя се състои от четири секторни подпрограми – Коменски, Еразъм, Леонардо да Винчи и Грюндвиг.

ЕРАЗЪМ е подпрограмата в областта на висшето образование. Тя спомага за изграждането на Европейското пространство за висше образование и насърчава иновативните процеси и трансфер на знания и технологии във висшето образование^[6].

Основни цели:

- да подобри качеството и да повиши мобилността на студентите и университетските преподаватели в рамките на Европа, като допринесе за постигането на 3 милиона индивидуални студентски мобилности по програма Еразъм до 2010 г.;
- да повиши качеството и да стимулира многостранното сътрудничество между висшите образователни институции в Европа;
- да подобри прозрачността и съпоставимостта на придобитите в рамките на Европа квалификации във висшето образование;
- да повиши качеството и да насърчи сътрудничеството между висшето образование и бизнеса;
- да благоприятства разработването и трансфера на иновативни практики във висшето образование, включително от една европейска държава в друга;
- да съдейства за разработването с помощта на компютърните технологии на иновативно съдържание, услуги, методи на преподаване и практики за Учене през целия живот.

Целта на програмата е да повиши и уеднакви качеството на висшето образование в Европа, да акцентира на сътрудничеството и диалога между отделните страни и да засили разбирателството между различните хора и култури. В програма Еразъм участват общо 31 страни, между които всички 27 членки на Европейския съюз.

Основните приоритети за дейностите по програмата Еразъм включват^[4]:

- мобилност;
- многостранни проекти;
- тематични мрежи;
- съпътстващи мерки.

Русенският университет чрез катедра Кинезитерапия е член на Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, ENOTHE) от 2003 г. и участва активно в дейностите на мрежата. В периода 2006 – 2008 г. университетът беше партньор в Интензивната програма „Европейски перспективи за социално приобщаване на хора с увреждания и в напреднала възраст“. Настоящото съобщение има за цел да сподели придобития опит на студентите, участвали в международни прояви.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Тематична мрежа ENOTHE

Тематичните мрежи Еразъм са централизирана дейност по подпрограма ЕРАЗЪМ, чрез която Европейската комисия съдейства за развитието и консолидирането на мрежи, обединяващи голяма група университети в сътрудничеството им по теми, свързани с една или повече дисциплини или други предмети от общ интерес. Управлението, контролът и финансирането на одобрените проекти се осъществява от Европейската комисия.

Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (ENOTHE)^[3] е създадена в рамките на Европейския съюз по инициатива на Съвета на ерготерапевтите от европейските страни. През периода 1997–2008 тя получава финансиране като тематична мрежа в рамките на програмата Сократ/Еразъм. Основната цел на ENOTHE е обединяване на европейските образователни програми за повишаване качеството на обучение, научни изследвания и практическа дейност и улесняване участието на хората с увреждания в разрастваща се Европа. В нея участват над 190 образователни институции от 33 държави в Европа, както и представители от Канада, САЩ, Азия и Африка, между които три български университета. Централно събитие в дейността на мрежата са ежегодните срещи с участието на над 400 преподаватели и студенти.

Студенти от специалност Ерготерапия на Русенския университет участват в годишните срещи на ENOTHE от разкриването на специалността през 2006 г. На 26-27 септември в Берлин бе проведена 14-та годишна среща, посветена на Европейската година на межкултурния диалог. В нея взеха участие две студентки от втори курс от РУ „Ангел Кънчев“ и представиха проект, свързан с децата от Дома за деца лишени от родителски грижи „Райна Гатева“ в Русе. Основната цел на проекта бе да запознае децата с културното богатство на различните етноси и да покаже, че межкултурен диалог може да се установи, което впоследствие улеснява съвместното съжителстване на децата в тази социална институция. За студентите от Русенския университет тази среща бе възможност за създаване на социални контакти със студенти и преподаватели от различни европейски университети и обогатяване на техния професионален и житейски опит.

Интензивна програма “Европейски перспективи за социално приобщаване на хора с увреждания и в напреднала възраст”

В рамките на програмата „Учене през целия живот“ мобилността по програма Еразъм е с нови, по-богати възможности и обхваща следните дейности^[5]:

- мобилност на студенти с цел обучение;
- мобилност на студенти с цел практика;
- мобилност на преподаватели с цел преподаване;
- мобилност на преподавателския и преподавателски състав с цел обучение;

- интензивни програми.

Интензивните програми представляват форма на транснационално сътрудничество по подпрограмата Еразъм, която обединява преподаватели и студенти от различни европейски университети за провеждане на краткосрочно обучение (от 10 дни до 3 месеца) в рамките на една до три години. В програмите участват минимум три образователни институции от различни страни при препоръчително съотношение между преподаватели и студенти 1:5^[5].

Интензивна програма е всяка краткосрочна програма на обучение, която събира заедно студенти и персонал от висши образователни институции от различни участващи държави, за да:

- даде възможност на студентите и преподавателите да работят заедно в интернационална среда и така да се ползват от специалните условия на обучаване и преподаване, несъществуващи в една институция, както и да придобият нов поглед върху предмета, който се изучава;
- предостави възможност на членовете на преподавателския състав да обменят мнения върху съдържанието за преподаване и новите подходи към учебния план и да анализират методите на преподаване в една интернационална учебна среда.

Интензивната програма “Европейски перспективи за социално приобщаване на хора с увреждания и в напреднала възраст”, одобрена от Европейската комисия през 2005 г., е разработена от консорциум от осем университета, обединени от членството си в Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (ENOTHE)^[2]. Проектът бе с продължителност 3 години, включващ три интензивни курса, всеки с продължителност две седмици, с участието на около 15 преподаватели и 30 студенти:

- безпризорни деца – октомври 2006 г., Университет „Хаджеттепе“, Анкара, Турция;
- младежи с увреждания – март 2008 г., Русенски университет, България;
- хора в старческа възраст – март 2009 г., Университет „Рига Страдинс“ – Латвия.

В последния модул взеха участие студенти и преподаватели от осем университета от Холандия, Англия, Испания, Латвия, Литва, Естония, Турция и България. Русенският университет бе представен от двама преподаватели и четири студенти от специалност Ерготерапия. Обучението бе насочено към запознаване с глобалните демографски промени в съвременното общество, с европейските и национални програми за активно стареење и социално включване, както и с ерготерапевтични стратегии за приобщаване на хора в старческа възраст в риск от дейностна депривация. По време на модула студентите имаха възможност за подбор и приложение на методи и средства за оценка на специфичните дейности потребности на тази социална група, както и на подходящи стратегии за ерготерапевтична интервенция.

Участието в международни програми предоставя на студентите както изключителни възможности, така и сериозни предизвикателства.

ВЪЗМОЖНОСТИ

Придобиване на актуални знания в социалнозначима област – засягащи демографските промени и проблеми, програми и стратегии за превенция и подпомагане на възрастни хора в дейностна депривация.

Съвременни методи на обучение и приложение на знанията – ролеви игри, групов работа, дискусии и презентации за усвояване и затвърждаване на знанията, проектни дейности, дистанционно обучение, работа с Интернет и др. Някои от ролевите игри спомогнаха за по-добро разбиране на смисъла и значимостта на ерготерапията като професия.

Опознаване на различни култури и традиции – танцови и певчески групи на възрастни хора от Латвия представиха националното богатство на страната-домакин, посетени бяха оперни постановки, концерти и галерии в Рига, културни и исторически забележителности. Участниците имаха възможност да се докоснат до културата на всяка една от националностите чрез презентации, разкази, снимков материал, традиционни ястия, песни, танци и обичаи, подготвени от студентите.

Работа в интернационален екип – по-голямата част от индивидуалните задания, изискващи решаване на казуси в областта на ежедневните дейности и социалното приобщаване на хората в старческа възраст, бяха изпълнявани в екипи от 6-7 студенти от партниращите университети, в които те имаха възможност за опознаване на различни образователни и практически модели.

Запознаване с добри практики – посетени бяха два от дневните центрове за възрастни хора в Рига и околностите, където преподаватели и студенти участваха в провежданите дейности с цел изследване на потребностите и подобряване на дейността на институцията.

Социални контакти – запознанствата със студенти и преподаватели от други страни са предпоставка за създаване на трайни приятелства и възможности за бъдещи партньорства.

Подобряване на уменията за чуждоезикова комуникация – интензивното ползване на английски език като единствено средство за обучение и ежедневна комуникация спомогна за усъвършенстване на езиковите знания и умения на всички студенти.

Контакти с практикуващи ерготерапевти – на българските студенти модулет предостави изключителната възможност да се запознаят с реално практикуващи ерготерапевти, каквито в България все още няма. В някои от страните, участващи в интензивната програма, ерготерапията е професия с установени традиции, докато в други – като България, е в процес на създаване. Модулет ни даде възможност да почерпим опит от по-напредналите в това отношение страни за развитието и промоцията на ерготерапията у нас.

Умения за работа по проекти – интензивната програма предостави възможност на обучаващите се да се осведомят за някои успешни европейски проекти, за ролята на ENOTHE при създаване на партньорства, за трудностите и постигнатите положителни резултати. Чрез лекции на същата тематика студентите бяха запознати как да създават и да управляват проекти, къде и как да търсят подкрепа и партньорства. Придобитите знания бяха приложени на практика при разработване на проект за конкретен потребител в общността.

Информираност за националните и европейски политики – студентите трябваше самостоятелно да проучат законодателните мерки в областта на социалната сфера в своята страна. Обсъждането на тази информация в цялата група даде възможност за съпоставка и запознаване със законодателните рамки и социалните мерки за хората от третата възраст в останалите страни-участници.

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

Езикова бариера – преодоляването на езиковата бариера представляваше едно от основните предизвикателства за всички участници в модула. Българските студенти бяха изправени пред необходимостта да асимилират преподавания им на английски език академичен материал за много кратък период от време, така че да могат да отговорят адекватно на изискванията на обучаващата среда на програмата. Липсата на общ език с клиентите в дневните центрове наложи използването на невербална комуникация.

Интегриране в микро- и макросредата – адаптирането към социалната среда на програмата и Рига като цяло, към условията в хотела, ориентирането в обстановката на Рига, архитектурата и транспорта, както и постоянното

съжителство с други хора, бяха допълнителни препятствия, които обучаваните трябваше да преодолеят.

Групова работа и групова отговорност – проявата на отговорност, колегиалност и толерантност към труда и усилията на колегите за постигане на обща цел.

Целодневни занимания – през двуседмичния престой в Рига преподавателите и студентите прекарваха около девет часа в университета или в дейности, свързани с интензивната програма. Участниците трябваше да адаптират уменията си за учене и преподаване в съответствие с интензивния начин на провеждане на програмата и нейните изисквания.

Задачи за самостоятелна работа – ежедневно обучаемите бяха изправени пред предизвикателство да се справят със зададените задачи за самостоятелна работа на английски език и в много кратък срок.

Работа в екип – поставя изисквания за сработване на членовете на екипа, интегриране на техните знания и умения и преодоляване на възникналите различия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Участието в международни програми оказва дълготрайно отражение върху професионалното развитие на студентите и допринася за развиване на умения за:

- решаване на казуси и проблеми
- разработване и управление на проекти;
- работа и комуникация в межкултурна среда;
- приспособяване и ориентиране в непозната среда;
- опознаване на културните ценности и нрави на други народи;
- подбор на подходящи теоретични и практически модели и методи за нуждите на конкретния клиент;
- подбор на институции и партньори за осъществяване на проект или програма;
- екипна работа – в национален и интернационален екип.

Интернационалните програми имат изключително значение за придобиване на професионален опит и развиване на общи и специфични компетенции на студентите. Те стимулират интегрирането на знания, поставяйки ги в реалните измерения на практиката. Тези обучения създават предпоставки за усъвършенстване на методите на преподаване и качеството на обучение, както и възможности за подобряване на взаимоотношенията преподавател–студент. Международното сътрудничество предоставя още условия за създаване на социални контакти между студенти от различни държави, които в бъдеще биха могли да се превърнат в трайни партньорства.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Тодорова Л., П. Минчева, Интензивна програма “Европейски перспективи за социално приобщаване” и нейното интегриране в обучението по Ерготерапия в Русенския университет, Сборник доклади на научна конференция, Русе, 2007 г., стр. 387-392, ISSN 1311-3321.

[2] Тодорова Л., П. Минчева, Интензивна програма за социално включване в дейностен аспект, II Балканска научна конференция „Науката, образованието и изкуството през 21ви век”, ЮЗУ – Благоевград, 26–27.09.2008 г. Годишник „Наука – образование – изкуство”, том 2, УИ “Неофит Рилски”, Благоевград, 2008 г., стр. 622 – 623.

[3] Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (ENOTHE): <http://www.enothe.hva.nl>

- [4] Интензивна програма Приобщаващи общности: http://www.enothe.hva.nl/ip/inclusive_communities.htm
- [5] Обща покана за подаване на предложения 2009: <http://www.hrdc.bg/plugins/content/content.php?content.55>
- [6] Програма „Учене през целия живот”: <http://www.hrdc.bg/plugins/content/content.php?content.54>

За контакти:

Петя Димова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, специалност Ерготерапия, е-mail: aalliyah_@abv.bg

Росица Михайлова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, специалност Ерготерапия, е-mail: rozalinka@abv.bg

Гл. ас. Лилия Тодорова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, катедра „Кинезитерапия”, е-mail: litod@mail.networx-bg.com

Метаболический синдром – проблема современной кардиологии

авторы: Торнике Беридзе, Нино Цинцадзе, Мурад Цинцадзе
научный руководитель: ассоц. проф. д-р Нериман Цинцадзе

Metabolic syndrome - problem of modern cardiology: *Metabolic syndrome is a global social problem. Mentioned syndrome is associated in a society with an abdominal obesity through it's a totality of complicated symptomocomplex and presents a complex pathology of cardiovascular, endocrine and urinary systems. The purpose of this given work is studying the cardiovascular pathology being a consequence of development of a metabolic syndrome. 1023 patient case histories were studied by department of cardiology of Batumi Republican Clinical Hospital. Received facts confirm that such diseases as a ischemic disease of the heart, arterial hypertension, diabetes mostly prevail. Those people who are distinguished with abdominal obesity. As well was shown up deficiency in state medico-social programs which didn't take into account some components of examination of such patients.*

Key words: *metabolic syndrome, cardiology, abdominal obesity, medico-social program.*

ВВЕДЕНИЕ

Метаболический синдром – актуальная проблема медицины. Этот синдром в обществе ассоциировано с абдоминальным ожирением, он включает в себе более сложный симптомокомплекс и проявляется заболеваниями сердечнососудистой, мочевыделительной и эндокринных систем[3].

В нашем исследовании мы были акцентированы на кардиоваскулярных заболеваниях, которые часто происходят от серьезных осложнения метаболического синдрома: ишемическая болезнь сердца (ИБС), эссенциальная артериальная гипертензия (А.Г.), микро- и макроангиопатии и т.д.

Главная роль при возникновении метаболического синдрома играет проявление инсулинорезистентности [2]. Инсулинорезистентность – это нарушение механизма физиологического действия инсулина, что проявляется снижением употребления глюкозы тканями – особенно скелетной мускулатуры. Прежде всего особо нарушается анаэробный путь потребления глюкозы – синтез гликогена. При инсулинорезистентности В-клетки островкового аппарата поджелудочной железы усиливают синтез и секрецию инсулина, чтобы компенсировать нарушение чувствительности тканей к инсулину и сохранять нормальную толерантность к глюкозе [1].

Особенно интересен патогенетический круг хронической гиперинсулинемии. Хроническая гиперинсулинемия вызывает [3]:

1. Вазоконстрикцию и повышение минутного объема сердца из-за стимуляции симпатической системы;
2. Повышение объема циркулирующей крови, из-за повышении реабсорбции воды и натрия в проксимальных и дистальных трубках нефрона;
3. Узкость артериального просвета из-за пролиферации гладкомышечных клеток (инсулин – мощный фактор роста);
4. Дисфункцию эндотелия кровеносных сосудов, конкретно нарушение синтеза оксида азота в стенке сосуда, который считается мощным вазодилататором.
5. Повышение концентрации натрия и калия в клетках гладкой мышцы артериол, с чем связано повышение их чувствительности к пресорными факторами (Норадреналин, Ангиотензин) и возникновение артериальной гипертензии.
6. Подавление активности липопротеинлипазы, с чем связано ускорение синтеза липопротеидов очень низкой плотности и уменьшение их элиминации, уменьшение липопротеидов высокой плотности и возникновение дислипидемии атерогенного генеза.

7. Повышение активности рецепторов липопротеидов очень низкой плотности и усиление синтеза коллагена и эндогенного холестерина в клетках ткани кровеносных сосудов.
8. Повышение гиперфибриногенемии и активности ингибитора тканевого активатора плазминогена I типа, что ведёт к понижению фибринолиза. Гиперинсулинемия усиливается входе развивания инсулинорезистентности и продолжается до тех пор, пока панкреас сохраняет способность повышению секреции инсулина. Потом уже секреция инсулина становится недостаточным для сохранения нормальной толерантности тканей к глюкозе и возникает нарушение толерантности к глюкозе [1,4].

При возникновении инсулинорезистентности свою роль играют как и генетические факторы (дефекты инсулиновых рецепторов, пострецепторные дефекты), так и внутренние факторы, в первую очередь ожирение (особенно абдоминальное), гипертриглицеридемия и в капиллярах скелетной мускулатуры понижение общей кровообращения из за вазоконстрикции капилляров [3,4].

Всей этой цепи патогенеза помогают: гиподинамия, гиперкалорийное питание, повышение активности симпатической нервной системы (частые стрессы), то есть, всё что подразумевается с современным образом жизни [1].

Характерные нарушения при метаболическом синдроме долгое время протекает без симптомов и уж не редко начинают формирование в молодости, гораздо раньше выявления сахарного диабета (С.Д.) – типа II и атеросклероза кровеносных сосудов. При метаболическом синдроме сравнительно раньше выявляются дислипидемия и артериальная гипертензия [5].

Для диагностики метаболического синдрома приняты разные критерии. По критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ - 1999), диагноз метаболического синдрома ставится, если уже существует нарушения толерантности к глюкозе, инсулинорезистентность, высокий уровень глюкозы в крови и с этим связано 2 или больше нижеуказанной критерии [5]:

1. Артериальное давление $\geq 140/90$ мм.рт.ст.
2. Дислипидемия: триглицериды ≥ 1.695 ммол/л и/или липопротеиды высокой плотности ≤ 0.9 ммол/л (муж.) и ≤ 1.0 ммол/л (женц.).
3. Центральное ожирение: соотношение талия/бедро >0.9 (муж.) и >0.85 (женц.) и/или индекс массы тела >30 кг/м².
4. Микроальбуминурия: Экскреция альбуминов в моче ≥ 20 мг/сек. Или соотношение альбумина и креатинина ≥ 30 мг/г.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Наше исследование проводилось на базе отделения кардиологии Батумской Республиканской Клинической Больницы. Материалами для исследования были истории болезни пациентов – посещавшие отделение 2006-07 годах. Целью, исследования было систематизация результатов анамнестической и лабораторно-инструментальной исследования и выявление роли метаболического синдрома и его, отдельных симптомных проявления при формировании некоторых кардиоваскулярных заболеваний в Аджарской Автономной Республике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было проанализировано 1023 истории болезни. Данные были обработаны с помощью компьютерной программы SPSS-11. Ниже представлены данные по разным критериям в виде диаграмм:



Диаграмма 1

Среди обследованных больных 819 были с ожирением и 214 - без абдоминального ожирения (Диаграмма №1). Среди пациентов с абдоминальным ожирением 48% были с артериальной гипертензией, 18 % - с ИБС и артериальной гипертензией. 16 % - с ИБС и сахарным диабетом, 3,5 % - сахарным диабетом и артериальной гипертензией. 14,5 % - с ИБС, артериальной гипертензией и глюкозой в крови ≥ 110 мг/дл (Диаграмма №2).

Среди пациентов с артериальной гипертензией и абдоминальным ожирением женщин была 186 и мужчин - 209 (Диаграмма №3). Среди пациентов с ИБС и сахарный диабет женщин - 63, мужчин - 66 (Диаграмма №4). 63 мужчин и 54 женщин были выявлены среди пациентов с ИБС, артериальной гипертензией и глюкозой в крови ≥ 110 мг/дл (Диаграмма №5). ИБС и артериальная гипертензия отмечалось у женщин - 78 и у мужчин – 72 (Диаграмма №6). А среди пациентов сахарным диабетом и артериальной гипертензией были 18 женщин и 10 - мужчин (Диаграмма №7).



Диаграмма 2

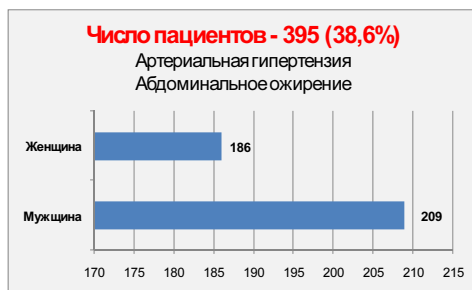


Диаграмма 3

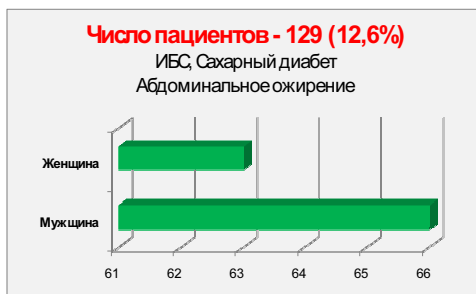


Диаграмма 4



Диаграмма 5

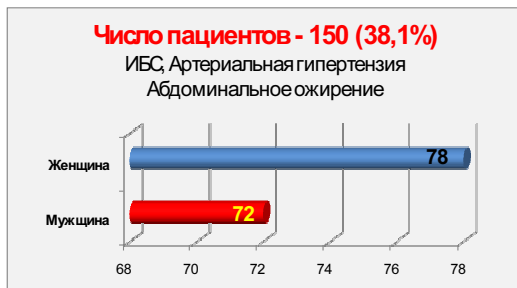


Диаграмма 6



Диаграмма 7

ВЫВОДЫ

Из проведённых исследований можно сделать следующие выводы:

1. Полученные данные исследования кардиологических больных Батумской центральной клинической больницы свидетельствует, что актуальность проблемы метаболического синдрома возрастает.
2. Необходимо усилить превенционных мероприятия ожирения и дальнейших проявлении его последствиями.

ПРЕВЕНЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

Лечение метаболического синдрома симптомная и уж не очень эффективна. Более результатным является превенция заболевания, которая достигается с снижением веса. Снижение массы тела на 5-10% даст организму возможность более хорошо употребить инсулин и понизить шанс более серьезных осложнениях. Меры, предпринятые для этого делятся на 3 части:

- Физическая активность. – Повышение физической активности поможет организму в регуляции уровня инсулина. Аэробика или 30 минутное гуляние каждый день уменьшит вес тела, улучшит артериальное давление и баланс холестерина в крови, также уменьшит шанс возникновения сахарного диабета.
- Диета. – Исходя из механизмов возникновения метаболического синдрома, для профилактики и коррекции основным направлением считается в рационе уменьшение продуктов, которые включают в себе большой концентрации углеводов – особенно простых углеводов.
- Понижение потребления алкоголя.

ИСПОЛЪЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- [1] Risk-factors of obesity. Journal – Diabetes and Obesity. World Diabetes Federation. Pg. 17-20. Tbilisi, Georgia. 2008.
- [2] Метаболический синдром. Журнал - "Врач". ст. 18-20. №9, 2004.
- [3] Henefeld M., Leonhardt W. Das Metabolische Syndrome. - Deutsch. Ges. Wes. - 1980. 545-551.
- [4] Kaplan N.M. The deadly quarter: upper body obesity, glucose intolerance, Hypertrygliceridemia and Hypertension.//Arch. Intern. Med. - 1998. pg.338-341.
- [5] Reaven G.M. Role of Insulin Resistance in human disease.// Diabetes. -1988. pg. 37-39

Для контактов:

Tornike Beridze, Nino Tsintsadze, Murad Tsintsadze
Neriman Tsintsadze, Assoc. Prof, PhD

Кинезотерапевтична програма и методика за лечение на детска церебрална парализа

автор: Ивелина Друмева
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Cerebral palsy describes a group of permanent disorders of the development of movement and posture, causing activity limitation, that are attributed to nonprogressive disturbances that occurred in the developing fetal or infant brain. The motor disorders of cerebral palsy are often accompanied by disturbances of sensation, perception, cognition, communication, and behaviour, by epilepsy, and by secondary musculoskeletal problems.

Key words: Cerebral palsy, psychological problem, medical personnel, motor disorders.

ВЪВЕДЕНИЕ

От анализа на достъпната наша и чужда литература става ясно, че лечението на детската церебрална парализа не е обезпечено в достатъчна степен. Пълно проучване на проблема не е осъществено. Не е изследвана напълно ролята на оптимизирани кинезотерапевтични програми за въздействие при ДЦП. Практиката се нуждае от разкриването на основните психологически закономерности и предпоставки за приложението им при лечение на церебралната парализа в детска възраст.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Актуалността на проблема обуславя **работната хипотеза**, която предвижда въздействието да се насочи към деца от 3 до 15 годишна възраст. Допускаме, че приложението на ефективна програма от подходи, средства и методи при деца с церебрална парализа от 3 до 15 години ще окаже съществено влияние върху подобряването на общото здравословно състояние, на физическото, психомоторно и речевото развитие на децата. Ще окаже въздействие и върху формирането на необходимите двигателни умения и навици на децата.

Целта на изследването е да се оптимизира процеса на кинезотерапевтичните занимания, с оглед подобряване на здравето, двигателните умения, координацията на движенията и ориентирането в пространството на децата с церебрална парализа.

Задачи:

1. **Ретроспективен анализ** на съществуващата литература по проблема и подготовка на документацията необходима за изследваните параметри;
2. **Разработване** на кинезотерапевтична програма от средства, подходи и методи за подобряване на общото здравословно състояние на организма на изследваните, фикциите на отделните органи и системи и за преодоляване на двигателните аномалии, които са причина за дефицитарния фон от двигателното им и психическото им развитие;
3. **Да се разкрие** развиващия ефект от приложението на разработената кинезотерапевтична програма върху комплексното формиране на личността на изследваните деца.

Предмет на изследването са количествените и качествените характеристики на двигателните и психомоторните способности на децата от 3 до 15 години.

Обект на изследването са децата от 3 до 15 години в условията на двигателен режим.

По своята същност изследването е с теоретико-приложна насоченост.

Изследването проведехме през периода 2008/2009 година в три условно диференцирани етапа в център "МИЛОСЪРДИЕ - КАРИТАС" - гр. Русе.

Общият брой изследвани лица са 10 на възраст от 3 до 15 години. Проведени са общо 80 изследвания, които включват данни от използваните тестове, табл. 1.

Таблица 1. Общ брой проведени изследвания

№	Групи тестове	Основни параметри	Общ брой
1	Физическо развитие	1.Ръст 2.Телесна маса	40
2	Holt	Двигателни Умения, навици	20
3	Ashworth	Спастичност на мускулите	20
			Общо: 80

За решаването на задачите и постигането на целта на изследването приложихме комплексна методика, която включва:

- ✓ Ретроспективен анализ на литературни източници;
- ✓ Наблюдения;
- ✓ Диагностично изследване;
- ✓ Психологичен анализ на дейността;
- ✓ Изследователски;
- ✓ Математико-статистически методи.

При реализирането на целта и задачите на изследването работата ни беше насочена към подобряване на: **физическото развитие, двигателните умения и навици, мускулен тонус, общото здравословно състояние и социализацията на децата.**

Това осъществихме, чрез разработената от нас **кинезитерапевтична програма, схема 1**, която включва:

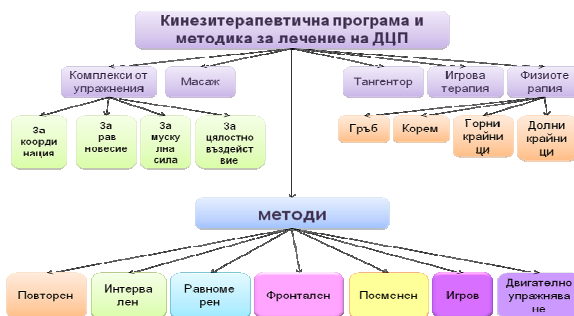


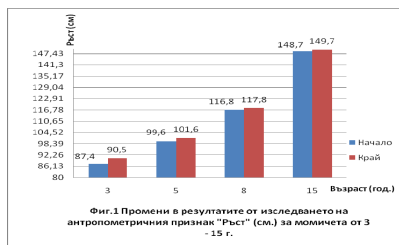
Схема 1

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ

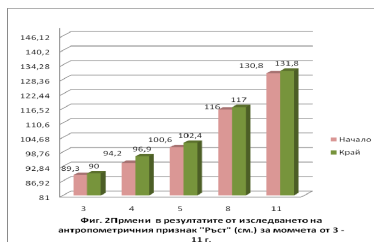
Установяване влиянието на приложената кинезитерапевтична програма и методики върху изследваните параметри.

Кинезитерапевтичните промени от изследването на ръста „Ръст“ (см), при 3 годишните момичета са отразени на фигура 1.

Достоверността на данните е висока. Анализът им сочи, че те са близки до тези от началното изследване на лицата от 3-15г.



фиг. 1

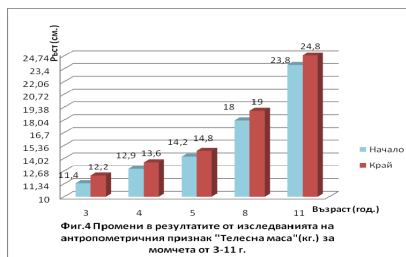


фиг. 2

Установените промени от изследването на втория морфологичен признак - телесна маса на лицата от 3-15 г. са отразени на фигури 3 и 4. Съществена разлика в сравнение с началните данни както при момчета, така и при момичетата не се установява за изследвания период.



фиг. 3

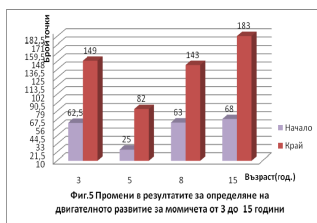


фиг.4

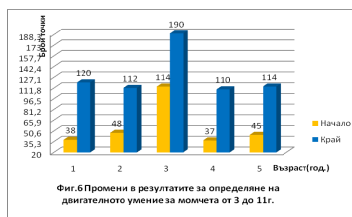
Анализът на крайните данни показва, че те са в границите на нормата под средния минимум за съответните възрасти при двата пола.

Това означава, че приложената от нас методика не е повлияла в достатъчна степен върху телесната маса на изследваните деца.

Промените в резултатите получени при изследването на деца с церебрална парализа чрез „Модификацията на "Holt", (брой точки) за установяване на моторното развитие са представени на фигура 5.



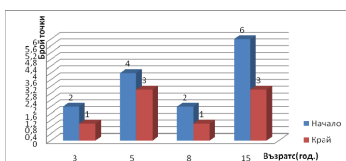
фиг. 5



фиг. 6

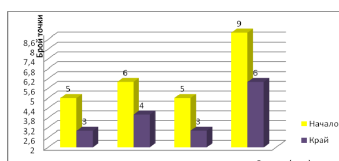
От представените на фиг. 5 и фиг. 6 данни се получава ясна представа за разликата между началните и крайните резултати. От тук следва извода, че терапевтичната методика влияе положително върху моторното развитие на децата с церебрална парализа. От изследването става ясно, че както при момичетата, така и при момчетата има силно стимулиращо въздействие.

Данните за спастичност на мускулите по „Скалата на Ashworth“ са представени графично на фиг. 7, фиг. 8, фиг. 9 и фиг. 10 за момичета на възраст от 3 до 15 години. Ниските стойности на абсолютният прираст показват добър ефект от проведеното лечение.



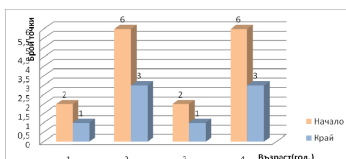
Фиг.7 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на ляв горен крайник за момичета от 3 до 15г.

фиг. 7



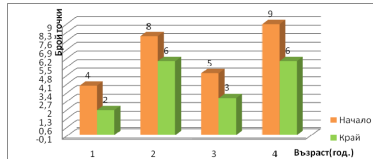
Фиг.8 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на ляв долен крайник за момичета от 3 до 15г.

фиг. 8



Фиг.9 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на десен горен крайник за момичета от 3 до 15г.

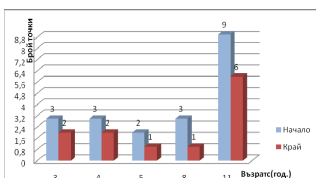
фиг. 9



Фиг.10 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на десен долен крайник за момичета от 3 до 15г.

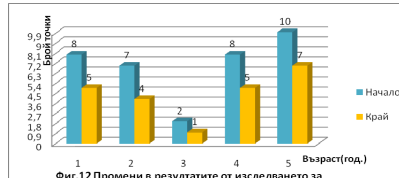
фиг. 10

Данните за спастичност на мускулите по „Скалата на Ashworth“ за момчета от 3 до 11 години са представени графично на фиг. 11, фиг. 12, фиг. 13 и фиг. 14.



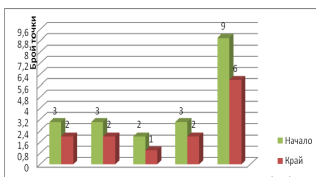
Фиг.11 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на ляв горен крайник за момчета от 3 до 11г.

фиг. 11



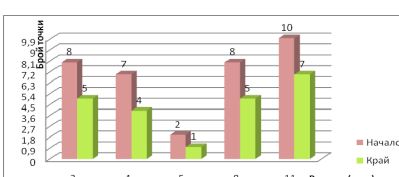
Фиг.12 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на ляв долен крайник за момчета от 3 до 11г.

фиг. 12



Фиг.13 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на десен горен крайник за момчета от 3 до 11г.

фиг. 13



Фиг.14 Промени в резултатите от изследването за спастичност на мускулите на десен долен крайник за момчета от 3 до 11г.

фиг. 14

По-добрите резултати в края се дължат на усъвършенстването на регулацията на движенията в съответствие с тяхното правилно изпълнение. Това е резултат от специално насочената работа в процеса на заниманията, вследствие на което нарастват възможностите на децата за диференциране на пространствените и

времени параметри на движение. Установеният доказателствен материал доказва, че приложената програма определено дава добри резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въз основа на осъществения съдържателен анализ на данните могат да се направят следните изводи и заключения:

1. След проучване и анализиране на литературата се установи, че теоретичните разработки по изследваният проблем не са достатъчни и актуални. Това определи насоката ни към задълбоченото му разработване и изследване. Проучени са основните аспекти и факторите за повишаване ефективността на кинезитерапевтичните занимания за подобряване на двигателните умения, общото физическо развитие, психо-моторното развитие.
2. Приложената кинезитерапевтична програма, включваща разнообразни средства, подходи и методи за възстановяване на деца с церебрална парализа, дава определено добри резултати.
3. Изследователската методика е подходяща за деца от 3 до 15 години.
4. Установени са основните предпоставки за повишаване на двигателната активност на децата, като съществено условие за получаване на развиващ ефект от кинезитерапевтичните занимания :
 - Постановка на заниманията
 - Включването на богато разнообразие от средства
 - Правилната организация на кинезитерапевтичните занимания
 - Компетентна професионална дейност на кинезитерапевта в заниманията;
 - Своевременното преодоляване на трудностите и навременното отстраняване на грешките.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Слънчев П., Бонев Л., Банков Ст. Ръководство по кинезитерапия, С., Медицина и Физкултура, 1986.
- [2] Семьонова К.А. Клиника и рехабилитационна терапия детских церебральных параличей, 1972.
- [3] Чавдаров ИВ., Бенкова Н., Минева П., Миланова Д. Терапевтични възможности при ДЦП - МУ Плевен, 2007.

За контакти:

Ивелина Друмева, Русенски университет "Ангел Кънчев", Специалност "Кинезитерапия", e-mail: piffita@abv.bg

Кинезитерапевтична програма и методика за лечение на рахита в кърмаческа възраст

автор: Антоанета Димитрова
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

***Rickets** is a softening of bones in children potentially leading to fractures and deformity. Rickets is among the most frequent childhood diseases in many developing countries. The predominant cause is a vitamin D deficiency, but lack of adequate calcium in the diet may also lead to rickets. Although it can occur in adults, the majority of cases occur in children suffering from severe malnutrition, usually resulting from famine or starvation during the early stages of childhood. Osteomalacia is the term used to describe a similar condition occurring in adults, generally due to a deficiency of vitamin D.*

Key words: Rickets, psychological problem malnutrition, osteomalacia, muscled weakness, greenstick fractures.

ВЪВЕДЕНИЕ

Рахитът е характерно заболяване за деца в кърмаческа и ранна детска възраст. Проявява се в периодите на бърз растеж при деца, лишени от слънце и хранени с бедна на витамин D и на белтъчини храна. До въвеждането на обогатените с витамин D млека и задължителната профилактика с витамин D рахитът е бил сериозен проблем и често е съпровождан с тежки усложнения, деформации на децата и инвалидизиране, Ж. Желев (1983).

Сега в редица европейски страни обикновеният витамин D – недоимъчен рахит се среща много рядко и се описва като казуистика. Същевременно се засилва интересът към рахитоподобните заболявания в следствие на стомашно-чревни и чернодробни заболявания. Увеличават се наблюденията и изследванията върху тяхната патогенеза и протичане.

Поради подобрените условия за отглеждане на децата, обогатяването на кърмаческите храни с витамин D и провеждането на системна профилактика с витамин D честотата и темпа на рахита намалява, но заболяването не е ликвидирано и все още представлява медицински проблем. [1, 2, 3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Актуалността на проблема обуславя работна хипотеза, която предвижда кинезитерапевтичното въздействие да се насочи към лицата от кърмаческа възраст, както за профилактика, така и за лечение на заболяването.

Хипотеза

Допускаме, че приложението на разработената от нас кинезитерапевтична програма от подходи, средства и методи за лечение на рахита ще повлияе значително за подобряването на общото здравословно състояние и за лечение на рахита, мускулната хипотония, за укрепване на опорно-двигателният апарат и нервно-психичното развитие на децата.

Целта на изследването е да се разкрие ефекта от приложението на разработената от нас кинезитерапевтична програма върху комплексното развитие на децата в кърмаческа възраст, (стимулиране на психомоторното развитие на кърмачето с рахит и ликвидиране на заболяването и неговите остатъчни явления).

Задачи

1. **Проучване** и анализиране на съществуващата литература по проблема.
2. **Разработване** на кинезитерапевтична програма, включваща подходящи средства и методи за подобряване на здравословното състояние на деца в кърмаческа възраст болни от рахит.
3. **Разкриване** на предпоставките за постигане на развиващ комплексен ефект от прилагането на кинезитерапевтичната програма.

Обект на изследването са деца болни от рахит в кърмаческа възраст в условията на кинезитерапевтични занимания.

Предмет на изследването са: мускулния тонус, антропометричните, нервно - психологичните и двигателните характеристики на децата болни от рахит.

Изследването проведехме през периода 2008/2009 г. В три етапа в ДМГД - Варна.

Общият брой изследвани деца болни от рахит са 20 (10 момичета и 10 момчета), разпределени в две групи (първа изследователска група и втора изследователска – (контролна група).

За решаването на задачите и постигане на целта на изследването приложихме комплексна кинезитерапевтична методика, която включва следните основни групи методи.

1. Информационен и теоретичен метод за анализиране на съществуващите литературни източници по проблема у нас и в чужбина.

2. Наблюдение в процеса на реализиране на средствата и методите на разработената от нас кинезитерапевтична програма.

3. Диагностично изследване за оценяване на физическо, моторно и нервно-психическо развитие на детето и изследователски метод.

4. Психологически анализ на дейността и поведението на детето.

5. Анкета с родителите за изясняване на редица особености свързани с заболяването на детето от рахит.

6. Математико-статистически методи за обработка на данните: вариационен и сравнителен анализ.

Наблюдението осъществихме в следните направления: спонтанна моторика, постурална реактивност, нервно-психично развитие и други.

За **диагностичното изследване** използвахме следните групи параметри: показатели за физическо развитие, показатели за моторно развитие (модифициран тест на Холт, по Чавдаров), показатели за нервно-психично развитие, В. Манова - Томова (1974), таблица 1.

Таблица 1. Изследвани основни параметри

№	Тестове	Параметри	Общ брой деца	Общ брой изследвания
1	Физическо развитие	Ръст, см; Телесно тегло, кг; Обиколка глава, см; обиколка на гърди, см.	20	160
2	Тест на Холт	Моторно развитие	20	40
3	Тест на В. Манова-Томова	Нервно-психическо развитие	20	40
ОБЩО:				240

Методиката на работа в първа изследователска група е свързана с приложението на разработената от нас кинезитерапевтична програма за лечение на кърмачета с рахит. Тя включва: Масаж; дихателни упражнения; пасивни упражнения; рефлекторни упражнения; елементи от метода на Войта; метода на Бобат; активни упражнения и други.

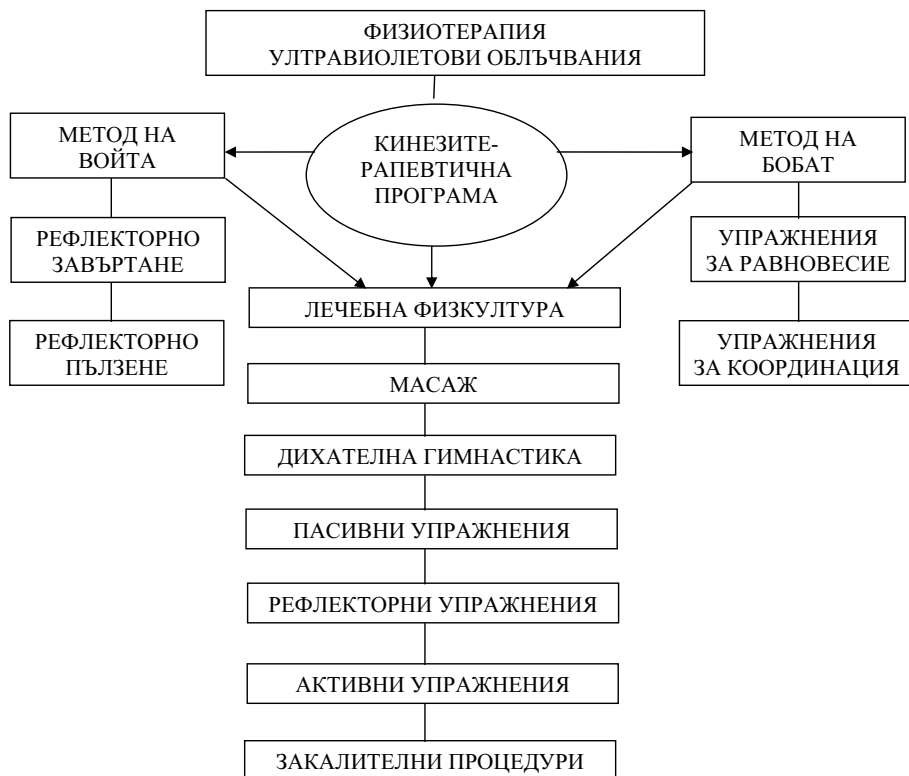


Схема 1. Кинезитерапевтична програма за лечение на деца в кърмаческа възраст болни от рахит (от два до осем месеца)

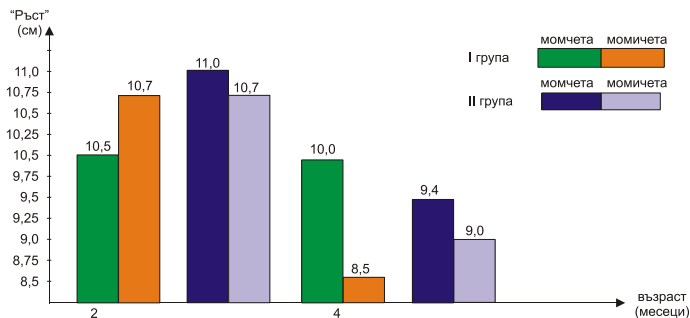
Кинезитерапевтичната програма е насочена към укрепването на здравето на децата, правилното физическо, двигателно и нервно-психическо развитие. При разработването на кинезитерапевтичната програма взехме под внимание степента на развитие на рахита, възрастта на кърмачето и началните данни на изследваните параметри. На тази база определихме конкретно обема и интензивността на натоварването със съответните средства и приложението на съответни методи.

Установяване влиянието на приложената кинезитерапевтична програма и методика върху изучаваните параметри.

1. Констатираните промени в развитието на ръста изследван чрез показатели, „ръст“, (см) са отразени в графично изображение фигура 1, фигура 2.

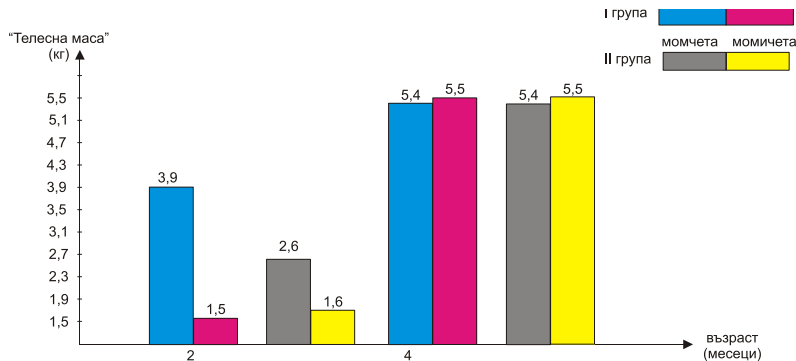
Констатираните данни показват, че за първа изследователска група, ръста на момчетата в двумесечна възраст нараства с 10,5см., $X_2 = 66,0\text{см.}$, $S_2 = 3,28$; $Pt = 0,90$. При момчетата на възраст 4м. от първа изследователска група резултатите за прираста в края на периода за този показател са 10,0см., $Pt = 0,85$.

Техните връстници от втора изследователска група, са със среден ръст съответно на 2м. $X_2 = 66,5$, $S_2 = 3,24$; $V_2\% = 4,00$, $Pt = 0,80$. На 4м. крайните данни сочат $X_2 = 71,0$, $S_2 = 2,30$; $V_2\% = 3,07$, $Pt = 0,85$, фигура 1.



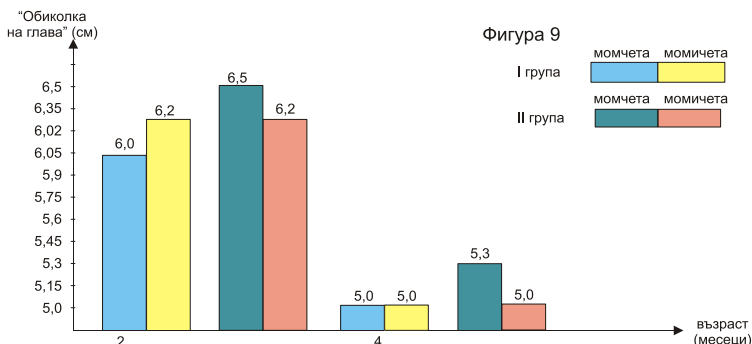
фиг. 1 Прираст на резултатите от изследването на ръста „Ръст”, (см) в изследваните групи.

Както се вижда от данните статистическата достоверност е висока. За втора изследователска група момчетата на 2м. са пораснали $Pt = 0,80$, а тези на 4м. възраст са пораснали с $Pt = 0,85$, фигура 2.



фиг. 2 Прираст на резултатите от изследването на теглото „Телесна маса”, (кг) в изследваните групи.

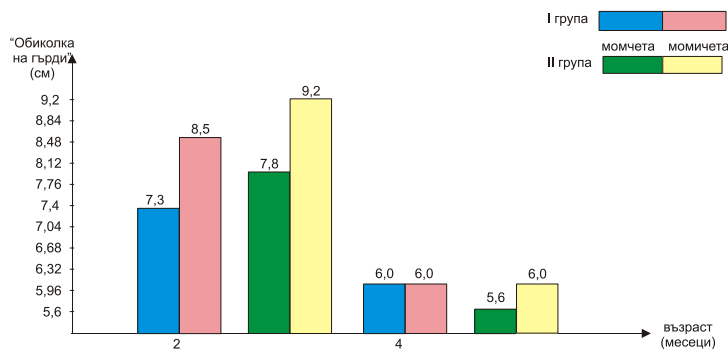
Както се вижда от данните, използваната кинезитерапевтична програма и методика в първа изследователска група са повлияли положително върху този антропометричен признак, макар и в малка степен, тъй като периодът на приложението и е кратък, фигура 3.



фиг. 3 Прираст на резултатите от изследването на обиколката на главата, (см) в изследваните групи.

Както се вижда от данните от използваната кинезитерапевтична програма и методика в първа изследователска група са оказали положително влияние върху антропометричния признак „обиколка на глава“ (см.), макар и в малка степен поради краткия период на прилагането ѝ. От графичното изображение на данните ясно се вижда, че методиката на работа в първа изследователска група е повлияла положително върху признака „Обиколката на главата“ (см), т.е. тя се нормализира.

Наблюдава се подобрение и във втора изследователска (контролна) група, но в по-ниска степен, фигура 4.



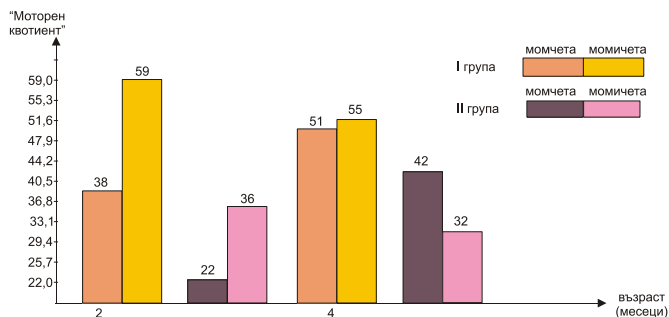
фиг. 4 Прираст на резултатите от изследването на обиколка на гърди „Обиколка на гърди“, (см) в изследваните групи.

От анализа на данните от използваната кинезитерапевтична програма и методика от първа изследователска група се установява, че са повлияли положително върху признака „обиколка на гърди“ (см.), поради своевременността на приложената кинезитерапевтична програма и съобразяването ѝ с особеностите на физическото развитие на детския организъм.

Констатираните промени в развитието на двигателните умения, изследвани чрез теста на Холт са отразени в графично изображение фигура 5.

От анализа на данните отразени във фигура 5 се вижда, че използваната методика в първа изследователска група и приложената кинезитерапевтичната програма са повлияли положително върху показателите за двигателно развитие на

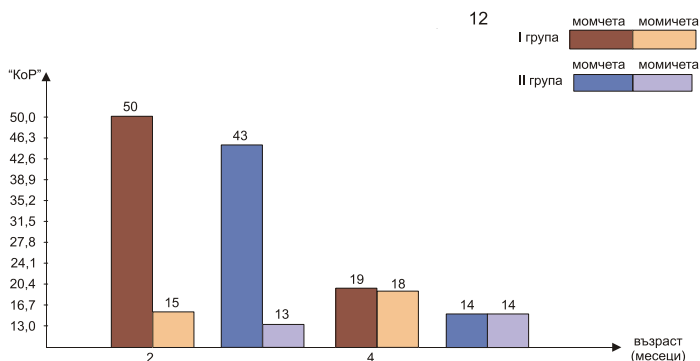
децата болни от рахит. Това се дължи на своевременното установяване на двигателното изоставане на кърмачето и адекватно проведената кинезитерапевтична програма и методика съобразена с особеностите на двигателните умения на кърмачетата болни от рахит, фигура 5.



фиг. 5 Прираст на резултатите от изследването на показателите за двигателно развитие (Моторен котиент) в изследваните групи.

Констатираните промени в показателите за нервно–психично развитие са изследвани чрез теста на В. Манова – Томова, които са графично изобразени във фигура 6.

Както се вижда от данните от изследванията кинезитерапевтична методика и програма в първа изследователска група е оказала положително влияние върху показателите за психо – моторно развитие на кърмачетата болни от рахит, фигура 6.



фиг. 6 Прираст на резултатите от изследването на показателите за нервно – психично развити, (KoP) в изследваните групи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведените проучвания върху литературните източници и извършената експериментална проверка на разработената от нас кинезитерапевтична методика за психо-моторно стимулиране на кърмачетата болни от рахит, ни дава основание да направим следните основни изводи:

1. Проучени са само основните аспекти за въздействие върху двигателните умения и нервно-психичното развитие. Това определи и насоката ни към разработването на ефективна кинезитерапевтична програма за лечение на рахита в кърмаческа възраст.

2. Разработената и приложена за четири месечния период изследователска методика и кинезитерапевтична програма, включваща прилагането на: масаж, пасивни и активни упражнения, закалителни процедури, елементи от метода на Бобат и Войта, дава определено по-добри резултати в сравнение с традиционната кинезитерапевтична програма.

3. Основните предпоставки за постигане на ефективност от кинезитерапевтичните занимания са:

а) богато разнообразие от методики и упражнения изпълнявани в определена последователност;

б) правилна организация на кинезитерапевтичните занимания, което оказва стимулиращо влияние върху мускулния тонус, двигателната активност и нервно-психично развитие на кърмачето болно от рахит.

в) проведената компетентна професионална дейност на кинезитерапевта в съответствие със съвременните изисквания.

ЛИТЕРАТУРА

[1]. Баракова, П. Детска рехабилитация. 2008

[2]. Войта В., А. Петерс. Принципът на Войта. Мускулни движения в рефлексното предвижване и моторната онтогенеза. М ф., С., 2003.

[3]. Желев, Ж. Рахит и рахитоподобни състояния. МФ., С., 1983.

[4]. Уикипедия, bg.wikipedia.org, Рахит.

За контакти:

Антоанета Валентинова Димитрова, РУ „А. Кънчев“, студент пети курс „Магистър“, спец. „Кинезитерапия“, моб. тел.: 0898/634510; e-mail: sid13@abv.bg

Съвременни кинезитерапевтични подходи за превенция на затлъстяването при подрастващи

автор: Десислава Енчева

научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Modern physiotherapeutic approaches to obesity prevention among juveniles. This work is orientated towards solving the problem of overweight and obesity among juveniles which results from sedentary lifestyle and poor nutrition. An optimized physiotherapeutic program, involving various complexes of general and specially designed physical exercises, different types of tourism, games and activities, is developed and performed in PE classes and as extracurricular activities. It influences positively healthy growth, development and efficiency of 10-11-year-old pupils, makes PE lessons more interesting and increases students' motivation to take part in sports activities.

Key words: healthy growth and development, overweight, optimized physiotherapeutic program, physical efficiency

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременният свят, в който живеем сме подложени на стрес, замърсен градски въздух, заседнал начин на живот (прекалена работа с компютри, мобилни технологии и др.), нездравословно хранене,[1,2,3,4]. Посочените фактори рефлектират върху здравословното състояние на най-младите хора - водят до хипокинезия типична за нашия век , а оттам и до затлъстяване.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Формулираният по-горе проблем обуславя **работната хипотеза**, която предвижда , разработването и приложението на ефективна кинезитерапевтична програма за превенция на затлъстяване при подрастващи ученици. Тя включва подобрени методи и специални средства за двигателен режим на учениците (общоразвиващи упражнения, спортно-подготвителни игри, различни форми на туризъм). Внедрена в урока по физическо възпитание, оказва съществено влияние върху правилното физическо развитие на децата, върху подобряването на физическата им дееспособност и съдейства положително за превенцията на затлъстяването,[1,2,3].

Целта на изследването е да повиши ефективността на урока по физическо възпитание при ученици от четвърти клас, чрез приложение на иновационна кинезитерапевтична програма.

Задачи:

- **Проучване** и анализиране на съществуващата литература по проблема;
- **Разработване и внедряване** в практиката на ефективна кинезитерапевтична програма от упражнения за повишаване на моторната плътност и двигателната активност на 10-11- годишни ученици;
- **Установяване** на влиянието на приложената кинезитерапевтична програма върху изследваните параметри.

За решаването на поставените задачи и постигането на целта на изследването са използвани следните **методи**:

1. **Теоритичен анализ** на литературните източници у нас и в чужбина;
2. **Наблюдение** в процеса на усъществяване на двигателната дейност;
3. **Диагностично изследване** за оценяване на физическата дееспособност и физическо развитие;
4. **Педагогически експеримент**;
5. **Математико-статистически метод** за обработка на даните.

В изследването участват общо 60 ученика на 10-11- годишна възраст, от които 26 момчета и 34 момичета разпределени в първа и втора изследователска група, от училище "Васил Левски", гр. Русе. Изследването се проведе поетапно в рамките на една учебна година. Общият брой и вида на изследванията са отразени в таблица 1.

Таблица 1. Общ брой изследвани лица и проведени изследвания

№	групи показатели	тестове	Общ брой изсл. лица	Общ брой изследвания
I.	Антропометрични измервания	1."Ръст" , (см)	60	120
		2. „Телесно тегло", (кг)	60	120
		3. „Дихателна разлика", (см)	60	120
		4. „Сантиметрия"		
		4.1. Обиколка на мишницата ,(см)	60	120
		4.2. Дебелина на кожна гънка , (см)	60	120
II.	Физическа дееспособност	1. „Бягане 50 м", (сек.)	60	120
		2. „Скок дължина от място с два крака", (см)	60	120
		3. „Хвърляне на плътна топка 3кг с две ръце над глава", (см)/Изправяне от тилан лег (бр)	60	120
		4. „Бягане 600/300 м", (сек.)	60	120
		Общо	60	1080

В първа изследователска група е приложена разработената от нас кинезитерапевтична програма, отразена в **Схема 1**. Във втора изследователска група е работено по стандартен модел на работа, отразена в действащата учебна програма.

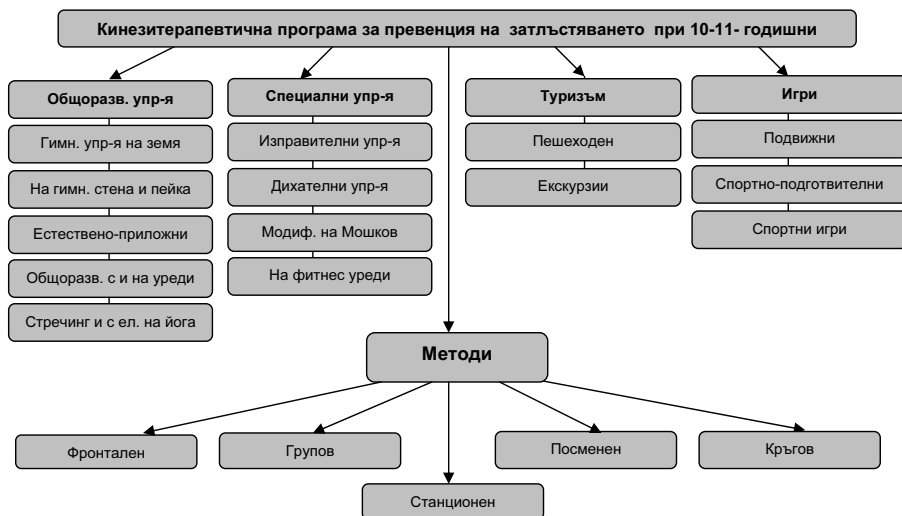
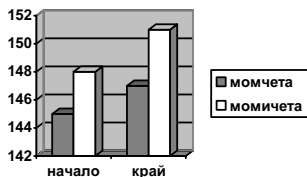


Схема 1

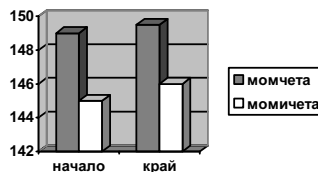
Кинезитерапевтична програма за превенция на затлъстяването при 10-11-годишни деца

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ**Установяване влиянието на приложената кинезитерапевтична програма върху антропометричните показатели**

1. Промени в резултатите от изследването на ръст, тест „Ръст“, (см) за първа и втора изследователска група са отразени съответно на фиг. 1 и фиг. 2.



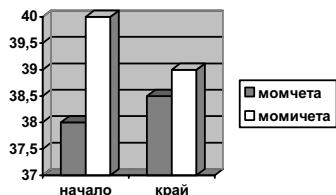
Фиг.1 Промени в резултатите от изследването на „Ръст“, (см) в първа изследователска група



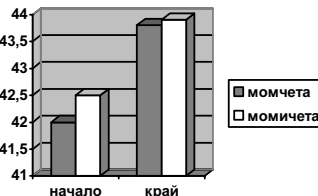
Фиг.2 Промени в резултатите на изследването на „Ръст“, (см) във втора изследователска група

Данните са подкрепени с висока статистическа достоверност. Макар и близки стойности на прираста можем да твърдим, че използваната кинезитерапевтична методика, в първа група е повлияла положително върху изследвания антропометричен признак.

2. Промените в резултатите от изследването на телесно тегло, тест „Телесно тегло“, (кг) са отразени на фиг. 3 и фиг. 4.



Фиг.3 Промени в резултатите от изследването на „Телесно тегло“, (кг) за първа изсл. група

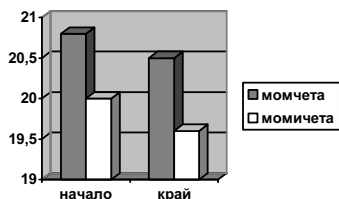


Фиг.4 Промени в резултатите на изследването на „Телесно тегло“, (кг) за втора изсл. група

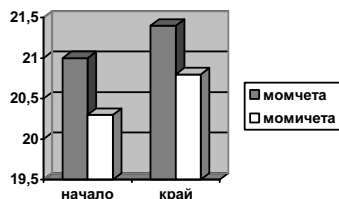
Разликата в средните стойности на прираста при двете групи е незначителна. От протоколите обаче се вижда, че учениците с наднормено тегло в първа група са понижали теглото си, а тези с проблемно тегло от втора група са продължили да наддават килограми.

3. Установените данни сочат, че дихателната разлика при учениците от първа група се е увеличила в по-голяма степен в сравнение с 10-11-годишните от втора група. Анализът разкрива, че физическите натоварвания, на които са били подложени учениците в първа изследователска група са допринесли положително за развитието на гръдната клетка и дихателната мускулатура.

4. Промяната от изследването на обиколката на мишницата е отразена на фиг. 5 и фиг. 6. Резултатите сочат, че учениците с наднормено тегло от първа изследователска група са намалили обиколката на мишницата под въздействието на приложената кинезитерапевтична програма. Макар и в минимални граници средната стойност на обиколката на мишницата и при двата пола във втора група нараства. От констатираните данни обаче се вижда, че учениците с наднормено тегло от същата група продължават да наддават, като във възходяща посока се движи и средната стойност обиколката мишницата.

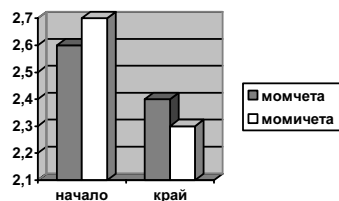


Фиг.5 Промени в резултатите от изследването на „Обиколка на мишница”, (см) за първа изсл. група

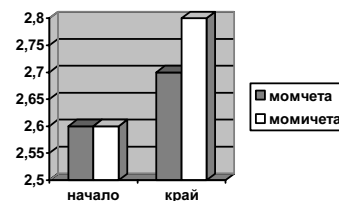


Фиг.6 Промени в резултатите на изследването на „Обиколка на мишница”, (см) за първа изсл. група

5. Промените от резултатите от изследването на дебелината на кожна гънка, „Дебелина на кожна гънка”, (см) са отразени на фиг. 7 и фиг. 8. Установените данни са аналогични на тези на „Телесно тегло”, (кг).



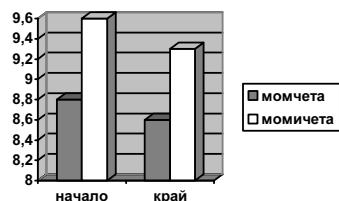
Фиг.7 Промени в резултатите от изследването на „Дебелина кожна гънка”, (см) за първа изсл. група



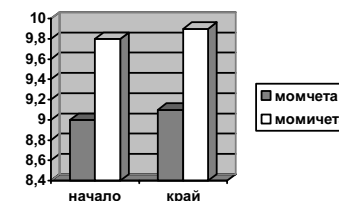
Фиг.8 Промени в резултатите на изследването на „Дебелина кожна гънка”, (см) за втора изсл. група

Установяване влиянието на приложената кинезитерапевтична програма върху физическата дееспособност

1. Установените промени в резултатите от изследването на бързината на 10-11-годишните момчета и момичета измерена с помощта на теста „Бягане 50 м”, (сек) са отразени на фиг. 9 и фиг. 10



Фиг.9 Промени в резултатите от тест „Бягане 50 м”, (сек) за първа изсл. група



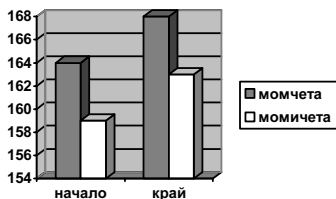
Фиг. 10 Промени в резултатите от тест „Бягане 50 м”, (сек) за втора изсл. група

Задълбоченият анализ на данни разкрива, че момчетата имат по-добри постижения от момичетата и в двете групи, но учениците от втора изследователска група са понижали резултатите си в следствие на недостатъчно физическо натоварване.

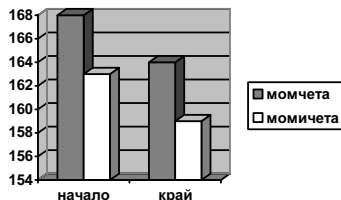
Следователно, както се вижда от обобщените данни изследваната методика за превенция на наднорменото тегло и затлъстяване при 10-11-годишните, включваща общоразвиващи упражнения и различни спортно-подготвителни игри, е оказала

положително влияние върху развиването на качеството бързина при учениците от първа изследователска група.

2. Установените промени в резултатите от изследването на взривната сила на мускулите на долните крайници при 10-11- годишните ученици, оценени с теста „Скок дължина от място с два крака“, (см), са отразени на фиг. 11 и фиг. 12.



Фиг. 11 Промени в резултатите от тест „Скок дължина от място с два крака“, (см) за първа изсл. група



Фиг. 12 Промени в резултатите от тест „Скок дължина от място с два крака“, (см) за втора изсл. група

Като се съпоставят данните от постиженията на учениците от първа група в началото и в края на изследването се вижда, че и при двата пола има прираст. Приложението на разнообразни упражнения, екскурзии, туристически походи и спортни игри обогатяват двигателната култура на учениците, повишават работоспособността им и укрепват отделните мускулни групи, което води до повишаване на постиженията на скока.

Положителни резултати се наблюдават и при изследването на силата на мускулите на горните крайници при момчетата и силата на коремната преса при момичетата се наблюдават само в първа изследователска група, където е прилагана кинезитерапевтичната програма. Придобитите двигателни умения и навици на учениците от тази група са допринасят за по-добрите резултати в края на изследването. По- ниските стойности на крайните резултати при учениците от контролната група потвърждават необходимостта от въвеждането на подобни кинезитерапевтични програми и методики във всички училища. Аналогични са резултатите от изследването на издръжливостта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. От обстойното проучване на литературата се установи, че целенасочената кинезитерапевтична работа в началното училище е силно занижена. Премахнати са часовете по лечебна физкултура, липсва конкретна кинезитерапевтична методика за превенция на затлъстяването при учениците на възраст 10 – 11 години. Процентът на тези с наднормено тегло и вече затлъстели, както и процентът на гръбначните изкривявания в този рисков период е висок.

2. Приложената кинезитерапевтична програма в уроците по физическо възпитание и спорт и извънурочните форми на работа, определено дава по-добри резултати. Тя разнообразява урока по физическо и спорт и го превръща в интересен и желан от малките ученици. В резултат на системното приложение на разработената от нас програма се повишава моторната плътност и двигателната активност на 10-11- годишните ученици. Повишена е и мотивацията им за участие.

3. Развиващият ефект на обучението в тази основна форма на работа зависи от:

- **Включването** на целенасочени упражнения (общоподготвителни, специални) и разнообразни игри (подвижни, спортноподготвителни и спортни), изпълнявани в секционните занимания и ядро "Туризм." Ефектът от приложението им е по-голям, когато постановката и организацията на обучението е правилна;

- **Разширяването** на знанията на учениците за техниката на изпълнение на физическите упражнения и правилата на изпълняваните игри;
- **Своевременно отстраняване на грешките** и преодоляването на трудностите при изпълнението на упражненията, както и от изискванията за качество на изпълнение.

Разработената кинезитерапевтична програма за превенция на затлъстяването при ученици от четвърти клас влияе положително не само върху физическото им развитие, физическата им дееспособност, но и върху формирането на чувството им за отговорност, съзнателност и дисциплинирано поведение, мотивацията им за системни занимания с физически упражнения и спорт.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Байкова Д. Затлъстяването в детска възраст, сп. Практическа педиатрия, бр. № 1, 2003
- [2] Гатев В. Морфологична и физиологична характеристика на детския организъм, Мед. и Физк. София 1988
- [3] Мумджиев Н. и Н. Станимирова Определяне, методи и оценка на затлъстяването В: Затлъстяване в детската възраст под ред. на М. Дамянова, София 2005
- [4] Swimburn B. A., I. Caterson, J.C. Seidell et W. P. James Diet nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity, Public Health Nutr., 7, 2007

За контакти:

Десислава Енчева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, e-mail: desiencheva@yahoo.com

Fit-ball – една нова концепция за движение в системата fitness

автор: Мариета Гвоздиева
научен ръководител: ст. ас. Искра Илиева

For the first time fitballs appear in Switzerland. Today they are increasingly popular. Due to the low complexity of the exercises and the small degree of strain they are proper for all age groups. Used in aerobics, kinesitherapy and in classes for pregnant. Allow replacing static stand, when you sit on a chair with dynamic, which is beneficial for the spine.

Key words: fitball, exercises, gymnastics, balance

"Fit ball не изисква изключителна сила и издръжливост, а само постоянство. Упражненията трябва да съпътстват всеки ваш ден..."
проф. Енрико Черон

ВЪВЕДЕНИЕ

За първи път оригиналните топки Fit- ball с по-голям диаметър са се появили неотдавна в Швейцария, Упражненията с големи топки започват да се прилагат с терапевтична цел и са систематизирани от швейцарските физикални терапевти при деца с церебрална парализа, за да подпомогнат равновесните им реакции. Susanne Klein- Voelbach - ръководител на училището по физиотерапия на Kanton hospital в гр. Базел е първият терапевт, който използва Swiss Ball за терапевтични цели при неврологични и ортопедични проблеми, След 1973г, приложението на топките излиза извън границите на Европа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Сега широкото приложение на топките Fit- ball е известно не само в областта на физикалната терапия, но и в аеробната гимнастика, фитнеса, във физическата подготовка на спортисти и т. н. Много спортни и фитнес клубове, рехабилитационни центрове организират курсове по изправителна гимнастика и патология на гръбначния стълб, при бременни в психомоторна подготовка за раждане, за профилактика на остеопороза и други заболявания на опорно-двигателния апарат, подготовка за хиппотерапия, психомоторна гимнастика при деца, двигателна активност при инвалиди със зрителни и други проблеми.

Последните данни сочат, че топките са конкурирали много други полезни дейности през последните 10-15 години. Освен за рехабилитация и спорт, те се използват и в класните стаи и офисите, за поддържане и стимулиране на правилна позиция и седеж като алтернатива на столовете. Фитнес и спортната индустрия започва да приспособява топката, защото тя е подвижна, интересна и много забавна.

През 1991 г. Швейцарската асоциация по физическо възпитание в училище лансира идеята за "двигателно преобучение" чрез използването на Fit- ball. От тогава тази идея се възприема в много страни. Спортните клубове намират идеята също за интересна. Подобриенето в позицията на гръбначния стълб (стабилизирането му) става важна задача за аеробната индустрия. За персоналните тренъори е динамична тренировъчна помощ, когато се използва за упражняване на коремната и гръбна мускулатура. Също така тя подобрява и равновесието.

В Германия много здравноосигурителни компании са шокирани от факта, че силно е нарастнала гръбначната патология на населението. В тази кампания те включват използването на седеж върху голяма топка, както и смяна на работната атмосфера и начин на работа. Препоръчва се хората да я използват в офисите, снимка 1.



Снимка 1

Много училища в Италия и скандинавските страни са оборудвани с топки вместо столове, а часовете по физическо възпитание, където те присъстват като основно средство, са истинско удоволствие за учениците.

В Русия е създадена организация, която е подпомогнала въвеждането на Fit ball в детските градини, училищата, оздравителните и рехабилитационните центрове, женските консултации и спортните клубове.

В България доскоро приложението на топките като средство за рехабилитация се ограничаваше само при лечението на някои заболявания в детска възраст и в неврологията. От 1999 г. след първия проведен курс от Е. Ceron и Cosani (Италия) започва по-масово приложение на топките във всички области на кинезитерапията. Те намират своето подобаващо място като рехабилитационно средство в много кинезитерапевтични кабинети. За съжаление е много ограничено използването им в профилактиката на редица заболявания, както и в областта на фитнеса и спорта.

Терапевтичен ефект на упражненията с топка.

Fit ball е не само средство в кинезитерапията, но една нова концепция за движение, която може с успех да се приложи и в урочните форми на работа по физическо възпитание и спорт в началното училище. Обхваща всички възможни аспекти за използване на топката в съответствие с приетата в цял свят система fitness. Тя е нова форма за занимание с ново разпределение на натоварването - повишаване ролята на мускулатурата за поддържане на равновесието върху сферичната повърхност на топката, снимка 2.



Снимка 2

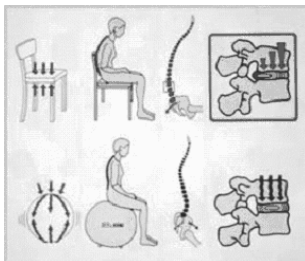
Предимството на този тип натоварване е, че докато се работи активно за определена мускулна група, голяма част от останалите мускули на тялото също участват в натоварването като стабилизатори. По този начин организма активира горенето на мазнини без драстични амплитуди и повишена динамика.

Fit ball има формата на кълбо, т. е. идеалната космическа форма без начало и край. Кълбото изпраща информация до всички анализатори и предизвиква реакции от страна на нервната система, увеличава процесите в мускулите и сухожилноставния апарат. Освен от формата, лечебният ефект на топката се обуславя още и от въздействията на колебливите ѝ движения. Вибрациите, които се усещат при седеж или лег върху топката, са сходни с тези, предизвикани от хиппотерапията (лечебната конна езда), Ездата е сложно координационно движение, особеностите на което се проявяват в това, че мускулната активност се осъществява в условия на подвижна опора, и за да се запази равновесие е необходимо съответствие на ОЦТ на ездача и коня. Същото се случва и при изпълнение на упражнения върху Fit ball. Вибрациите оказват обезболяващ ефект, стимулиращо въздействие върху надбъбрека, перисталтиката на червата, функциите на жлъчния мехур и черния дроб, стомаха и други органи. Колебанията, предизвикани от топката, се предават по целия гръбначен стълб, от там по аферентните пътища до главния мозък. На фона на положителните емоции се ускорява изработването на нови условно-рефлекторни връзки, необходими за психичното и интелектуалното развитие на децата. Увеличава се възможността за самоанализ и самоконтрол. Гръбначният стълб е оста на нашия организъм и неговото състояние отразява състоянието на човека. Проучвания сочат, че натоварването на дисковете по време на седеж е 30% по-голямо, отколкото при стоене. Лошата поза при седежа на стол се предава върху дисковете на гръбначния стълб с различна степен на натоварване, затруднява се функцията на вътрешните органи и дишането. Освен това столовете поемат тежестта на тялото. Това може да е удобно, когато сме релаксирани, но по този начин гърбът се отпуска и постепенно намалява силата на гръбната мускулатура и тя става прекалено пасивна. Този дисбаланс между мускулните групи на флексори и екстензори на трупа може да провокира болки в гърба и представлява риск за други заболявания.

Активният седеж върху топката не позволява релаксация на гръбната мускулатура. Има постоянно леко приспособяване на гърба, таза, коленете и глезените за запазване на равновесие върху топката. Това постоянно приспособяване към позата за баланс именно помага на храненето на дисковете на гръбначния стълб. Освен това, лекото подскачане (пружиниране) на топката изисква запазване на правилна позиция по време на седежа, което засилва не само гръбните мускули, но и мускулатурата на цялото тяло .

Болките в гърба са епидемичен проблем на модерното общество. Когато седят хората имат тенденция да се прегърбват, най-вече когато техният мозък е ангажиран с други неща. Много експерти са съгласни с факта, **че липсата на двигателна активност, съчетана с продължителен седеж, може да води до болки в гърба.**

Задължението да се седи дълго време в училище или на работното място във фиксирана неудобна позиция е причина за трайни структурни и мускулни натоварвания, снимка 3. Това предизвиква разстройство до болки в гърба. Леките упражнения с Fit- ball биха могли да бъдат превантивна мярка в борбата с болките а гърба.



Снимка 3

Задължението ученикът да се седи дълго време на чина в училище или друго място във фиксирана неудобна позиция е причина за трайни структурни и мускулни натоварвания. Това предизвиква разстройство до болки в гърба., до гръбначни изкривявания в различни степени и форми. **Леките упражнения с Fit- ball биха могли да бъдат превантивна мярка в борбата с болките а гърба**, развива равновесната усетливост.

Доброто равновесие изисква непрекъснато упражняване. Такава отлична възможност дават Fit- ball упражненията, защото те се изпълняват върху динамична опора, което изисква честа промяна на ОЦТ. Самият седеж върху топката изисква добро равновесие. Но ако се повдигне единия крак, много по-трудно се запазва равновесие. Когато се редува повдигане на краката последователно или едновременно изискванията към равновесния апарат са на много високо ниво и това би могло да се постигне след продължителна тренировка. Равновесието може да се тренира и от други изходни позиции като лег или тилен лег върху топката.

Стречинг с Fit ball.

Добрата подвижност в ставите на човека е важна част от доброто здраве и активен начин на живот. Гъвкавостта предпазва от мускулни травми и спомага за умствена и физическа релаксация. Последните изследвания сочат, че стречингът подобрява мускулния баланс и позата. Стречингът със Fit ball предлага много предимства, за да се постигне пълна степен на движение, като топката поема тежестта на тялото по време на разтягането, снимка 4.



Снимка 4

Стречингът е много важен елемент в подготвителната и заключителната част на всяка спортна дисциплина.

Полезни съвети при упражнения с Fit ball:

1. Може да се използват **съвременни средства, които да онагледяват упражненията.**

2. **Натоварването може** да се увеличи с добавяне на тежести (например гирички).

3. **Цветът на топката също е важен:** ярките цветове стимулират централната нервна система и повишават тонуса. Тъмните цветове помагат за понижаване на тонуса. Зелените топки релаксират изпълняващите.

5. Тези, които се плашат от изходното положение лег или тилен лег върху топката, **могат да преодолеят страха** като използват прозрачна топка, която позволява да виждат пода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Системата Fit ball предлага цял комплекс от упражнения, които възстановяват тонуса на гръбната и скелетната мускулатура. Друга специфична област на въздействие е вестибуларният апарат. Заниманията Fit- ball обезпечават „меко“ натоварване, тъй като упражненията се изпълняват практически при отсъствие на натоварване на долните крайници, което не е маловажно особено за учениците при които се налага да стоят статично по шест часа на ден. Терапевтичният ефект на Fit- ball се изразява в:

1. **Укрепване на сърдечния мускул**, подобряване на общото кръво и лимфообращение, нормализиране на артериалното кръвно налягане;

2. **Подобряване дейността на дихателната система**, дълбочината на дишане, увеличаване на виталния капацитет на белите дробове;

3. **Увеличаване на подвижността на гръбначния стълб** и включване в активна работа на гръбната мускулатура, мускулатурата около раменните стави, гръдната клетка, шията, коремната мускулатура и мускулатурата на горни и долни крайници. Увеличава се еластичността на мускулите и ставните връзки;

4. **Намаляване и отстраняване на ставните болки;**

5. **Ускоряване процесите на регенерация** на тъканите и подобряване на обмяната на веществата, особено в междудисковото пространство.

Уникалната възможност в урока по физическо възпитание и спорт да се провежда в началото аеробна част за загряване с топка, позволява да се повиши интереса и двигателната активност на учениците към заниманията с физически упражнения и спорт. Проведените в САЩ, Европа и Русия изследвания потвърждават несъмнено положителното въздействие на такива упражнения върху здравето и общото укрепване на целия организъм на обучаваните.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Генчева, Н. Fit-ball и кинезитерапия, “БОЛИД-ИНС” ЕООД, С., 2003

[2] <http://www.fitball.com.au/>

[3] <http://www.ballodynamics.com/fitball.php>

За контакти:

Мариета Гвоздиева, РУ “Ангел Кънчев”, студент четвърти курс, ОКС „Бакалавър”, спец. ЕТООС, e-mail: marieta_gv@abv.bg

Етиология и лечение на гръбначни изкривявания – сколиоза и кифоза

автор: Гергана Дуницова

научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: In this report is presented the origin of sickness and the appropriate treatment for the spinal bending – scoliosis and kyphosis. The problem is complicated in our society. There are some information about the resources we can use to improve the prevention and the treatment of this disease.

Key words: Spinal Bending – Scoliosis, Kyphosis; Physical Therapy.

ВЪВЕДЕНИЕ

Гръбначните изкривявания са широко разпространени сред подрастващите. Приемаме ги предимно като козметичен дефект и, още по-лошо, като характерен белег на учебния процес. В действителност обаче организмът на децата и юношите не е достатъчно укрепнал. Това се отнася за всички органи и системи, включително и за костите и мускулите, които лесно могат да се увредят. Най-често гръбначно изкривяване се получава, когато ученикът редовно заема неправилна поза при четене и писане или е принуден в продължение на часове да седи на чинове, неподходящи за височината и теглото му. С течение на времето компенсаторните възможности на организма намаляват и през четвъртото десетилетие от живота си хората с гръбначни изкривявания страдат от сърдечно-съдови и белодробни заболявания доста по-често от останалите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Сколиозната болест се характеризира с определен комплекс от симптоми, като латералното изкривяване на гръбначния стълб (сколиоза) е основният симптом. В продължение на векове произхода на сколиозата остава загадка на медицината. И досега етиологията е неизяснена. В болшинството от случаите се поставя диагноза – идиопатична сколиоза, т.е с неизвестни причини.



Механизмът на получаване е следният: инсуфициентната белтъчна обмяна има за последица размекване на епифизните зони на растежа, в областта на залагането на междупрешленовите връзки се създават условия за подхлъзването на апофизите на телата на прешлените (епифизиолиза) и в краен резултат възникване на латерално изкривяване.

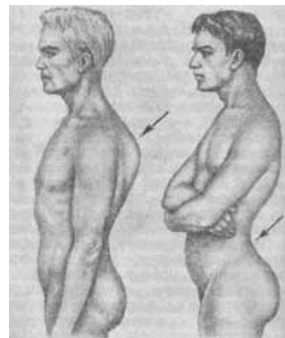
Фигура 1

В последните години се проявява повишен интерес към неврогенната теория за произхода на сколиозната болест. Според нея идиопатичната форма на сколиозата се проявява вследствие нарушенията в нервната трофика и нервно-дистрофичните процеси в дисковете на прешлените. В тази посока са изследванията на Heussege, Rathke, Скрычин, Абальмосова.

В българската медицинска литература през 1987г. излезе от печат обстоен материал за ВСТМ (вродено съединително-тъканна малостойност). В него се прави опит да се изясни етиологията на идиопатичната сколиоза с ВСТМ, която предизвиква слабост в интер- и интра-вертебралния мускулно-лигаментарен апарат.

Авторите на теорията Милковска-Димитрова и Ат. Каракашев установяват симптоми на ВСТМ при повечето от децата с диагноза идиопатична сколиоза.

При кифозите най-често се засягат от Th7 – Th10. В началната си фаза болестта протича латентно, без болка. Едва в края на деня детето се оплаква от умора в мускулите на гърба. От огледа се вижда патологична стойка с изместване на раменния пояс напред от фронталната равнина на тялото. Набелязват се признаците на равномерна кифоза (за разлика от остра туберкулозна гърбица). При натиск върху бодилестите израстъци - Th 6 и надолу, не се открива локална болезненост. На рентген в тази фаза се отбелязва едва изразена клиновидна форма на прешлените, но кифозата все още не е фиксирана.



Фигура 2

Втора - ФЛОРИДНА ФАЗА - Тя се характеризира с ясно изразена гръдна кифоза. Най-често в областта Th5- Th12 L2. Клинично се изявява във възрастта от 12 до 17 години. Кифозата е частично фиксирана, но деформацията прогресира. Горната част на тялото се измества назад, а средният и долен дял са отклонени напред спрямо фронталната равнина. Под и над кифотичната деформация има лордоза с напрегнати лумбални мускули. Лордозата не е фиксирана и представлява компенсаторен механизъм. Може да има болки под нивото на фиксираните прешлени.

Характерната фиксираност на кифозата при остеохондропатията на апофизите на телата на прешлените, фактически остава непроменена и затова компенсацията е по-добре видима. Локализацията на кифозата в средния и долен гръден дял на гръбнака дълго време не води до груби нарушения във функциите, защото поясния и шийногръдния дял имат нормална подвижност. На рентген в тази фаза има изразена клиновидна деформация на телата на 2 или 3 прешлена и нарушение в структурата на епифизните плочки на прешленните тела. Хрущялните дискове обикновено са слабо променени, но може да имат по-малка височина в предните части на телата. Фазата е характерна за деца от 12-17 години.

Трета - КЪСНА ФАЗА - Проявява се след 18 годишна възраст. Характерна е трайната и значителна деформация на гръбнака. Отпред гръдният кош е сплеснат. Характерно е и скъсяване на гръдната кост. Болката след физическо натоварване е постоянен симптом и се дължи на остеохондрозата. На рентген е изразена клиновидна деформация на телата на 2-4 прешлена.

Изборът на лечение на гръбначните изкривявания е в зависимост от етиологията, формата и тежестта на изкривяването, състоянието на пациента и др. Лечебните проблеми могат условно да се разграничат в три направления, като лечебните мероприятия в тях се преплитат, променят своята ефективност в отделните етапи на лечение. Бунел твърди, че показани за неоперативно лечение са кривините до 20 градуса, при които е необходимо да се прилагат само упражнения за мобилизация, корекция, укрепване на мускулите.

При кривини от 20-40 градуса, според автора; трябва да се прилагат освен изправителна гимнастика и различни видове корсети. Авторът смята, че корсетите, приложени навреме, при кривини по-големи от 20-30 градуса, и при бързо прогресиращи изкривявания, осигуряват благоприятен изход на лечението или подготвят гръбнака за евентуална операция. В практиката се използват коригиращи гипсови или пластмасови корсети, специални коригиращи легла, екстензионни

устройства за хоризонтална и вертикална тракция, други видове коригиращи или стабилизиращи корсети. Широко използвани в практиката са корсети тип "Милуоки", "Бостон", "Локалайзер", "Миневра", "Лионски", корсети на Рисер, Котрел, Станяра, Доналдсон-Инк-Станяра и много др. Корсетите са разработени на базата на биомеханиката на гръбначния стълб, те коригират изкривяването, имат деротационен ефект, разпределят налягането върху носещи точки на тялото, така че да се получи най-благоприятно въздействие. Съвременното оперативно лечение на гръбначното изкривяване е все още труден лечебен проблем. То се съчетава с предварителна кранио-феморална, хало-пелвисна тракция, тракция по Котрел и др., с цел подготовка на гръбначния стълб и свързаните с него неврални структури и вътрешни органи за поемане на корекцията. В медицинската литература са описани различни техники — от операции на меките тъкани, на процесусите и прешлените на гръбначния стълб. Повече от 4 десетилетия с изключителен успех се ползва метода на стабилизиране - "поставяне на инструментариум" на Харингтон. Методът се състои в имплантиране на дистрактор от конкавната страна и поставяне на контрактор от конвексната страна на изкривяването със съвременно извършване на солидна остеопластична синтеза. За модификации на този вид операции съобщават десетки ортопеди — Джеймс, Мое, Цивьян, Чаклин и мн. др. В последните години за нови методики на оперативното лечение съобщават Дуаер, Луке, Котрел-Дебюсе /CD-система/. У нас коригиращи операции правят Каймакчиев, Павлов, Танчев, Ганчев, Росманов, Тифчев и мн. др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема за гръбначните изкривявания изисква да се приеме една добра класификация, съответстваща на етиопатогенезата на заболяването, на промените, настъпващи в телата на прешлените, в дъгите, дисковете и мускулите. Тя ще даде възможност да се отразят всички особености, характеристики и взаимни връзки, така необходими при прогнозиране и лечение на гръбначните изкривявания.

Нуждата от правилна диагностика и ранна профилактика се засилва все повече през годините. Изискват се коректни изследвания и системна работа в продължение на години. В комплексното лечение на сколиозите и кифозите е необходимо да се изгради усилена рехабилитационна програма, която да се прилага в период от дълго време.

Въпреки сложната ситуация, в която се намираме и липсата на кадри ние сме длъжни да дадем най-доброто от себе си за подобряване състоянието на децата с тези заболявания.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Лекции по кинезитерапия в ортопедия и травматология – доц. П. Баракова
- [2] <http://www.dar-center.com/article/?article=150>
- [3] <http://forum.bg-mamma.com/index.php?topic=99635.0>
- [4] <http://images.google.bg/>

За контакти:

Гергана Дуницова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, тел. 082 80 11 16 / 0899808927, e-mail: gergana_dunicova@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ „Ангел Кънчев“, Катедра Кинезитерапия, тел. 0899955088, e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Насоки в кинезитерапевтичното повлияване на ревматоидния артрит

автор: Херис Мехмед

научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

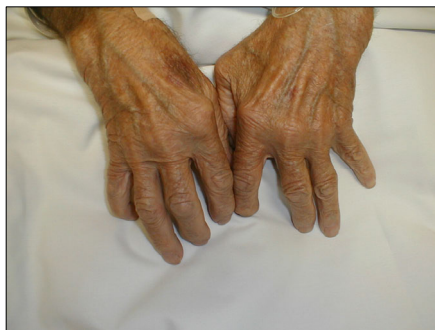
Summary: Nature of rheumatoid arthritis. Physical therapy trends in treatment, prevention and prognosis of rheumatoid arthritis

Key words: physical therapy; rheumatoid arthritis.

ВЪВЕДЕНИЕ

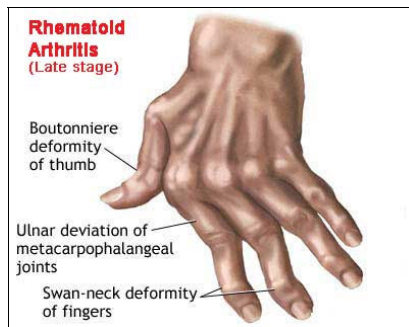
Ревматоидният артрит е хронично, рецидивиращо, инфекциозно, алергично, аутоимунно, възпалително заболяване на съединителната тъкан със засягане предимно на ставите. Има прогресиращ ход и води до трайни увреждания на ставите и инвалидност. Етиологията все още не е непълно изяснена. Характерно за ревматоидния артрит е, че обикновено се засягат много стави и то по симетричен начин (двете колена, малките стави на двете ръце, двете китки, двете тазобедрени стави и т.н.). Най-често засегнати са малките стави (ставичките на китките, ръцете и пръстите, ходилата, шийния отдел на гръбначния стълб), както и тазобедрените, коленните, лакътните и глезенните стави. Най-характерен признак е ненормално активиране на имунната система с преминаване на имунни клетки в ставите, лимфната тъкан и кожата. Натрупаните в ставите имунни клетки и продуцираните от тях антитела предизвикват ерозия и деструкция на ставния хрущял и съседната костна тъкан.

Важно значение в този процес има т. нар. ревматоиден фактор. Той представлява анти тяло срещу собствените антигени на организма, с които образува комплекси, увреждащи допълнително ставата. Засягат се също белите дробове, сърцето, артериите и кожата, където се образуват подкожни възли.



Снимка 1

Водещ в **клиничната картина** е ставният синдром, най-често с подостро или скрито начало с бавно прогресиране. Възможно е болестта да започне остро, в течение на няколко дни. Появяват се ставна болка и скованост, с най-голяма интензивност в сутрешните часове. Възникват и ексудативни прояви – възпалителен оток в ставите и периставните тъкани. По-късно в хода на артрита преобладават пролиферативните процеси със задебеляване на ставните тъкани, плътно подуване на околоставните структури, водещи до изменение в конфигурацията на ставите. В напредналите стадии настъпват фиброзни промени, предизвикващи ретракция на ставните капсули, връзките, сухожилията, разрушаване на ставните повърхности и като следствие от това, развитие на ставни деформации, сублуксации и контрактури. Движенията в ставите значително се ограничават, а при развитието на анкилоза настъпва пълна неподвижност на една или няколко стави.



Фигура 1

ИЗЛОЖЕНИЕ

Основна цел на лечението са облекчаване на болката и овладяване на ставното възпаление, предотвратяване на хрущялното и костно увреждане, съхраняване на ставната функция, респ. и качеството на живот на болните. Необходима е комплексна терапевтична програма, която включва обучение на болния и определяне на адекватен болничен режим, физикално лечение и рехабилитация, медикаментозно лечение, хирургично (ортопедично лечение).

Ранното диагностициране на тази болест дава възможност за провеждане на ранно лечение. Ако своевременно не се овладее остро възпаление в ставите, бързо се стига до необратими промени в тях.

За съставяне на оптималния лечебен план се вземат предвид редица фактори като активност на болестта, вида и броя на засегнатите стави, общото състояние на пациента и социално-икономическия му статус.

Включват се специални рехабилитационни програми, балансиращи физическа активност и покой, различни физиотерапевтични методи, използване на ортези средства когато е необходимо, обучение и самообучение на пациентите, спазване на съобразена с болестта диета и начин на живот, участие в групи за взаимопомощ.

Когато оплакванията са слабо изразени, се препоръчва умерена физическа активност - упражнения за мускулна сила, за постигане и поддържане на добър обем на движение в засегнатите стави и т.н. Особено подходящ спорт е плуването, тъй като при него се осъществява раздвижване на ставите при почти елиминирана сила на гравитацията. Важно е да се редуват покой и активност в ставите, като се избягва задържането им в едно и също положение за дълго време. Прилагането на студ и топлина в определени етапи на болестта води до значително облекчаване на оплакванията. По правило студовите процедури (криотерапия, хладен душ и др.) се прилагат при остри тласъци на болестта с ясно изразени болка, оток, зачервяване и подуване на ставите. Топлинните процедури (парафинолечение, топла вана и душ, ултразвук, микровълни, кални бани и т.н.) се правят обикновено извън острите тласъци на ревматоиден артрит. При различните пациенти топлината или студът предизвикват облекчение на оплакванията в различни фази на болестта, така че преценката е индивидуална. Лечебният масаж дава големи възможности за намаляване на болката и сковаността и за поддържане на добър обем движение.

В определени етапи от болестта се използват различни ортезни средства - шини, бастун, патерици, както и специализирани тоалетни седла и др. Ортезните средства имат за цел да предотвратят доколкото е възможно деформацията на

ставите и околоставните тъкани или ако такава вече е настъпила, да осигурят приемлива функция на съответните части на тялото.

Не е установена специална диета, която да има лечебен ефект при ревматоидния артрит. Болните трябва да приемат пълноценна храна, богата на белтъци и ненаситени мастни киселини, витамини и минерали и особено калций и витамин Д и С за да се осигури добър строеж на костната система. Важно е да се намали, доколкото е възможно, ежедневния психоемоционален стрес. Отказът от тютюнопушене и нормализирането на телесното тегло са важни елементи от общия лечебен план за осигуряване на добро качество на живот.

Прогнозата за болните от ревматоиден артрит варира осезателно при отделните болни, но като цяло е сериозна. Редица фактори като агресивност на болестта, ранно започнато и правилно лечение, поява на странични ефекти в хода на лечението, продължителност на ремисиите и тласъците, засягане на други органи и системи, развитие на деформации оказват ефект върху крайната прогноза. Не е фатално заболяване, но като цяло скъсява продължителността на живота с няколко години.

Началото на ревматоидния артрит обичайно е с пик във възрастта между 40 и 50 години. Среща се 2 до 3 пъти по-често при жените в сравнение с мъжете. Разпространението му сред възрастното население в различните климато-географски зони е средно 0,6-1,3%. У нас честотата на разпространението сред населението на ревматоидния артрит е 7.5% (данни за 2001 г.)

Ревматоидният артрит представлява значително финансово бреме за обществото, както от гледна точка на загубата на работоспособност, така и във връзка с необходимостта от правилно разпределение на здравните грижи. Сериозните последици на болестта, както за пациентите, така и за обществото, изискват доброто познаване на тази патология с цел ранното ѝ диагностициране и изграждане на ефективен терапевтичен режим.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Засега не е известен точен метод, който да предсказва развитието на ревматоиден артрит и съответно няма очертани мерки, които да предотвратят развитието на болестта.

За лечението на всички видове артрити и по-специално - на ревматоидния артрит, приложението на стволови клетки се явява нов метод, даващ положителни резултати и очертаващ добри перспективи в терапията на заболяването.

Планира се и изпробването на първата ваксина срещу ревматоиден артрит, която може да прекрати това състояние, използвайки собствените клетки на кръвта на болния.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] А. Малеев, С. Иванов, Ръководство по вътрешни болести, том I, Медицина и физкултура, София, 1993
- [2] Дж. Уоръл, Артрит и ревматизъм, Софтпрес, София, 2007
- [3] П. Баракова, Кинезитерапия при вътрешни заболявания, лекционен курс, РУ, Русе, 2007/2008
- [4] <http://hph.ncphp.government.bg>
- [5] <http://zdrave.rozali.com>

За контакти:

Херис Мехмед, РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия, 0895/689793, e-mail: orher66@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ "Ангел Кънчев", Катедра Кинезитерапия, тел. 0899555088, e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Рехабилитационен план при хронично възпаление на тазобедрената става - коксартроза

автор: Жулиде Сали

научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: Sooner or later nearly everyone gets osteoarthritis disease. This is the most common rheumatic disease - affects 12-15% of the population. In age above 75 years suffers over 80% of the human population.

Key words : Kinesytherapy, Coxarthrosis

ВЪВЕДЕНИЕ

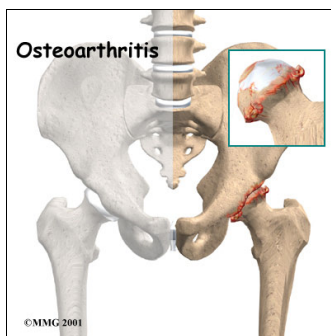
Коксартрозата е хронично дистрофично заболяване на тазобедрената става, при което настъпва прогресираща загуба на ставния хрущял, промени в подлежащата кост, образуване на остеофити и др. Протича с болка, ограничени движения, куцане и др. Жените боледуват по-често от мъжете. Обикновено коксартрозата се развива пред 40-годишна възраст и това предопределя заболяването като медико-социално.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на предлаганото съобщение е да изложим рехабилитационен план, прилаган при консервативно или хирургично лечение на пациенти с коксартроза.

В етиопатогенетично отношение коксартрозата се дели на: първична и вторична.

Първичната се среща след 40-годишна възраст, но е по-честа след 60-годишна възраст. В основата на това заболяване играят вероятно ендокринни и механични фактори, а по-късно и остаряването, съдовите смущения, обменни процеси. По-често срещана е вторичната коксартроза, която се дължи на предшестващи аномалии или заболявания на ТБС, които намаляват шийната способност да понася големи натоварвания.



Фигура 1

Първото анатомично описание на артрозата на ТБС е направено от Hunter (1758 г.). Според F. Peruwels (1981 г.) наличието на конвексно уплътнение по вевдята на ацетабулума при нормална конфигурация на ставата показва, че хрущяла е загубил способността си да разпределя равномерно натоварването и е израз на начална хрущялна инсуфициентност. А това според същия автор е важен симптом за първична коксартроза.

При наличие на нарушения появили се от увреждане на тазобедрената става се появяват отклонения от тазовия пояс и сегментите намиращи се над и под него. Артрозата в тазобедрената става е най-тежка, тя ограничава, а в някои случаи и лишава човек от възможностите му за нормално придвижване. Понякога е възможно само с помощно средство.

Постепенно с усложняване на симптоматиката, заболяването достига до декомпенсация и инвалидизиране на пациента.

Заболяването ограничава функционалната годност не само на хората, но повлиява и психиката на болния.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Лечение при коксартроза

Когато консервативното лечение изчерпи възможностите си, се прибегва до **оперативно (хирургично) лечение**. То е разнообразно, като най-честите оперативни намеси са следните:

артроскопия на ставата с изрязване на част от синовиалната мембрана, изпиляване на шиповете, загладяване на хрущяла, бориране на подхрущялната кост за подобряване храненето на хрущяла и т.н.; обикновено е стъпка към по-дефинитивно оперативно лечение;

синовектомия - представлява хирургично отстраняване на хронично възпалената и изменена ставна капсула и синовиалната мембрана, което до голяма степен премахва болковите усещания от ставата и улеснява движенията в нея;

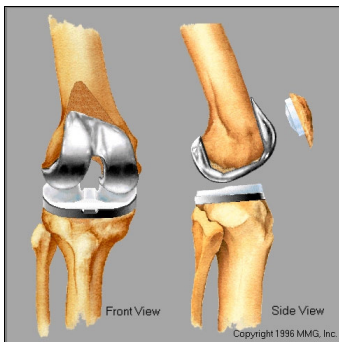
артродеза - представлява "ликвидиране" на ставата по хирургичен път. Подвижното свързване между костите се превръща в неподвижно. Болката изчезва напълно, но се губи функцията на ставата;

хондропластика - модерна операция, при която на мястото на разрушения хрущял се присажда собствен или чужд хрущял, който запълва дефекта. Резултатите в тази насока са обнадеждаващи. Напоследък се съобщава за отгледан по генетичен път хрущял. За съжаление повечето техники от този род са значително скъпи;

операции, подобряващи механичната функция на ставата - това са коригиращи остеотомии за крайниците, пластики на капачето и т.н.;

ендопротезиране или по-популярно като "изкуствена става".

Ендопротезирането представлява операция, при която крайно променената и разрушена става се подменя с изкуствена, изработена от различни материали като титан, специални стомани, полиетилен и др. Най-често се ендопротезират тазобедрена и колянна става, по-рядко раменна, лакътна, глезенна и малките стави на ръцете и ходилата.



Фигура 2

Огромният успех на ендопротезирането на тазобедрената става направи интервенцията една от най-честите в ортопедичната и травматологична практика и понастоящем в света годишно се извършват над 1 млн. артропластики. Ендопротезирането на тазобедрената става има най-изразен ефект по отношение на болката и увеличаването на обема на движение в засегнатата става. Впечатляващо е и удовлетворението на пациентите от операцията. При проследяване на 98 тазобедрени артропластики, оперирани в Клиника по ортопедия и травматология в периода януари – декември 2004 год. деветдесет и четири (94%) от пациентите са доволни от резултата след оперативната интервенция и само един (1%) е недоволен.

Кинезитерапия при коксартроза

Промяна в начина на живот - особено важно за артрозата на големите, носещи теглото стави, е намаляването на теглото. В много случаи това само по себе си облекчава значително симптомите.

Важно е да се избягват големи, предизвикващи болка и други оплаквания натоварвания на съответната става. Покоят на ставата не трябва да бъде абсолютен, изключително важно е да се поддържа активност на ставата, но до степен, която не предизвиква болка.

Физикална терапия - препоръчва се постелен режим с тракция на крака, криотерапия или електротерапия с галваничен или нискочестотен ток. При обостряне на болката. Извън острия период се използват почти всички електролечебни фактори: интерферентен ток, електрофореза, при която в зависимост от целта на лечението се поставят различни лекарствени вещества - натриев салицилат, калиев йодит, новокаин. Ултразвукът намалява дистрофичните промени в хрущяла. Използва се и за въвеждане на лекарства - фонофореза. Препоръчва се и импулсно магнитно поле като противовъзпалително и обезболяващо средство.

Кинезитерапията е водеща при консервативното лечение на коксартрозата. Тя включва водолечение, басейн, вани, подводен масаж, лечебна кал, криотерапия, процедури по ЛФК. Прилагана системно и упорито, съчетана с индивидуален подход към всеки пациент, може да даде добър успех в лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тъй като в преобладаващия брой случаи причината за възникване на артрозата е неясна, то не съществуват сигурни методи и средства за предпазване от появата ѝ. Могат, обаче, да се вземат редица мерки, които да намалят случаите на възникване на това заболяване.

Всички вродени и придобити състояния, за които се знае, че в голям процент предизвикват артроза, трябва да се откриват навреме, да се проследяват и лекуват. Някои от тях, например, като вродените деформации, могат да се излекуват окончателно чрез оперативно лечение.

Важно е изграждането на такъв стил на живот, който намалява риска от възникване на коксартроза: намаляване на телесното тегло, избягване на екстремни натоварвания на ставите и същевременно осигуряване на оптимален двигателен режим за добра сила на мускулите и добър обем на движение, профилактика на остеопорозата чрез пълноценно хранене, оптимален двигателен режим, ако се налага - хормонозаместителна терапия при жените.



Снимка 1

ЛИТЕРАТУРА

- [1] П. Баракова, Кинезитерапия в ортопедията, РУ, Лекционен курс, 2007/2008
[2] Косев, П., Ортопедия и травматология, Лекционен курс, РУ, 2007/2008.
[3] www.pomagalo.com

За контакти:

Жулиде Сали, РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия, тел. 0897802669, е-mail: julide_sali@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ "Ангел Кънчев", Катедра Кинезитерапия, тел. 0899955088, е-mail: mrsbarakova@abv.bg

Смущения в обмяната на пурините – подагра, клинична картина, лечение, кинезитерапия

автор: Ивелина Спасова

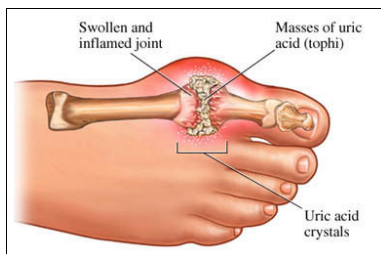
научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: Gout is a disease hallmarked by elevated levels of uric acid in the bloodstream. In this condition, crystals of monosodium urate (MSU) or uric acid are deposited on the articular cartilage of joints, tendons and surrounding tissues. It is marked by transient painful attacks of acute arthritis initiated by crystallization of urates within and about the joints and eventually leads to chronic gouty arthritis and the deposition of masses of urates in joints and other sites, creating tophi. Historically known to as the "The Disease of Kings" or "Rich man's disease"

Key words: Gout, Tophy, Kinesitherapy

ВЪВЕДЕНИЕ

Подагратата е болест, която протича с увеличаване на съдържанието на пикочна киселина в кръвта. При по-голяма част от болните пикочната киселина се отлага като кристали в бъбреците. Заболяването може да бъде вторично, т.е. да се развие в хода на тежко бъбречно заболяване, когато бъбреците не могат да елиминират пикочната киселина от кръвта.



Фигура 1

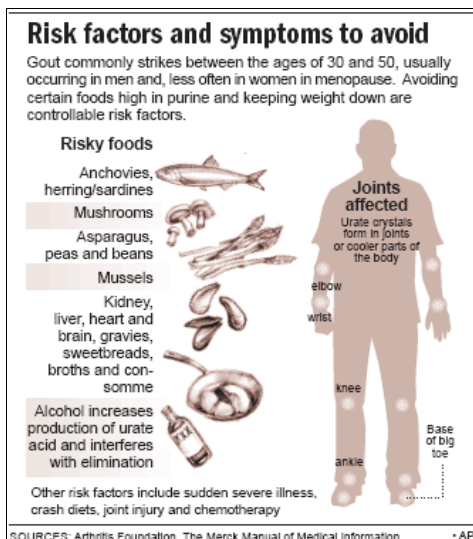
ИЗЛОЖЕНИЕ

Подагратата е конституционално обменно заболяване, което се характеризира със смущение в обмяната на пурините и натрупване на урати в съединителната тъкан и особено в ставите, с развитие на остър моноартрит и късни хронични деформиращи артрити.

Често освен проблеми с пуриновия обмен, болните имат и други видове нарушения на обмяната на веществата (въглехидратен - диабет, мастен – затлъстяване и др.)

Обикновено заболяването може да настъпи внезапно, след грешки в диетата. Рисковите фактори са злоупотреба с алкохол, с пикантни и мазни храни и др.

Причините за развитието на заболяването още не са напълно изяснени. Счита се, че подагратата се дължи на смущение в обмяната на нуклеопротеините с натрупване в тъканите на крайния продукт – пикочна киселина, под формата на натриев урат, затова се приема, че е заболяване на белтъчния обмен. Съдържанието на пикочна киселина в кръвта и тъканите се повишава в следствие на усилен разпад на нуклеопротеините и в резултат на приемането на голямо количество хуклеопротеини с храната.



Фигура 2

Вследствие прекалената консумация на дивечово месо /особено субпродукти/ и алкохол в кръвта се натрупват разпадни вещества – пурины. Те се преработват в пикочната киселина и би трябвало да се отделят с урината. Но ако редовно се претоварва организма с тях, пикочната киселина не може да бъде отделена и се натрупва под формата на кристали в тъканите и ставите /ухото, палеца на крака или на ръката, в лакътя, в костите/ в т. нар. подагрозни **тофи**. Кристалите предизвикват възпалителна реакция – подуване, оток, силна болка, затопляне и нарушаване на функцията на ставите. В бъбреците се образуват уратни камъни, които не могат да се визуализират на рентген, защото са прозрачни за Ro–лъчите. От тези камъни може да настъпи остра бъбречна недостатъчност и дори смърт. Често заболяването е фамилно, нерядко то се съчетава с диабет и затлъстяване. Среща се по-често при мъжете между 40 и 50 години.

Клинична картина

Характеризира се с остри ставни пристъпи на свободни интервали с постепенна бавна еволюция, водеща до хронична деформация на ставите. Острият пристъп може да се провокира от физическа преумора, локална травма, дори и леки, инфекциозни заболявания, студ, влага. Понякога настъпва след краткотрайни явления като отпадналост, диспептични оплаквания и други. Най-често започва с внезапна, нетърпима болка, обикновено локализирана в метатарзофалангеалните стави на палеца /в 60% от случаите/ или в други стави /коляно, лакът, китка и пр./, с подуване, зачервяване, затопляне, хиперестезия на кожата, която става лъскава. Пристъпите са нощем към 2 – 3 часа или преди разсъмване; температурата е 38 – 39⁰, често се появява главоболие. Интервалите в началото са редки, на едва-две години, постепенно се съгъстват. Появяват се тофи, съдържащи кристали на пикочната киселина, които се разполагат в ушните миди, сухожилията, около ставите, особено олекранона. Развиват се деформиращи остеоартрити, понякога с анкилози. Заболяването прогресира.



Фигура 3

Лечение

Не е възможно пълно излекуване от подагра. С лекарства и диети обаче може да се спре или забави развитието на болестта, като се намалят до минимум мъчителните болезнени пристъпи. Важно условие е ранното, навременно лечение. Колкото по-рано страдащият от подагра човек се обърне към ревматолога, толкова по-добра ще бъде прогнозата за неговото лечение. Лекарствата намаляват нивото на пикочната киселина в кръвта и помагат за нейното елиминиране. Медикаментозната терапия задължително трябва да се съчетае със строга диета, като едновременно с това се регулират въглехидратната и мастната обмени.

По време на острите пристъпи болният се поставя на легло. На засегнатите места от подагратата се поставят влажни компреси със спирт, препоръчва се пиене на много течности - плодови сокове, минерална вода, компот, чай. Изключително важно е в такъв момент да поддържа организма в активна форма, всяко залежаване е опасно. Заболяването налага да се пият много повече течности, отколкото пият здравите хора - не по-малко от 3 литра на денонощие. В интервалите между пристъпите се препоръчват редовни умерени разходки, леки занимания с физически упражнения, както и балнеолечение.

Диета

- Ограничават се черен дроб, далак, бъбреци, момици, мозък
- Голямото количество месо, салами, дивеч, риба, гъби
- Шоколад, фасул, грах, леща, спанак и др.
- Да се пият алкални минерални води

Кинезитерапия

Кинезитерапията има за цел регулиране общата обмяна на веществата и по-специално – белтъчната. Важни задачи са регулиране на телесното тегло, на кръвната захар, преодоляване на хипокинетичния и метаболитния синдроми, профилактика на кардио-пулмоналните усложнения и тези от страна на бъбреците и опорно-двигателния апарат.

Лечебната гимнастика играе важна роля при лечението на подагратата във времето извън пристъпите. Прилагането на физически упражнения по време на пристъпите е противопоказано. Процедурата се състои предимно от общообразователни упражнения от различни изходни положения, като изборът им зависи от мястото на проявление на патологичния процес. Специалните упражнения за болелите стави са пасивни, активни, постизометрична релаксация. С

прилагането им се цели запазване пълния обем на движение, профилактика на контрактурите, преодоляване на мускулната атрофия.

Широко застъпени са :

- ❖ Теренното лечение
- ❖ Трудотерапията
- ❖ Туризм

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подаграта се лекува значително по-успешно, когато се съчетаят медикаментозната терапия, диетолечението и кинезитерапията. Като превенция на заболяването трябва да се знае, че докато човек не се разболее от подагра, не се замисля над факта, че пикантната, вкусна и разнообразна храна често води до заболявания, които могат да го инвалидизират. Понякога те са толкова чести, че са включени в групата на социално-значимите заболявания в раздела метаболитни заболявания, част от които е подаграта.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. П. Баракова, Кинезитерапия при вътрешни заболявания II част, лекционен курс, 2008/2009, РУ
- [2]. Ч. Начев, Вътрешни болести, Медицина, София, 1998
- [3]. А. Пухлев, Наръчник по вътрешни болести с терапия, Медицина и физкултура, София, 1986
- [4]. www.pomagalo.com

За контакти:

Ивелина Спасова, РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия, e-mail: ivito_sexy@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ "Ангел Кънчев", Катедра Кинезитерапия, тел. 0899955088, e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Гонартроза – етиология, клинична картина, съвременен медикаментозно и ортопедично лечение

автор: Гюлшен Мутлу

научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: All rheumatic diseases. Osteoarthritis (OA) is the most common joint disease and not related to racial and geographic characteristics. About 15 percent of the world's population suffers from OA. It constitutes 50% of all diseases.

Key words: Gonarthrosis, Endoscopy, Knee Arthroplasty, Total Knee Replacement.

ВЪВЕДЕНИЕ

Гонартрозата е хронично дегеративно (разрушаващо) възпаление на колянната става. Заболяването засяга по-често жени над 50-годишна възраст. Предпоставка е и наднорменото тегло което е рисков фактор за гонартроза, но то също може да възникне вследствие на историята на травмата като фрактура или сериозно навяхване с разкъсани връзки.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заболяването може да засегне и двете стави. Най-честата причина за развитие на болестта са статичните промени в оста на крака. Това са такива деформации на краката, които променят нормалната ос на крайниците, като о - образни или х - образни крака.

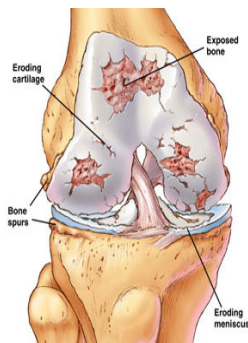
Измененията, които настъпват в ставата при развитие на болестта, са характерни за всички дегенеративни заболявания. На първо място, стоят промените в хрущяла, покриващ ставните повърхности. Той изтънява променя своята структура, цвят и блясък. Образуват се микрофрактури по повърхността му. В костна тъкан се появяват кисти. Около ставата се образуват остеофити (така наречените шипове).



Фигура 1

Всичко това е свързано с болка при раздвижване, подуване и оток. Сухожилията и мускулите, които поддържат ставата отслабват, причинявайки деформация и намалено движение. Гонартрозата може да бъде изолирана както

само в един от тези отдели на ставата така и да засегне два от тях или и трите. Отделът на ставата, разположен от вътрешната страна на коляното е изложен на по-голямо механично натоварване и е най-често засегнат.



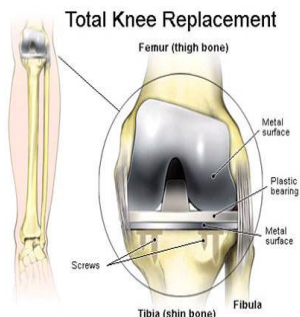
Фигура 2

Голям брой заболявания могат да увредят хрущялните повърхности и костите, вземащи участие в колянната става и по този начин да предизвикат болка, скованост, ограничение на движенията в ставата, контрактури (състояния, свързани с ограничение на съгъването, разгъването в коляното или и на двете), деформация на коляното и инвалидизация (неспособност за извършване на ежедневни дейности).

Лечението е оперативно и консервативно. Последното се състои в отбремняване и обезболяване на ставата. Лечението е много важно. То трябва да започне колкото е възможно по-рано. Освен групата на нестероидните и противовъзпалителни средства, чиято задача е да овладеят болката и възпалението, те са чисто симптоматични средства, вече навлиза и нова тенденция, която е базисна терапия. Това всъщност представлява хондопротекцията. Като водещ препарат в момента в България и на световно ниво можем да споменем хранителните добавки, а именно и ходроника, който представлява една уникална комбинация от двата най-основни, най-важни елемента на ставния хрущял, а именно хиалуроновата киселина и глюкозамина. Глюкозаминът е най-важната, най-основната съставка на всеки един елемент от ставния хрущял. Даже в самата хиалуроновата киселина 50 процента е глюкозамин. Без глюкозамин ставният хрущял е абсолютно невъзможно да съществува. Оперативното лечение се състои в ендопротезиране.

Изкуствена колянна става (колянна ендопротеза) и колянно ендопротезиране

Изкуствената колянна става се причислява към групата на медицинските импланти и се нарича още колянна ендопротеза. "Ендо" означава "вътрешен", т.е. ендопротезата е изкуствена част, която замества увреден и неспособен да изпълнява нормалната си функция орган или част на тялото, в случая колянната става. Ендопротезата се имплантира дълбоко между мускулите, на мястото на естествената колянна става.

**Фигура 3**

Подмяната на колянната става с изкуствена такава се прилага в напредналите стадии на увреждане на коляното, когато методите на консервативното лечение (противовъзпалителни и болкоуспокояващи лекарства, лечебна гимнастика и физиотерапия и т.н.) са изчерпали възможностите си.

Най-чест "повод" за колянno ендopотезиране са напредналите стадии на дегенеративно заболяване на колянната става или т.нар. гонартроза.

Напоследък сред лекарските и пациентски среди е модерно да се говори за мининвазивно колянno ендopотезиране. Това е специална техника на поставяне на изкуствените стави, осигуряваща минимално травмиране на тъканите, по-бързо възстановяване на пациента и много по-малък видим кожен белег. Мининвазивната техника изисква специален скъп инструментариум.

От известно време колянното ендopотезиране в развитите страни (вече техниката може да се прилага и в България) може да се извършва под контрола на т.нар. "компютърна навигация", която осигурява най-точното имплантиране на компонентите на изкуствената става с цел възможно най-добра функция и най-дълъг живот на импланта. Методът на компютърната навигация не винаги е предпочитан, като всеки метод той има своите показания.

Първата операция в Русе за поставяне на изкуствена колянна става е извършена от началника на Ортопедията в Многопрофилната болница доц. д-р Пенчо Косев, който оперира 80-годишната Велика Личева, която отдавна страда от тежка гонартроза и се придвижва много трудно.

Подобни операции се извършват на три места в страната, а през миналата година са поставени общо 120 коленни стави.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациентите с изкуствена колянна става водят нормален, пълноценен живот. Днес операциите за имплантиране на колянна ендopотеза са едни от най-успешните и резултатни хирургични намеси върху опорно-двигателния апарат. При правилно подбрани пациенти, показани за ендopотезиране на колянна става, добре изпълнена операция, стриктно спазване на рехабилитационния режим и лекарските указания изкуствената става "преживява" и функционира нормално 20 и повече години преди да се наложи нейната "смяна" (реендopотезиране).

При повече от 85-90% от пациентите имплантираната изкуствена колянна става работи много добре 10 години след първата операция. Дългосрочните резултати се подобряват непрестанно с въвеждането на нови импланти и нови хирургични техники. Налице е и тенденция за намаляване процента на усложненията, свързани с колянното ендopотезиране.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] А. Пухлев, Наръчник по вътрешни болести с терапия, Медицина и физкултура, София, 1986
[2] П. Матцен, П. Танчев, Живот с изкуствена става, София, DL & M, 2000
[3] www.pomagalo.com

За контакти:

Гюлшен Мутлу, РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия, тел. 0894367779, е-mail: gulschen@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ "Ангел Кънчев", Катедра Кинезитерапия, тел. 0899955088, е-mail: mrsbarakova@abv.bg

Структура и функции на глезенно-ходилния комплекс

автори: Христина Христова, Йоана Вълева
научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: *This article represents the specific characteristics of the ankle and the foot, its structure and biomechanical features. It shows the anatomy of the ankle and the foot – its joints, bones and muscles. The basic movements and functions of the foot are also included.*

Key words: *Ankle, Foot, Biomechanic, Movement, Muscles, Joint, Bones, Anatomy*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ставите и мускулно-сухожилните структури на глезена и ходилото анатомически са устроени за обезпечаване на стабилност и подвижност в терминалните структури на кинетичната верига на долния крайник. Ходилото трябва да е достатъчно ригидно, за да поеме обременяването при стоеж, с минимално мускулно участие. От друга страна при ходене трябва да може да се адаптира към неравностите на терена, да абсорбира силите на реакция на опората, а при отпускането да се превръща в ригиден лост.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящото изложение е да представи структурата и функциите на глезенно-ходилния комплекс.

Структура на глезена

Глезенът е става тип "панта", в която се осъществява движение в две посоки:

- стъпалото се придвижва надолу (в посока към земята или се отдалечава от тялото, нарича се плантарно сгъване) и
- нагоре (към тялото, в посока отдалечаваща се от земята).

Глезенната става се образува от свързването на три кости: долните краища на двете кости на подбедрицата (голям пищял и малък пищял) се свързват с една от костите на ходилото, наречена скочна (талус). Големият пищял е по-дебелата кост на подбедрицата. Долният ѝ край се разширява и образува твърда, костна издатина, която можете да се напипа от вътрешната страна на глезена. Малкият пищял е по-тънката кост на подбедрицата. Долният ѝ край се разширява и образува твърда, костна издатина, която се напипва от външната страна на глезена.

Скочната кост (талус) е с клиновидна форма, която се разполага във вътрешността на глезена, между петната кост (калкенеус) и долните краища на костите на подбедрицата (талус и фибула). Тя е най-високо разположената кост на самото ходило и "носи" върху себе си долните краища на големия и малкия пищял и осигурява база за осъществяване на движенията в глезена.

Твърдите костни издатини от двете страни на глезена се наричат малеоли. Заедно те образуват "арка", която се приплъзва върху горната повърхност на скочната става. Малеолите осигуряват стабилност на глезенната става, която е изключително важна, тъй като глезенните стави носят върху себе си тежестта на тялото.

Фиброзната мембрана, наречена ставна капсула, е постлана отвътре с нежна обвивка, наречена синовия, която обгръща кухината на ставата. Във вътрешността на ставната капсула се намира малко количество бистра течност, която осигурява гладкото приплъзване на ставните повърхности една спрямо друга.

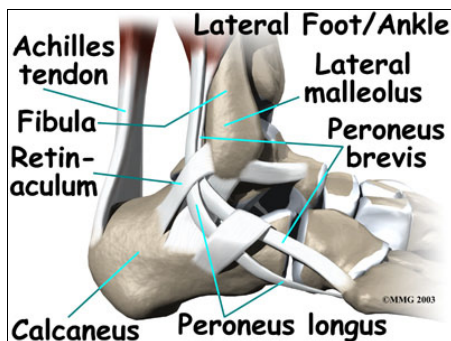
Структурата на глезенната става се стабилизира от три групи връзки. Връзките са здрави и леко еластични ленти от съединителна тъкан, които свързват костите

помежду им, като придават на ставата стабилност и устойчивост и осигуряват нормалния обем на движения в ставата.

Най-дебелото сухожилие на глезена е Ахилесовото сухожилие, което се разполага отзад на глезена и свързва мускулите на пресеца с петната кост.



Фигура 1



Фигура 2

Задна част на ходилото

Ходилото е частта от долния крайник, която се намира между глезена и върха на пръстите. Човешкото ходило условно може да се раздели на три части: задна, средна и предна част.

Задната част се състои от две кости - скочната кост (талус) и петната кост (калкенеус). В горната си част скочната кост завършва със ставна повърхност (повърхност, покрита с хрущял), подобно на макара, върху която заляга "вилката", образувана от долните части на големия и малкия пищял.

В тази става между скочната кост и костите на подбедрицата се осъществява сгъване и разгъване на ходилото (сгъването е движението, което ходилото осъществява при заставане на пръсти, а разгъването е приближаването му към предната повърхност на подбедрицата). Петната кост е тази, която формира

подутината отзад на петата. Тя се свързва със скочната кост чрез три малки ставички, които функционират като едно цяло и дават възможност ходилото да се извърта навън и навътре.

Средна част на ходилото

Средната част се състои от 5 по-малки кости: ладиевидната кост (навикуларе), три клиновидни кости (кунеиформе - вътрешна, средна и външна) и кубовидната кост (кубоидеум). От една страна, тези кости се свързват в стави с двете кости на задната част на ходилото и от друга, с костите на предната част на ходилото.

Предна част на ходилото

Предната част на ходилото (към нея се включват и пръстите на крака) е поиздължена и се състои от 19 кости. Пет метатарзални кости (аналози на метакарпалните кости на китката) свързват костите на средната част на ходилото с костите на всеки един от пръстите (съответно по една метатарзална кост за всеки един от пръстите).

Големият пръст е съставен от две кости (фаланги), свързани помежду им с една става. Всеки един от четирите останали пръста са съставени от 3 костици (фаланги), свързани помежду си с две ставички (по-близката до ходилото се нарича проксимална интерфалангеална става, а по-отдалечената – дистална интерфалангеална става). Ставичките между костите в предната част на ходилото се виждат отвън като "кокалчета".

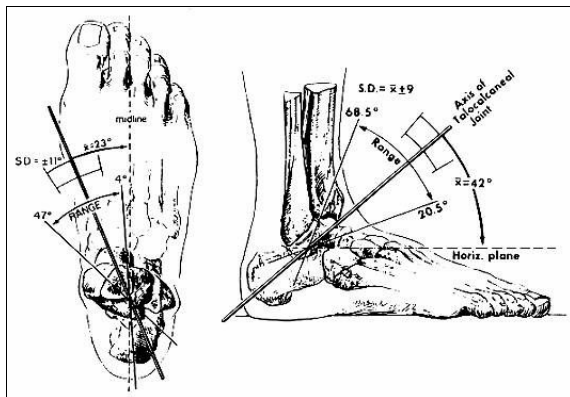
Ходилото има надлъжен и напречен свод (дъга, отворена надолу), който се поддържа под действието на мускулите и връзките (здрави ленти от съединителна тъкан, които свързват кост с кост) на ходилото. Именно този свод осигурява "пружинирането" на ходилото.

Функции на ходилото

- Поддържаща основа, осигуряваща необходимата стабилност за изправления стоеж, при минимално мускулно усилие
- Прави възможни ротаторните движения на тибията и фибулата през опорната фаза при ходене
- Чрез подвижността си обезпечава адаптирането към неравностите на терена
- Чрез подвижността и формата си действа като амортизатор на ставата от стреса
- Действа като лост при оттласкването

Движения в глезена

- Плантарна флексия нормално е 45 - 50 градуса, като при обременяване се наблюдава и едновременна инверзия на петата. Ако тази инверзия не се изяви, ходилото остава нестабилно.
- Дорзална флексия нормално е 20 градуса. За нормалната локомоция е необходима 10 градуса дорзална флексия и 20 – 25 градуса плантарна флексия
- Супинация е около 45 – 60 градуса, а пронацията 15 – 30 градуса, но вариабилността между отделните индивиди е значителна.
- Екстензия на пръстите II – V(МТФС – 40; ПИС – 0; ДИС – 30); I пръст (МТФС – 70; ИФС – 0)
- Флексия на пръстите II – V(МТФС – 40; ПИС – 35; ДИС – 60); I пръст (МТФС – 45; ИФС – 90)
- Абдукция и аддукция на пръстите – тя се отчита спрямо II пръст, но обикновено не се измерват а се сравнява двустранно обема и стереотипа на движението, когато накараме пациента да разпери пръстите след това да ги прибере.



Фигура 3

Действия на мускулите в глезена и ходилото

- Плантарната флексия се предизвиква предимно от двустранния *m. gastrocnemius* и едностранния *m. soleus*, които се залавят за калканеуса чрез общото ахилесово сухожилие. Другите мускули, минаващи зад оста на движение и имащи възможност да действат като плантарни флексори, подпомагат слабо движението, но имат и други важни функции:
 - m. tibialis posterior* е силен супинатор и инвертор, който подпомага контрола и противопоставянето на пронаторните сили на ходене.
 - m. flexor hallucis longus* и *m. flexor digitorum longus* сгъват пръстите и подпомагат поддържането на медиалния надлъжен свод на ходилото. За да се избегне деформиране тип „котешка лапа“ (екстензия в МТФС и флексия в ИФС) собствените мускули също трябва да действат в МТФС.
 - m. fibulares longis et brevis* са главно пронатори на ходилото, като *m. fibularis longus* поддържа напречния свод и латералния надлъжен свод на ходилото
- Дорзалната флексия на ходилото се осъществява основно от *m. tibialis anterior*, *m. extensor hallucis longus*, *m. digitorum longus* (които екстензират и пръстите) и *m. fibularis tertius*.



Мускули и сухожилия

Фигура 4

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Травмите на глезенно-ходилния комплекс са едни от най-честите увреди на опорно-двигателния апарат. Комплексът издържа тежестта на цялото тяло, затова е важно да се знае неговото устройство и функции, като част от движенията на долния крайник. Тези знания са от изключителна полза за кинезитерапевта в неговата клинична практика.



Снимка 1

ЛИТЕРАТУРА

- [1] А. Куртев, Б.Пирьова, Физиология на движенията и физическата работа, Издателство СУ, София, 1997.
- [2] К. Койчев, Анатомия на човека, Медицина, София, 2000
- [3] www.puls.bg
- [4]. www.pomagalo.com
- [5]. www.foot-care.org

За контакти:

Христина Христова, РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия, тел. 0883305356, е-mail: dqvol_4e_to@abv.bg

Йоана Вълева, РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия, тел. 0897981863, е-mail: kisses1988@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ "Ангел Кънчев", Катедра Кинезитерапия, тел. 0899955088, е-mail: mrsbarakova@abv.bg

Поглед към биомеханиката на раменна става

автор: Виктория Добрева

научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: *This article shows the structure of the shoulder joint – the most flexible joint in the human body. It also shows the structure of the shoulder, the anatomy and the muscles. It helps the readers to understand more about this complex part of the body. This will help them in their future medical practice.*

Key words: *shoulder, joint, anatomy, muscles.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Горният крайник служи за връзката на човека с околната среда, поради което познаването на биомеханиката на движенията в него е от изключителна важност, особено за професии като тази на кинезитерапевта.

Раменната става играе важна роля за движенията на горния крайник. Тя е най-свободната става в човешкия организъм и най-често се подлага на травматични увреждания. Рамото се състои от 3 кости: scapula (лопатка), humerus (раменна кост), clavicle (ключица). За ставни повърхности служат caput humeri и cavitas glenoidalis.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Особености на раменната става

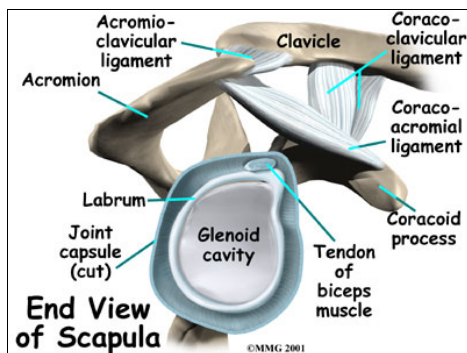
1. Сфероидална форма
2. Cavitas glenoidalis е по-плитка от главата и има 3-4 пъти по-малка повърхност от нея. Това се коригира посредством фиброзен пръстен.
3. Най-голям обем движение от всички стави.
4. Наличие на коракоакромиална арка
5. Две мощни мускулни групи (ротаторна и бицепси)
6. Липса на кръвоснабдяване на сухожилията в зона от 1.5-2 см.. под акромиоклавикуларната ярка.

Около ставата се разполагат голям брой мускули, които образуват т.нар. ротаторен маншон. Сухожилията на повечето от тях (m.subscapularis, m.supraspinatus, m.infraspinatus, m.teres minor) срастват със ставната капсула или са отделени от нея с бурси.

Раменна става – articulation humeri

Чрез раменната става свободният горен крайник се свързва с раменния пояс. В нея се съчленяват ставната ямка на лопатката и главата на раменната кост. Към ръба на ставната ямка заляга влакнесто хрущялен пръстен - lebrum glenoidale. Благодарение на него площта на вдълбнатата ставна повърхност се увеличава и стабилността на ставата се повишава. Той служи за омекотяване на сътресенията, предавани от свободния крайник на лопатката. Ставната капсула е обширна и хлабава в съответствие със значителния размер на движенията в ставата. Тя се залавя по края на ставната повърхност на лопатката, като сраства и във външния ръб на хрущялния пръстен, върху раменната кост се прекрепя за анатомичната шийка. През ставната кухина преминава сухожилие на дългата глава на m.biceps brachii. То е обвито от синовиално влагалище – vagina synovialis intertubercularis, което се разполага в сулкус интертуберкуларис на раменната кост и достига до нивото на хирургичната ѝ шийка. Това влагалище представлява образуване на синовиалната мембрана на ставната капсула. Тази мембрана се издува и преминава в синовиална бурса, намираща се под сухожилието на m.subscapularis – bursa m.subscapularis subtebdinea. Тази бурса понякога се съобщава с bursa subcaracoidea.

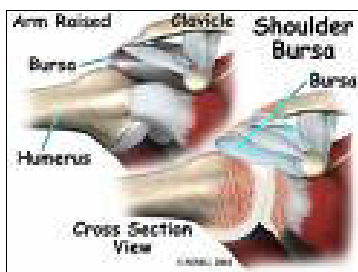
Бурсите служат и като резервни пространства за синовиалната течност на раменната става.



Фигура 1

Връзки на раменната става

Те се различават по характер и функция. Укрепващите връзки залягат върху фиброзната капсула и срастват с нея. Lig.caracohumerale започва от основата на проc.caracoideus на лопатката и завършва върху tuberculum major et minor на раменната кост. Тази връзка заляга върху ставната капсула отгоре и латерално. Отпред ставната капсула се укрепва от три връзки, представляващи уплътнения на фиброзната капсула – lig.glenohumeralia. Те започват от labrum glenoidale и достигат раменната кост. На голямо протежение ставната капсула е покрита от плоски сухожилия на мускулите, започващи от лопатката и залавящи се за прокисималния край на раменната кост (mm.supraspinatus, infraspinatus, teres minor – отгоре и отзад, m.subscapularis – отпред).



Фигура 2

Тези сухожилия срастват с фиброзната капсула и я заздравяват, изпълнявайки ролята на динамична връзка на ставата. Протективно и функционално значение за раменната става има lig.caracoacromiale. Тази връзка се изопва между проc.coracoideus и acromion scapulae от горната страна на ставата. Тя предпазва ставата от удари, идващи отгоре, както и от изкълчвания при падане върху ръцете. Служи и като ограничител при отвеждането на ръката.

Мускули

M. deltoideus се разполага встрани на раменната става и придава заоблечения релеф на рамото. Мускулът има три части: **pars clavicularis** (започва от латералната трета на ключицата), **pars acromialis** (от *acromion scapulae*), **pars spinata** (от *spina scapulae*). Мускулът се залавя с общо сухожилие за *tuberositas deltoidea*. *M. deltoideus* е основен абдуктор в раменната става - довежда мишницата до хоризонталната равнина. *Pars clavicularis* завърта мишницата навътре и я тегли напред, а *pars spinata* я завърта навън и я тегли назад. Инервира се от *p. axilaris* (C5-C6).

Ротаторният маншон е съставен от мускулите, чиито сухожилия срастват с капсулата на раменната става и се залавят за *tuberculum majus* и *tuberculum minus* humeri. Към тях се отнасят: *m. scapularis*, *m. supraspinatus*, *m. infraspinatus* и *m. teres minor*. Те започват от скапулата и преминават под свода на раменната става, образуван от *acromion* и *lig. coracoacromiale*. Заобиколени са от две бурси: отгоре - *bursa subacromialis* и отдолу - *bursa subdeltoidea*.

M subscapularis - формира предната част на ротаторния маншон. Залавя се за *tuberculum minus* humeri. Функцията му е вътрешна ротация в раменната става. Инервира се от *p. subscapularis* (C5-C6).

M. supraspinatus - образува горната част на ротаторния маншон. Започва от *fossa supraspinata* и се залавя за горния край на *tuberculum majus* humeri. При отвеждане на мишницата сухожилието се плъзга под акромия, субакромиалната bursa и *lig. coracoacromiale*. При увреждане на бурсата или сухожилието това движение е силно болезнено (супраспинатус синдром). Основната функция на мускула е абдукция в раменната става.

M. infraspinatus - образува задната част на ротаторния маншон. Той започва от *fossa infraspinata* и се залавя за задната повърхност на *tuberculum majus* humeri. Мускулът е основен външен ротатор на раменната става. Горната му част подпомага абдукцията, а долната - аддукцията на мишницата в раменната става. Инервира се от *p. suprascapularis* (C4-C6).

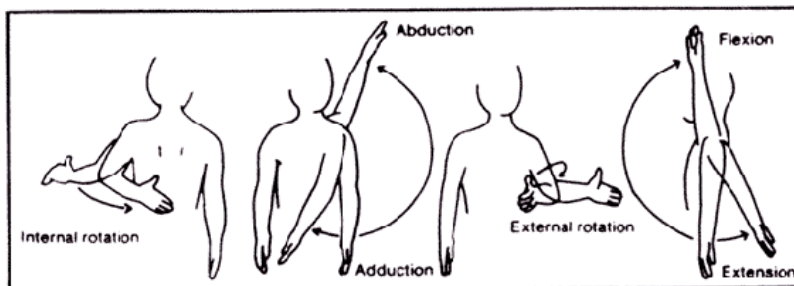
M. teres minor - разполага се в най-долната задна част на ротаторния маншон. Започва от латералния край на скапулата и се залавя за *tuberculum majus* humeri. Мускулът е външен ротатор и подпомага аддукцията в раменната става. Инервира се от *p. axilaris* (C5-C6).

M. teres major - започва от долния ръб на лопатката и се залавя за *crista tuberculi minoris* humeri. Мускулът е вътрешен ротатор, аддуктор и екстензор на раменната става.

Механика

Раменната става е сферична, т.е. с три оси на движение. Размерът на движенията в нея е много голям. Тя е най-свободната става в човешкото тяло. Около нейната напречна ос се извършва предно сгъване до 90 градуса и задно сгъване до 20 градуса. Около предно-задната ос се извършват отвеждане и привеждане на мишницата до 90 – 100 градуса. Отвеждането се ограничава от коракоакромиалната връзка, а привеждането - от тялото. Около надлъжната ос, свързваща главата с главичката на раменната кост, се извършва ротация, вътрешна и външна, с общ размер до около 90 градуса. Максималният размер се реализира при мишницата, отведена до 60 градуса. В ставата се извършват най-разнообразни движения, представляващи комбинация от трите основни вида движения, както и такива около междинните оси. Движенията в гръдно-ключичната и раменно-ключична става допълват тези в раменната става и осигуряват повдигане на мишницата напред и встрани до 100 градуса, движението може да се увеличи с още 50 градуса, за сметка на движенията в раменния пояс. Допълнително ръката може

да се повдигне с още 20 градуса, но за сметка на движенията в гръбначния стълб и дори в тазобедрената става.



Фигура 3

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С това съобщение си поставих за цел да разширя своите знания за движенията в раменната става, като част от движенията в човешкото тяло.

Раменната става е най-подвижната става в човешкият организъм. Познаването на биомеханиката ѝ е от особено значение, тъй като тя е сред ставите, подложени на различни травми и заболявания. В същото време, правилното ѝ функциониране е много важно за извършването на битовите и професионалните дейности на човека.



Снимка 1

ЛИТЕРАТУРА

- [1] П. Баракова, Популяризиране на физиологията на движенията на Капанджи при обучението на студентите – кинезитерапевти, Научни трудове РУ, Русе, 2002
- [2] Г. Гълъбов, В. Ванков, Анатомия на човека, София, Медицина и физкултура, 1986
- [3] www.pomagalo.com

За контакти:

Виктория Добрева , РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия, тел. 0885803772, е-mail: dobrevaa@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ "Ангел Кънчев", Катедра Кинезитерапия, тел. 0899955088, е-mail: mrsbarakova@abv.bg

Изследване на анатомията и кинезиологията на тазобедрената става

автор: Нина Цмел

научен ръководител: доц. д-р Пенка Баракова

Summary: *The goal of this report is to introduce the biomechanical characteristics of the hip joint and the anatomy of the joint. It introduces the muscles working in this joint, the structure of the joint and some specific biomechanical features. The hip joint is one of the most complicated joints in the human body. Her movements are various and very important for the whole biomechanic of the body.*

Key words: *Biomechanic, Art. Coxae, Hip Joint*

ВЪВЕДЕНИЕ

Познаването на анатомията и физиологията на движенията на скелетно-мускулния апарат е изключително важно в работата на кинезитерапевтите. В своята ежедневна практика те се сблъскват с различни патологични състояния или травми на костите, мускулите и ставите. Това обяснява интереса ни към изследване достъпната ни литература по въпросите на кинезиологията и патокинезиологията.

Art. coxae е кълбовидна става, която свързва скелета на свободния долен крайник към тазовия пояс. Особен вид кълбовидна става е ореховидната става, enarthrosis. При нея ставната ямка се простира отвъд екватора на главата. Тазобедрената става обикновено е ореховидна става, която обаче има по – широка ямка, което се дължи на ставна устна, labrum acetabuli.



Фигура 1

За ориентир на ставата служи линията, която свързва spina iliaca anterior superior, trochanter major и tuber ischiadicum. Тази теоретична линия е позната като линията на Розер – Нелатон. При счупвания на шийката на бедрената кост или изкълчвания вътре в ставата тези 3 точки не лежат в права линия, а върхът на големия въртел е над нея.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящото съобщение е да запознаем колегите с нашите проучвания на биомеханиката и анатомията на тазобедрената става.

Ставните повърхности на тазобедрената става, articulatio coxae, са facies linata acetabuli и caput femoris. Facies linata от ставната ямка представлява част от кука сфера и се разполага извън екватора, очертан от labrum acetabuli. Labrum acetabuli се състои от влакнест хрущял, известен още като съединителнотъканен хрущял, който съдържа по – малко клетки, отколкото останалите типове хрущял, но има повече снопчета колагенни влакна. Facies lunata и лабрумът обхващат две трети

от главата на фемура. Ставната ямка не е цялостна и се допълва от долу от *lig. transversum acetabuli*.

Маснатият тъкан от *fossa acetabuli* минава под *lig. transversum acetabuli* и се свързва с тази на *canalis obturatorius*. Костното дъно на ямката е много тънко. Маснатият възглавничка предотвратява удрянето на главата на бедрената кост в дъното и последващото му счупване, отстранява сътресенията, предпазва *lig. capitis femoris* от притискане към костното дъно, което би довело до силна болезненост, блокиране на ставата, некроза на връзката, смущение в кръвоснабдяването на главата на фемура.

Латералният кондил на бедрената кост е по – широк отпред, отколкото отзад, докато медиалният е с еднаква ширина. Косото положение на тялото на бедрената кост означава, че при изправено състояние двата кондила са в хоризонталната плоскост въпреки различните си размери. В сагиталната равнина има кривина, която нараства в задна посока. Това означава, че радиусът на кривината намалява назад. Това поражда не една, а безброй напречни оси, които позволяват типичната флексия на колянната става, състояща се от плъзгащо и търкалящо движение.

Ставната капсула се състои от 2 листа: вътрешен, *membrana synovialis*, и външен, *membrana fibrosa*. Синовиалната мембрана съдържа еластични влакна, кръвоносни съдове и нерви. Количеството на кръвоснабдяването отговаря на степента на активността, така че много активните стави са по – богато васкуларизирани, отколкото по – малко активните. Синовиалната мембрана притежава израстъци, насочени навътре, които съдържат мастна тъкан, *plicae synoviales*, синовиални гънки и синовиални вили, *villi synoviales*. Дебелината на фиброзната мембрана е различна и тя съдържа голямо количество колагенини влакна и много малко еластични.

Ставната капсула на тазобедрената става е заловена за тазовата кост навън от *labrum acetabuli*, така че последният се издава свободно в капсуларното пространство. Линията на прикрепване за шийката на бедрената кост отпред е *linea intertrochanterica* и основата на големия въртел, докато отзад е на около 1,5 cm проксимално от *crista intertrochanterica*. Така фиброзната капсула образува цилиндричен ръкав, в който отпред шийката е изцяло разположена вътреставно, а отзад на две трети от нея. Следователно счупване на шийката в медиалната и средната ѝ част е вътреставно, а в латералната – отпред вътреставно, а отзад извънставно.

Дълбоките спираловидни влакна на фиброзната капсула образуват около шийката на фемура *zona orbicularis* – циркулярна връзка, която се разполага като яка около най – тясната част на шийката на бедрената кост.

По – големият дял от влакната започват и свършват на *spina iliaca anterior inferior*.

Ставната кухина, *cavitas articularis*, е капилярна цепка, която съдържа синовиална течност, *synovia*. Нейният вискозитет, който се определя от съдържанието ѝ на хиалоронова киселина, зависи от температурата; колкото по – ниска е тя, толкова по – висок е вискозитетът на синовиалната течност.

Bursa iliopectinea заляга между капсулата и *m. iliopsoas*. Бурсите или синовиалните джобове, *bursae synoviales*, може да комуникират със ставната кухина. Те формират големи или малки сакове с тънки стени, поплатени със синовиална мембрана, които са слабо място в ставата, но увеличават ставното пространство.

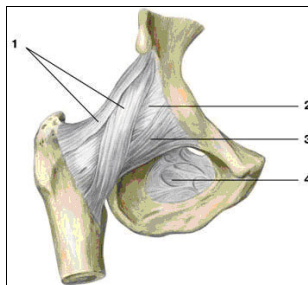
Слабите места на ставната капсула са две:

- Отпред между ***lig. iliofemorale*** и ***lig. pubofemorale***, където залягат *m. iliopsoas* и *bursa iliopectinea*; При гноен коксит оттук гнойната колекция може да пробие към медиалното и предното фасциално леговище на бедрото.

- Между **lig. ischiofemorale** и **lig. pubofemorale**, където се получава бурза под сухожилието на *m. obturatorius externus*; Оттук гнойна инфекция може да пробие към седалищната област или към *incisura acetabuli* и *canalis obturatorius* и оттук в тазовата кухина.

Измежду всичките тези лигаменти най – силният в човешкото тяло е **lig. iliofemorale**, който издържа на опън от тежест 350 kg

Тазобедрената става има **пет лигамента**, четири от които екстракапсуларни и един интракапсуларен. Екстракапсуларните връзки са *zona orbicularis* или циркулярна връзка, **lig. iliofemorale**, **lig. ischiofemorale** и **lig. pubofemorale**. Последните три връзки заздравяват ставната капсула и в същото време предотвратяват прекомерния размах на движенията. **Lig. capitis femoris** е разположен вътреставно



Фигура 2

Флексията в ТБС се осъществява основно от *m. iliopsoas* и *m. rectus femoris*. Помощно действие имат *m. sartorius*, *m. tensor fasciae latae* и *m. pectineus*

Екстензията в ТБС е основно движение в опорно-двигателния апарат, което е дало възможност на човека да се изправя на долните си крайници. Движението се извършва от *m. gluteus maximus*, *m. biceps femoris (cap. longum)*, *m. semitendinosus* и *m. semimembranosus*. Помощни мускули двигатели са *m. gluteus medius*, *m. gluteus minimus* и *m. adductor magnus*.

Главните **абдуктори в ТБС** са *m. gluteus medius* и *m. gluteus minimus*. Помощни са *m. tensor fascia latae*, *m. piriformis* и *m. obturatorius internus*. Най-голямата активност абдукторите проявяват при стоеж на един крак, когато стабилизират таза в хоризонтално положение. Ролята им като стабилизатори е по-важна, отколкото като двигатели.

Главните **аддуктори в ТБС** са *m. adductor magnus*, *m. adductor brevis*, *m. adductor longus*, *m. pectineus* и *m. gracilis*. Помощни са *m. biceps femoris (cap. breve)*, *m. semimembranosus* и *m. semitendinosus*. При свободно привеждане на бедрото, късият и дългият аддуктор са постоянно активни, докато големият аддуктор остава пасивен. Той се активира, когато движението се извършва срещу съпротивление

Главните **външни ротатори в ТБС** са *m. obturatorius externus*, *m. obturatorius internus*, *m. quadratus femoris*, *m. piriformis*, *m. gemellus superior* и *m. gemellus inferior*. Помощни двигатели са *m. gluteus maximus*, *m. gluteus medius*, *m. gluteus minimus*, *m. sartorius*, *m. pectineus*, *m. iliopsoas*, *m. biceps femoris caput longum*, *m. adductor longus* и *m. adductor brevis*.

Главни **вътрешни ротатори в ТБС** са *m. tensor fascia latae*, *m. gluteus medius* и *m. gluteus minimus*. Помощни мускули двигатели са *m. semitendinosus*, *m. semimembranosus*, *m. gracilis*.

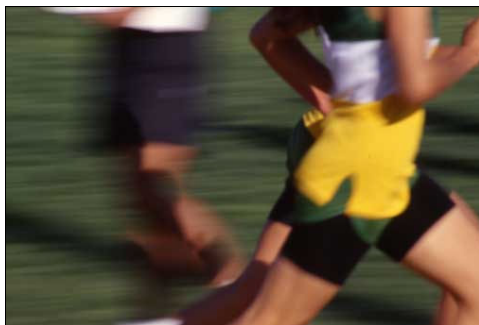
Активни движения в тазобедрена става:

- Флексия ($110-120^{\circ}$)
- Екстензия ($10-15^{\circ}$)
- Абдукция ($30-50^{\circ}$)
- Аддукция (30°)
- Външна ротация ($40-60^{\circ}$)
- Задържане на определена позиция
- Репетиторни движения
- Комбинирани движения
- Движения при обременяване

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С изложения материал целим да запознаем колегите с особеностите на една от най-сложно устроените стави в човешкото тяло. Важно е да се знае анатомията на тазобедрената става, защото това обогатява знанията на кинезитерапевтите и подпомага тяхната ежедневна клинична практика.

Както казва Каве: „Тазобедрената става е чудото на архитектурата в природата”



Снимка 1

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Г. Балтаджиев, Анатомия на човека, Пловдив, изд. „Райков”, 2001
[2] Н. Попов, Клинична и патокинезиологична диагностика на опорно-двигателния апарат, НСА-Прес, София, 2005
[3] www.pomagalo.com

За контакти:

Нина Цмел, РУ „Ангел Кънчев”, Специалност Кинезитерапия, тел.0883305784,
е-mail: chianka@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова, РУ „Ангел Кънчев”, Катедра Кинезитерапия, тел.
0899955088, е-mail: mrsbarakova@abv.bg

Остеомиелит - клиника и лечение

автор: Фикри Фикрие

научен ръководител: ст.ас. Петя Парашкевова

Summary: *Ostiomylitis is represents acutely gnone inflammation to bone marrow. Treatment is conservatism /immobilization of limb,antibiotics / and surgically.*

Key words: *osteomyelitis, therapy*

ВЪВЕДЕНИЕ

Думата “остео” означава кост. Затова и наименованията на болестите на костите започват с нея. Една от тези болести е остеомиелитът. Това е инфекциозно заболяване, което се характеризира с възпаление на костната тъкан. При това в болестотворния процес са “въвлечени” не само компактните части на костите, но и надкостната ципа, костният мозък и околните меки тъкани.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Остеомиелитът е остро гноино възпаление на костния мозък, което се разпространява върху костното вещество и периоста, а по-късно може да обхване и съседните мускули и сухожилия. Среща се във всички възрасти, но най-често при деца. Най-често се засягат дългите тръбести кости (преди всичко бедрената кост), прешлените, тазовите кости, костите на лицевия череп.

Етиология:

Основен причинител на заболяването е *Staphylococcus aureus* и по-рядко стрептококи, коли-бактерии, пневмококи и др. Бактериите най-често изхождат от локални гноини огнища (фурункул, карбункул, отит, синусит, зъбен абсцес). Те навлизат в кръвообращението и по кръвен път достигат костно-мозъчния канал.

Лека травма може да бъде отключващ фактор за развитието на остеомиелит.

Според причинителите се различава:

- неспецифичен остеомиелит;
- специфичен остеомиелит – туберкулозен, бруцелозен, сифилистичен, актиномикозен.

Патoанатомия:

Развива се първично гноино огнище в метафизата на костта, тъй като тя е най-богато кръвоснабдена. В костномозъчния канал се натрупва голямо количество гной. Възпалението се разпространява по Хаверсовите канали и обхваща цялата кост. Периоста се отлепва и се образува субпериостален абсцес. При прогресиране на заболяването субпериосталният абсцес пробива периоста, преминава в околните мускули и междумускулни пространства и достига до кожата, която некротизира и се образуват фистули

Отделни участъци от костта некротизират и се отделят от здравето костно вещество. Така се формират костни секвестри – костни фрагменти с остри ръбове.

Наред с деструктивните процеси се наблюдават и остеопластични. В резултат периостът задебелява, в него се отлагат калциеви соли и той става рентгеново забележим.

Клинична картина:

Според протичането се различават следните клинични форми:

1. Свърхохра форма – протича с картината на сепсис.
2. Остра форма - започва рязко с повишаване на температурата до 40 °С, втрисане, отпадналост, унесеност, учестен пулс, понижено артериално налягане, учестено дишане. Липсва апетит, езикът е сух, обложен, лицето е бледо. Черният

дроб и слезката се увеличават. Най-характерният симптом е силната болка в засегнатия крайник.

Локалните симптоми на възпалителния процес се появяват късно. Изразяват се в зачервяване, затопляне, опъване на кожата в областта на засегнатия участък, оток на меките тъкани.

3. Хронична форма – обикновено е вторична - последица на остър остеомиелит. Характеризира се с появата на фистулни отвори по кожата, от които се отделя гной. Общото състояние е задоволително, болката е умерена.

Рядко се срещат хронични първични форми на остеомиелит. Такива са:

- *абсцес на Броди* - рязко очертана абсцесна кухина, ограничена от здравата кост чрез съединителнотъканна капсула;
- *склерозиращ остеомиелит на Гар* – не настъпва некроза на костта. Костното вещество около възпаления участък склерозира. Може да настъпи пълна облитерация на костномозъчния канал;
- *серозно-албуминозен остит* – характеризира се с образуване на ексудат, богат на албумин, който не се превръща в гной

Усложнения:

Може да се наблюдават: гноен артрит (възпалителния процес обхваща съседна става), нарушен растеж на костта, фрактури, сепсис, абсцес на белия дроб, мозъчен абсцес, пиелонефрит, амилоидоза и др.

Изследвания:

1. Лабораторни изследвания. Има левкоцитоза с олевяване, ускорена СУЕ, анемия. Прави се хемокултура.

2. Рентгеново изследване – рентгенологични изменения се позитивират на втората или третата седмица от началото на заболяването.

Диагноза:

Поставя се въз основа на:

- данните от анамнезата за лека травма;
- наличие на гнойно огнище (фурункул, карбункул);
- клиничната картина;
- лабораторните изследвания (хемокултурата)

Лечение:

I. Консервативно лечение:

1. Иммобилизация на крайника.
2. Антибиотично лечение – прилагат се антибиотици от групата на аминогликозидите, цефалоспорините и др., напр. Ceftriaxone, Ceftazidime, Imipenem, Lincomycin и др.
3. Имуноterapia – вливане на имуновенин, антистафилококова плазма.
4. Инфузионна терапия с водно-солеви разтвори, плазма. При деца се препоръчва вливане на прясна кръв.

II. Хирургично лечение:

1. Инцизия и евакуация на гнойната колекция.
2. Трепанация на костта, отстраняване на образуваните костни секвестри, кюретаж до здрава костна тъкан, поставяне на постоянен промивен дренаж.
3. При хроничните форми образувания костен дефект след секвестректомия се запълва с костна присадка, взета от самия болен или с мускулно ламбо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дали ще се развие или не гнойно възпаление на костта до голяма степен зависи от правилното отношение на хирурга към откритата фрактура:

1. своевременна и достатъчно радикална първична хирургическа обработка;
2. заместване на мекотъканния дефект чрез локална или свободна кожна пластика;

3. прилагането на метални конструкции;
4. адекватна антибиотична терапия и пр.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] <http://www.arsmedica.bg/bg/illness/subprm/cardiology/alpha/206.html>

[2]

http://images.google.bg/imgres?imgurl=http://www.kimicontrol.com/microorg/staphylococcus%2520aureus.jpg&imgrefurl=http://www.kimicontrol.com/edu-e.html&usg=__sYttbpL0sNLnPRLHyfDImTD297c=&h=400&w=400&sz=50&hl=bg&start=2&um=1&tbnid=VzD3c1fHERLnIM:&tbnh=124&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3Dstreptococcus%2Baureus%26hl%3Dbg%26sa%3DN%26um%3D1

За контакти:

Фикри Фикриев, РУ "Ангел Кънчев", Специалност Кинезитерапия,
fiko_trg@abv.bg
ст.ас. Петя Парашкевова, РУ "Ангел Кънчев", Катедра Кинезитерапия,
petia75@gbg.bg

Безопасността на болните – актуален медицински проблем

автори: Шенол Север, Мерол Гюрсой
научен ръководител: доц. д-р Нериман Цинцадзе

ВЪВЕДЕНИЕ

Днешните успехи при лечението на различни заболявания са постигнати чрез внедряване в медицинската практика на такива лекарствени препарати, които са с висока терапевтична активност и ниска токсичност. Но заедно с успехите на фармакотерапията се увеличава и честотата от усложнения в следствие на лекарствената терапия. Затова и безопасността на болните се превърна в актуален медицински проблем.

На първи октомври 1957 година немската фармацевтична фирма "Грюнентал" представя /пуска/ на пазара новият препарат *талидомид* под търговското название /име/ контерган. Талидомидът притежавал седативен и сънотворен ефект без да предизвиква привикване. Тъй като препаратът се считал за безопасен, той бил предписван на всички категории от болни без ограничения, включително и на бременни жени през първото тримесечие от бременността за премахване на гаденето.

През ноември 1961 година, W. Kent – педиатър от университетската клиника в Хамбург, съобщил на компанията "Грюнентал" за възможна връзка между приема на талидомид от бременни жени и развитието на вродени пороци при новородените. След две седмици препаратът е изтеглен от пазара /от аптекната мрежа/.

За своя четиригодишен престой на пазара талидомидът става причина за раждането на около 10 000 деца с тежки, вродени пороци, от които най-характерен бил нарушение на развитието на крайниците – "ластовидни крайници"/фокомелия/.

Освен това се наблюдавали нарушения при развитието на стомаха, отсъствие на уши, очи, аномалии при строежа на бъбреците.

Трагедията, свързана с употребата на талидомид, се явява следствие от слабата за онова време система за контрол и безопасност на лекарствените средства в Европа. В САЩ препаратът не бил регистриран, тъй като американската система за фармакологичен надзор още от тогава е била много строга.

Мащабът на този проблем продължава да расте. Нерядко тежки, сериозни, неблагоприятни, странични реакции възникват и при използването на висококачествени лекарствени средства. Това може да е свързано както с необичайна реакция на болния спрямо препарата, така и с неадекватния избор или с нерационалното използване на лекарството.

В целия свят, на въпросите за неблагоприятните странични реакции /НСП/ при лекарствените препарати, се отделя все по-голямо внимание. В много страни са създадени и функционират специални служби за контрол и безопасност при лекарствата, възникна ново направление в медицинската наука и практика-фармацевтичен контрол /фармаконадзор/.

Световната организация по здравеопазване /СОЗ/ провежда /прокарва/ специална програма за международен мониторинг върху лекарствата. Създадено е международно общество за фармацевтичен контрол.

Неблагоприятните странични реакции от лекарствените средства- понякога тежки и необратими, се развиват у голям брой хора. Това е свързано с внедряването в медицинската практика на фармакологични препарати с висока биологическа активност, със сенсibiliзацията /чувствителността/ на населението към биологическите и химическите вещества, нерационалното използване на

лекарствата, медицинските грешки и използването на некачествени и фалшифицирани препарати.

През 2007 година Европейското регионално бюро на СОЗ проведе поредния форум по въпросите на Бъдещето, посветен само на една тема- "Управление безопасността на пациентите". На този форум е отбелязано /отчетено/, че вероятността от нещастен случай вследствие от авиокатастрофа представлява 1 на 3 милиона, докато възникването на нещастен случай в резултат на лечение представлява 1 на 300. По мнение на авторите, да се лекуваш днес е станало по – опасно отколкото да летиш със самолет.

Работната група на Европейска комисия по качеството на медицинската помощ, установила, че през 2000 година всеки десети пациент на европейските болници е пострадал от нежелателни ефекти на лечението. В Австралия през 2003г. са били регистрирани 250 000 неблагоприятни странични реакции при оказване медицинска помощ на болните. От тях 50 000 пациенти са получили трайна загуба на трудоспособността си и 10 000 са загинали /починали/. Такава е и ситуацията примерно в Нова Зеландия, Великобритания и Дания.

Още преди 1998 изследователи от САЩ са публикували данни, според които в тази страна ежегодно се хоспитализират от 3,5 до 8,8 милиона болни след проява на неблагоприятни странични реакции. От 100 до 200 хиляди загиват от усложнения, свързани с използването на лекарства.

Във Франция през 1997 година при около 10% от всички хоспитализирани болни се наблюдават неблагоприятни странични реакции. При повече от над 1 300 000 болни са възникнали усложнения, следствие от лекарствена терапия . От тях в 33% от случаите – сериозни усложнения, а в 1,4% - с летален край.

През 1999 година Института по медицина в САЩ публикува труд:

"Да се греша е в природата на човека: да се създаде по - безопасна система за здравеопазване", където се посочва, че около 100 000 души загиват при лечение. Повдига се проблема за безопасността на болните и го прави предмет на политическо обсъждане и публични дискусии в целия свят.

В САЩ по указ на президента Бил Клинтън започва специална президентска програма за изследване на дадения проблем. В много страни се организират специални комисии по оценка качеството на медицинската помощ за населението.

Усложненията от фармакотерапията станали не само сериозен медицински, социален, но също така и голям икономически проблем. Неблагоприятните странични реакции удължават срока за хоспитализация на болните, изискват използване на допълнителни препарати за лечение на възникналите усложнения и съответно увеличават разходите за издържане и лечение на болните .

Така в САЩ икономическите разходи, свързани с лекарствените усложнения, превишават 70 милиарда долара за година. В Германия разходите за хоспитализация, свързани със страничните действия на лекарствата, в определено време достигат 588 милиона долара за година. По данни от изследванията на МООТЕ и съавтори, разходите свързани с неблагоприятните и странични реакции представляват 5,5 -17% от общите разходи за здравеопазване в развитите страни.

Националната служба за здравеопазване на Великобритания е провела повече от 30 разследвания във връзка с катастрофалните последици при оказване на медицинска помощ. Във всички случаи били разкрити системни недостатъци в организацията на медицинската помощ.

През 2002 година Световната асамблея по здравеопазване приема резолюция, препоръчваща на страните да отделят специално внимание на въпросите за безопасността на пациентите и да укрепват системите за безопасност и мониторинг.

През октомври 2004 година под егидата на СОЗ е организиран Световен Алианс по безопасност на болните. За ръководител на Алианса е избран главният лекар на министерството по здравеопазване на Великобритания – сър Лиам

Доналдсън. Основните направления в дейността на Алианса са посветени на безопасността на медицинската продукция и нейното използване в медицинската практика, а също така и на безопасността на самата клиническа практика.

Въвеждането на най-строги изисквания към доклиничните и клинични изпитания на новите фармакологични средства, а също и създаването на международни и национални служби за контрол и безопасност на лекарствените средства са обосновани от сериозните усложнения при лечението и от тяхната медицинска и икономическа значимост. Възниква ново направление в медицинската наука и практика, посветено на безопасността на лекарствените средства – фармацевтичен контрол. Съгласно определението на световната организация по здравеопазване за фармацевтичният контрол – това са научните изследвания и видовете дейности, свързани с провята, оценката, разбирането и предотвратяването на страничните ефекти или каквито и да е други проблеми, свързани с лекарствения препарат.

МОНИТОРИНГ ВЪРХУ ЛЕКАРСТВЕНАТА БЕЗОПАСНОСТ

В съответствие с международните законодателни норми, фармацевтичните компании са длъжни да провеждат лекарствените си изпитания върху доброволни участници преди да ги направят широко достъпни. Целта на домаркетинговите изпитания е да бъдат установени следните факти:

1. Ефективно ли е лекарството и до колко ефективно;
2. Има ли то странични действия;

3. В случаите на потенциално вредно въздействие доколко то е сериозно и какво е съотношението му спрямо ползата от него.

Клиничните изпитания предоставят много информация за това доколко ефективно е лекарството при определена болест и какво вредно въздействие може да окаже.

Резултатите получени в дорегистрационните изпитания не дават пълна представа за по-големите популации, отличаващи се от групата хора, участващи в изпитанията, по възраст, пол, съпътстващи заболявания, етническият произход и т. н. Заедно с това не само у населението, но и у болшинството от лекарите съществува заблуда по повод на това, че разрешените за ползване в медицинската практика лекарствени средства са всестранно изучени и тяхната безопасност е отразена напълно в инструкцията. За определено време, относително редките странични ефекти могат и да не се проявят.

Статистическите закони свидетелстват, че за появата на сериозни странични явления срещащи се с честота 1 на 10 000, изследването трябва да се проведе върху 30 000 болни. Регистрацията на препарата се провежда след клиническите изпитания на по-малък брой хора.

В реалния живот, новият препарат се приема и от болни, имащи съпътстващи заболявания, които изискват приемането и на други препарати. По този начин възрастта на болните, взаимодействието на лекарствата помежду им, а също и взаимодействието с хранителните продукти могат съществено да променят поносимостта към препарата.

Понякога за да се проявят страничните явления са нужни години. Ето защо е нужно да се продължава изучаването на новите лекарствени средства и след тяхната регистрация. При това колкото по-наблюдателен и отговорен е лекарят, толкова по-малко време ще измине до откриването на относително редките негативни въздействия, предприемане на мерки и предупреждение за съответствените допълнения в инструкцията при използване на лекарството или въвеждането на цялостна забрана за използване на препарата в медицинската практика.

Този стадий на лекарствен мониторинг се нарича постмаркетингово наблюдение или фармацевтичен контрол.

Холистичен подход и спортни занимания

Искра Илиева

Abstract: The word "holos" has Greek origin and means a full, complete. Holistic approach means to look upon man as a whole, which are inextricably linked body, emotions and mind. Motivation, along with objectives and needs, are the three personality phenomena standing at the basis of each sport activity.

Key words: Holistic approach, sport activity.

ВЪВЕДЕНИЕ

Думата „holos” има гръцки произход и означава цял, цялостен. Холистичен подход означава да се погледне на човека като на едно цяло, в което неразривно са свързани тяло, емоции и ум.

Холистичният подход е свързан с нивото на осъзнаване и разбиране на принципите, върху които се гради човешкото здраве и щастие. Ето две компетентни мнения: Уилям Тилър (Катедра по материални науки и инженерство, Станфордски университет, 1979г.): “Съвременният преход към наблюдаване по-скоро върху здравето и целостта на човек, отколкото върху болестта увеличава степента на осъзнаване на значението и йерархията на фините енергии и влияния определящи благополучието на човека. [3]

Взаимовръзката съзнание и тяло е в центъра на едно ново направление, наречено "съзнание-тяло". Повечето от нас са в плен на схващането, че тялото е нещо вещестено, физическо, а съзнанието е невещестено. Според д-р Чопра крайно време е да се разделим с това дихотомно схващане (дихотомия от гр.ез. – разделен на две): “След като вникнете в идеята, че привидно материалната структура на тялото не е нищо друго освен чиста енергия, става ясно, че мисълта и материята имат една и съща основа. **Накратко, мислите са квантови събития, недоловими вибрации на полето, които влияят на функциите на тялото.**”

Една стара индийска поговорка казва “Ако искаш да разбереш какви са били мислите ти вчера, погледни тялото си днес. Ако искаш да видиш какво ще бъде тялото ти утре, погледни какви са мислите ти днес”. [3]

За да успее човек да действа и мисли холистично, той трябва да знае, да бъде обучен! [5]

Прави впечатление, че поведението на децата в днешно време е подчертано по-различно, а приспособимостта им към общоприетите норми е много по-ниска от тази на предходните поколения. На пръв поглед изглежда, че те искат да се отнасяме към тях като към равностойни възрастни, но истинското им желание е да ги възприемаме като равностойни личности. Разбират кое е правилно и кое не е, любознателни са. Когато родителите и учителите не им позволят да действат според убежденията си, това предизвиква у тях сериозна съпротива. Ето защо те трябва да бъдат внимателно насочвани към ефективно постигане на резултати не чрез заповеди, а чрез мотивиране.

Личният контакт на спортния педагог с всеки участник, поощренията и стимулирането на положителните прояви, са от съществено значение за мотивационния климат, създаването на благоприятна атмосфера за личностно и комплексно развитие на занимаващите се.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Холистичният подход, прилаган в спортните занимания имат за цел стимулиране на способността на организма да поддържа или възстановява Баланса (хомеостазата - медицински термин, обозначаващ най-общо поддържането на всички функции и процеси в организма в нормалните за организма граници и в синхрон помежду си). *Решаваща роля за поддържането на баланса има самият човек. Според д-р Чопра първият основен принцип на енергията гласи: “Знанието притежава организираща сила. То е целебно в буквален смисъл. Чрез връзката съзнание-тяло, знанието влияе на тялото и твори здраве.”* [3]

Важно е да търсим пътища за привличане на хората към двигателна активност. Но тя трябва да бъде богата на емоционални преживявания и интелектуална дейност. Ето, тук е нашата роля. Не е достатъчно да бъдат усвоени двигателни умения и навици и след това хората да бъдат оставени на самообучение. Необходими и изключително важни са постоянните инструкции, внимание, контрол и въвеждане на нови знания и умения, надграждащи вече усвоените. Така се осъзнава и ползата от движението за развитието и усъвършенстването на тялото, ума и личността.

Добре е преподавателят, учителят или инструкторът да познава хората, с които работи и да прилага следните подходи за повишаване на мотивацията за спортуване, фигура 1:



Фиг. 1. Подходи за мотивация при студентите

1. Определяне на точни и реалистични цели.
2. Целите могат да се променят, както и самите хора. Обикновено, когато се постигне резултат, се оформя нова цел.
3. Емоционалност и разнообразие на заниманията.
4. Планово и постепенно усложняване на упражненията.
5. Нови знания.
6. Поощряване на участниците за всеки личен успех в усвояването на знанията и уменията.

7. Свободно общуване /разбира се в нормалните граници/ за постигане на положителна атмосфера и комфорт.
8. Обратна връзка за вътрешните усещания и преживявания по време на двигателната дейност.
9. Възприемането на всеки участник в заниманието или урокът като индивидуална и неповторима личност.
10. Поддържане на собствения ентузиазъм за самоусъвършенстване, чрез непрекъснато обогатяване на собствените знания и умения в сферата на спорта, фитнеса и здравето.

Мотивацията мобилизира личността за съзнателното проявление и управление на собствените потенциал и способности.

Мотивите са факторите, които предизвикват желанието да се действа – т.е. мотивацията. Мотиви са инстинктите, побудите, нуждите, потребностите. [2]

Какво разбираме под **холистични спортни занимания**?

Спортните занимания са холистични именно тогава, когато преподавателят успее да създаде психологически комфорт в работната атмосфера. В този случай са изключително важни **отношението към дейността** и **подходите за работа с хората**, фигура 2.



Фиг. 2. Компоненти за холистични спортни занимания

Отношението към дейността на преподавателят се предава и на занимаващите се. Апатията и безразличието на преподавателя води до незаинтересованост у занимаващите се. Когато са налице компетентност и отговорност в ръководенето на педагогическия процес, положителен резултат ще бъде постигнат при всеки участник.

Подходите за работа с хората ги мотивират към активност и подпомагат качеството на извършваната дейност. Те трябва да бъдат съобразени с възрастта на участниците. При студентите лично аз използвам по-горе изброените подходи в допълнение с разработване, по желание, на реферати. Темите са по избор вид спорт или вид фитнес – гимнастика /аеробика, каланетика, стречинг, пилатес, йога, футбол и други/. Интересът към различните видове гимнастика е значителен. Студентите дори изразяват благодарност за поставените задачи, тъй като в творческото търсене са обогатили познанията си за ползата от двигателната активност. Рефератите са разработени много старателно, атрактивни и изчерпателни.

В начална училищна възраст прилагам следните подходи:

1. Развитие на отговорност.
2. Постигане на постоянство при двигателното упражняване.
3. Спазване на правилата.
4. Уважение към другите, (алтруизъм).
5. Развиване на умения за приемане на успеха и преодоляване на неуспеха.
6. Постигане на положителни преживявания.

7. Развиване на чувството за контрол и самоконтрол.
8. Развиване на самоувереност.
9. Организиране на състезания между класовете.
10. Поставяне на привлекателни и реалистични цели.
11. Прилагане на обективен критерий.
12. Участие в междуучилищни първенства.
13. Анализиране на играта.
14. Разнообразие на прилаганите упражнения и игри.
15. Поддържане на висока емоционалност в урока.
16. Постигане на двигателното развитие.
17. Разширяването на обема от знания.
18. Обогатяването на моториката на учениците.
19. Комплексно развитие на двигателните способности, двигателната координация и създаване на умения за групови взаимодействия в игрови условия.
20. Стимулиране на естествено-биологичната потребност от двигателна активност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прогресивното развитие на технологиите, свободата на избор за уплътняване на свободното време оказват влияние върху младите хора. Заедно с физическото и психическото им развитие обаче нараства необходимостта от коректното им направляване към здравословни и полезни дейности, каквато е **спортната дейност, чрез които да се постига комплексно личностно, интелектуално и двигателно развитие.**

Това успешно може да бъде осъществено чрез прилагането на холистичен подход, който да е насочен **към изграждане на интерес у обучаваните, удовлетворяване на възникващите им потребности и изграждане на умения за саморегулация на поведението.**

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Илиева, И., Модел за повишаване на мотивацията за спортуване в начална училищна възраст, Международна конференция кат. ТМФВ, НСА, С, 2008;
- [2] Кайков, Д. Спортна психология. Психологическа характеристика на спортната дейност., С., 1998
- [3] Пачова, Д. Пътят към здравето...или холистичният подход в медицината, 2007г., <http://thegallery.dir.bg/>
- [4] Хеенкамп, К. Децата на новото хилядолетие, Аквариус, С., 2003;
- [5] <http://www.holisticabg.com>

За контакти:

Ст. ас. Искра Илиева, РУ "Ангел Кънчев", кат. ФВС, факултет "Природни науки и образование", e-mail: isilieva@ru.acad.bg

Основи на тактическата подготовка при 9-11- годишни бадминтонисти

автор: Илиян Илчев
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

***Basic requirements for the tactic preparation of 9-11 year badminton players:** After all the strokes and movements have been mastered a strategy for playing the most effective attack in the conditions of a certain game may be considered. It is important for the young badminton player to know the basic tactics of the game, to be familiar with the need to employ a wide variety of strokes in the right situations and to be skillfully trained to control his strength during the game. The right tactic preparation leads to building up the necessary tactic thinking which expresses itself in the ability to assess the game quickly and correctly in accordance with the concrete situation and to apply the best solutions.*

ВЪВЕДЕНИЕ

След като са усвоени всички удари и придвижвания може да се формира система за водене на най-ефективна борба със съперника в условията на спортното състезание. За своето тактическо образование начинаещият бадминтонист е важно да получи знания за основите на тактиката, за вариативността на водене на спортната борба, да придобие умения за разпределение на силите си по време на игра. Чрез **тактическата подготовка** се изгражда тактическо мислене, което се изразява в способността бързо да се възприема и правилно да се оценява ходът на играта и в зависимост от конкретната ситуация да се вземат целесъобразни решения, [1,3].

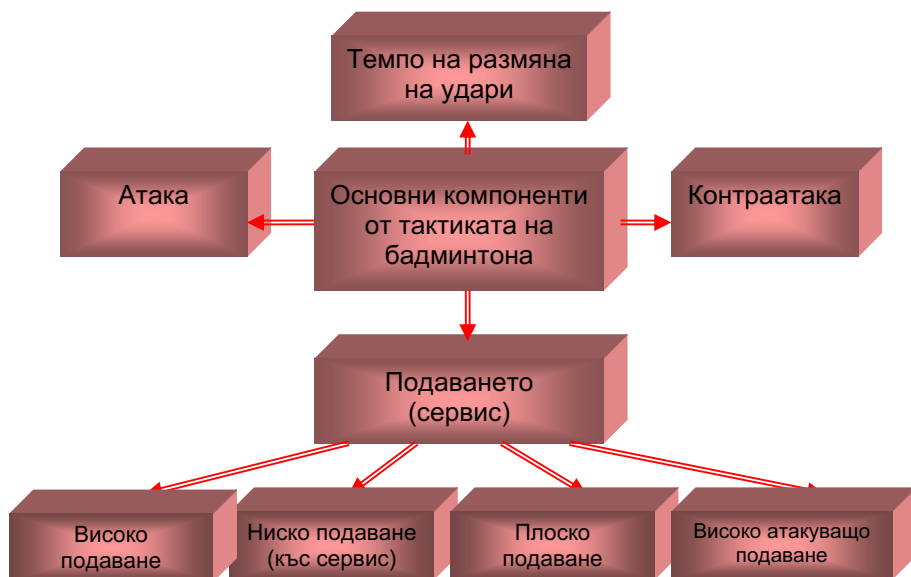
ИЗЛОЖЕНИЕ

Особеностите в полета на перото оказват влияние върху играта на бадминтониста, по-точно върху правилното му и бързо придвижване по терена, върху проявата на бързината на реакцията, и връщането на всеки удар. Изключение правят две ситуации, когато перото е насочено с мощен смач и чисто физическите възможности на играча не позволяват то да бъде достигнато. Вторият случай е, когато перото пада толкова близо до мрежата, че да се прехвърли през нея е практически невъзможно, [4].

Подаването (сервисите), заемат едно от най-важните места в тактическата постройка на играта. Правилата на играта до голяма степен ограничават активността на подаващия, като го заставя да прави първият удар отдолу – напред. Владеейки до съвършенство различните видове сервиси състезателят може да постави пред противника по-трудни задачи, [2].

На фиг. 1 са дадени нагледно основните компоненти от тактиката на бадминтона

В единичната игра основно е **високото подаване**, защото се намалява възможността на противника да атакува успешно. Високото подаване трябва да се осъществява на височина, колкото позволява тавана на залата и силата на удара. Тогава действията на противника ще бъдат максимално затруднени от това, че перцето пада отвесно. Освен това при посрещането на такова подаване лампите разположени на тавана, биха могли да му попречат при ниска зала. По принцип високото подаване може да се насочи във всеки от задните ъгли на подаване на противниковото поле. Най-безопасни за подаващия са тези, които граничат с централната линия на корта.



Фиг. 1 Основни компоненти от техниката на бадминтона

При **ниското подаване** (къс сервис), перото прелита на минимална височина над мрежата. По правило ниското подаване се изпълнява така, че перцето да се спусне веднага зад линията на подаване. Добре е ниското подаване да се използва в случаите, когато посрещания вече е свикнал с високото и преди подаването е започнал да отстъпва назад. Ниското подаване изпълнено със „сечене“ може да създаде доста неприятности на посрещания. Това подаване се използва най-често при игри по двойки, тъй като зоната в която трябва да попадне перото е по-малка от тази при единичните игри.

Плоското подаване се изпълнява неочаквано и има за цел веднага да „донесе“ точка или в краен случай да постави противника в затруднено положение. При този сервис играчът се стреми траекторията на полета на перото да е успоредна на пода, като се насочва в далечните ъгли на противниковият корт, (в тялото или в рамото на противника).

Използването на **високото атакуващо подаване** открива големи възможности за получаване на ефективна игра (положителен резултат). По технически характеристики то е близко в началните си фази до ниското подаване, но за разлика от него се изпълнява с рязко движение на китката, при което перото прелита над противника. Това подаване е резултатно, ако посрещания чувствително се е преместил напред или се е подготвил да отрази ниско подаване.

Универсалното продължение на подаването е заемането на правилна стойка за игра. След високото подаване е необходимо в по-голяма степен играчът да е настроен за активна защита от смач или за отразяване на високи атакуващи удари, както и за евентуално придвижване към мрежата. В този смисъл скъсяването и смачът са малко вероятни.

Внимателно трябва да се следят и действията на противника и навреме да се определи посоката на отговора и перото да се върне, колкото се може по-навреме.

Атаката е много ефективна от тактическа гледна точка. Смачът е основното оръжие за победно завършване на разиграването. Мощно атакуващия бадминтонист може да „смаже“ противника, да го накара да греши при посрещане, да го прати в средата на полето, предизвиквайки последващ смач. Всеки играч е длъжен да се научи да атакува не само мощно, но и умело, да избира удобен момент за атака и най-важното тези точки на полето на противника, които са най-уязвими при атакуващ удар. От значение е и подготовката за атаката. За целта е желателно малкият бадминтонист активно да подготви атаката в нужната ситуация, като активно предава инициативата на съперника си.

Контраатаката трябва да се построи така, че с всеки удар, противника да се поставя пред трудности, като внезапно перото се насочва в неудобни за него зони. Друг тактически прием е нарочно забавяне на темпото, отправяйки перото към задната линия по много висока траектория, за да пада отвесно.

Темпото на размяна удари е от съществено значение. При ускоряване на темпото рязко, когато противника е свикнал с определен ритъм, това значи, че пред него да се поставят нови задачи. Забавянето на темпото дава възможност в нужния момент неочаквано то да се ускори. Умението да се променя темпото, често наричано водене на игра в различно темпо е характерно за истинският майстор, като се прилага и при малките състезатели.

Според индивидуалните характеристики всеки състезател си оформя свой игрови стил. За всеки стил на игра трябва да се намери начин за противодействие. Играта срещу защитен стил е чрез водене на игра в контраатака. Съперникът трябва да се принуди сам да атакува, сам да подготви атаката. Срещу атакуващ противник перото се насочва към задната линия с рязък, точен и висок атакуващ удар. Ако съперникът се забави в далечния ъгъл, след което рязко прехвърли перото към мрежата с последваща атака, не трябва да забравя и точната защита. Срещу ниски играчи се играе главно с високи атакуващи удари, както и такива играчи трудно могат да приложат смач. Срещу високи играчи е необходимо да се изпълни рязко скъсяване на удара, като целта е да се заставят да посрещат перцето почти на равнището на пода. Обикновено такива играчи посрещат слабо смач насочен към трупата. Когато противникът се изморява бързо, е от значение перото да се насочва най-често в далечния от него ъгъл, като целта е да се принуди бързо да се придвижва в корта, да се втурва, рязко да сменя посоката. При игра срещу противник играещ с лявата ръка би било ефективно да се оказва натиск в далечния десен ъгъл с високи атакуващи удари. Налага се също да се сменят обичайните подавания от лявото и дясното поле. Спазването на основните принципи, правила, техника и тактика на играта, би помогнало за нейното правилно и рационално ръководство и управление, [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От всичко изложено до тук става ясно, че изброените технически похвати, трябва да бъдат много добре правилно овладени. Усъвършенстването на техниката на правилния хват, ударите, подаването и придвижването осигурява реална възможност за рационално осъществяване на тактическите действия. Това е от особено значение за началната спортна подготовка на 9-11-годишните бадминтонисти. Важно е да се обърне внимание върху овладяването на правилните техники, без които по-нататък би било невъзможно да се постигнат високи постижения в този атрактивен спорт.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Желязков Ц., Теория и методика на спортната тренировка, Учебник за студенти от НСА, С, 1996
- [2]. Лившиц, В., А. Галички. Бадминтон. М и Ф. С. 1985.
- [3]. Рачев К., Теория и методика на физическото възпитание, С, 1989
- [4]. Рибakov, Д., М. Щилман. Основи на спортния бадминтон. М и Ф. С. 1987.
- [5]. Downey, J. Children in sport. Category: Articleless. 2002

За контакти:

Илиян Илчев, Русенски университет "Ангел Кънчев", докторант към катедра "Физическо възпитание и спорт", e-mail: IL_@abv.bg

Подвижните игри като средство за развитие на двигателни качества и формиране на специфични умения в обучението по минифутбол

автор: Камен Симеонов
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

***The mobile games as means of development of motive qualities and formation of specific skills in the education at minifootball:** The mobile games are wonderful means of introducing variety in the lesson at football. They help the complex solution to the tasks, the physical as well as technical preparation of children.*

The purpose of the current report is to optimize the motive preparation at 6-7 years-old children, by permanent activities with sports-preparing exercises and football elements in the planned forms of work at physical education.

Key words: young football players, development, minifootball

ВЪВЕДЕНИЕ

Подвижните игри са прекрасно средство за внасяне на разнообразие в урока по футбол. Те подпомагат комплексното решаване на задачите, както на физическата, така и на техническата подготовка на децата. Възпитават морално-волеви и нравствени добродетели [1, 2, 3, 4]. Игрите трябва да носят удовлетворение, веселие и емоция на подрастващите.

Съвременният футбол изисква от състезателите да изпълняват широка гама от технико-тактически похвати съобразно създадените игрови ситуации [4]. Началното обучение по футбол се осъществява в методическа последователност, характеризираща се с три основни пункта:

1. Разучаване на техническите похвати, чрез изпълнение на място по неподвижна топка;
2. Изпълнение със засилване по неподвижна топка;
3. Изпълнение в движение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящата разработка е да се оптимизира двигателната подготовка на 6-7 годишни деца, чрез системни занимания със спортноподготвителни упражнения и футболни елементи в планираните форми на работа по физическо възпитание.

Задачи:

1. Формиране и стабилизиране на интереса у децата към футболната игра – да участват с повишен интерес в заниманията, играта да им доставя радост и удовлетворение;
2. Добиване на правилна представа за същността на играта и правилата ѝ;
3. Възпитаване на нравствени и морални качества у децата – уважение към противника, партньора;
4. Разучаване на основните технически похвати, необходими за водене на играта.

МЕТОДИКА

Игра без топка

Спецификата на футболното бягане е определена от същността на игровата дейност т.е. по време на играта трябва да се спринтира, да се променя посоката на бягането, внезапно да се спира и отново рязко да се стартира. Още от самото начало в заниманията по футбол е необходимо да се развива бързината на децата.

Промяната на посоката е едно от средствата за преодоляване на съприкосновението с противника и за създаване на условия за понататъшно водене

на играта. Този похват се развива, чрез разнообразните игри наречени гоненки. Подходящи игри за развиване на спецификата на физическите качества при 6-7 годишните деца са: “ Скачай на един крак”, “ Пренасяне на топка”, “ Минаване под тунел”, “ Преодоляване на препятствия”, “ Ловци и зайци”.

Игра с топка

Ударите по топката с крак са основата, върху която се гради специализираното въздействие “ чувство за топката”. Те се изпълняват с различни части на ходилото – с горната [прав], горно-вътрешната [прав вътрешен], горно-външната [прав външен], вътрешната [вътрешен], с върха на ходилото [боц] и пета [петов].

На таблица 1 са представени различни упражнения които се включват в обучението на 6-7 годишните деца за усвояване на различните удари във футболната игра.

Таблица 1

№	Специализирани упражнения	Дозировка	Методически указания
1	Удари по неподвижна топка с вътрешната част на ходилото.	От 3 до 6 броя.	При имитационното движение на удара глезената става на маховия крак е стегната. Опорният крак стои близо до топката и е леко стегнат в коляното.
2	Удари към стена с вътрешен удар.	От 3 до 5 броя	На 3-4 м. от стената. Топката е неподвижна. Засилване от 2-3 м. и се изпълнява вътрешен удар към стената.
3	Удари към стената с вътрешен удар с ляв и десен крак.	От 3 до 6 броя.	На 4-5 м. от стената. Топката е неподвижна. Засилване от 2-3 м., изпълнява се вътрешен удар с единия крак, след което при връщането на топката се поема пак със същия крак. След това се изпълнява удара и с другия крак.
4	Подаване по двойки с вътрешен удар на разстояние 5-6 м. един от друг.	От 4 до 8 броя.	Партньорите са на разстояние 5-6 м. един срещу друг. Изпълняват вътрешен удар като се стремят точно да подадат топката към партньора си. Поемането на топката става с вътрешната част на ходилото.
5	Подаване по двойки с вътрешен удар в движение [ходене].	От 4 до 8 броя.	Партньорите са на разстояние 4-5 м. полу-обърнати един към друг. Подават топката с вътрешен като се придвижват ходом. Поемането на топката става с вътрешната част на ходилото.
6	Спиране на топката с вътрешната част на ходилото.	От 3 до 6 броя.	На 3-4 м. от стената. След вътрешен удар, идващата топка се спира с вътрешната част на ходилото. Упражнението се изпълнява с двата крака.
7	Упражнение по тройки.	От 4 до 6 броя.	Партньорите са застанали в триъгълник. Подават с вътрешен топката един към друг, като поемането е с вътрешната част на ходилото. Упражнението се изпълнява с двата крака.
8	Водене на топката по права линия в движение.	От 3 до 5 броя.	Топката се води близо до ходилото и по възможност се докосва на всяка крачка. При воденето топката се докосва с горно-външната част на ходилото. Погледът е отправен напред. Воденето на топката е на разстояние 5-6 м. След това топката се застъпва и отново се връща с водене от изходното положение.
9	Водене на топката между стойки в движение [ходом].	От 3 до 5 броя.	На разстояние 10 м. се нареждат 5 стойки на 1 м. една от друга. Топката се води между стойките като целта е да не се събори нито една стойка.

10	Водене на топката по права линия срещу партньор.	От 4 до 6 броя.	Деца са разделени по четворки. Партньорите са на разстояние 7-8 м. един срещу друг. Групираны са в две колони по двама. Топката се води в лек бегот до партньора отсреща. Целта е топката да се докосва на всяка крачка.
11	Водене на топката между стойки срещу партньор.	От 3 до 5 броя.	Деца са разделени по четворки. Партньорите са на разстояние 10-12 м. един срещу друг. Групираны са в две колони по двама. Между колоните се поставят по 5 стойки на 1 м. една от друга. Топката се води ходом между стойките до партньора отсреща. Целта е да не се събори нито една стойка.
12	Удари по неподвижна топка с горно-външната на ходилото [прав].	От 3 до 6 броя.	При имитационното движение на удара глезената става на маховия крак е стегната. Топката се удря с горната част на ходилото. Опорния крак стои близо до топката.
13	Удари към стената с прав удар.	От 3 до 5 броя.	На 4-5 м. от стената. Топката е неподвижна. Засилване от 3-4 м. и се изпълнява прав удар към стената.
14	Удари към стената с прав удар с ляв и десен крак.	От 3 до 5 броя.	На 5-6 м. от стената. Топката е неподвижна. Засилване от 3-4 м., изпълнява се прав удар с единия крак, след което при връщането на топката се поема с вътрешната част на ходилото пак със същия крак. След това се изпълнява удара и с другия крак.
15	Удари към стената в цел.	От 3 до 5 броя.	На стената има цел – обръч. на 10 м. от стената започва да се води топката с горно-външната част на ходилото. на разстояние 4-5 м. от нея се нанася прав удар и топката трябва да попадне в обръча.
16	Водене на топката между стойки и удар към стената в цел.	От 2 до 4 броя.	На стената има цел – обръч. На 12 м. от стената започва да се води топката с горно-външната част на ходилото като се преминава през три стойки, които са на разстояние 1 м. една от друга. След като се достигне на 4-5 м. от стената се нанася свободен удар с цел топката да попадне в обръча.
17	Подаване на топката по двойки и удар към стената в цел.	От 2 до 4 броя.	На стената има цел – обръч. На 10-12 м. от нея двамата партньори са застанали полуобърнати един към друг. Разстоянието между тях е 3 м. След размяна на няколко подавания с вътрешната част на ходилото на разстояние 4-5 м. от стената единия от партньорите нанася свободен удар с цел топката да попадне в обръча.
18	Удари във врата след водене на топката между стойки.	От 2 до 4 броя.	На разстояние 12 м. от вратата започва да се води топката с горно-външната част на ходилото. Минава се между три стойки които са на разстояние 1 м. една от друга. На 5-6 м. от вратата се нанася прав удар с цел да се вкара гол. На вратата има вратар.
19	Подаване по двойки и удар към вратата.	От 2 до 4 броя.	На разстояние 10-12 м. от вратата двамата партньори са застанали полуобърнати един към друг. Разстоянието между тях е 3 м. След размяна на няколко подавания с вътрешната част на ходилото на разстояние 5 м. от вратата се нанася свободен удар с цел да се вкара гол. На вратата има вратар.

- 20 Детски футбол. 2 x 10 мин. Децата се разделят по 5,6 играчи в отбор.
Играта се провежда с волейболна топка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Футболът има висока възпитателна стойност. Способства за усъвършенстване на мисловните процеси, повишава силата и подвижността на нервните процеси, бързината на двигателните реакции. Предоставя големи възможности за личната и колективна изява на физическите и интелектуалните възможности и способности на играчите от различна възраст. Възпитава в подрастващите ценни морално-волеви качества и добродетели – решителност, смелост, упоритост, самообладание.

Прякото приложение на разработената от нас система от упражнения и игри с топка при 6-7 годишните деца помага за изграждане на двигателния навик и овладяването на футболната техника.

Процесите на изграждане на високо класни футболисти са в пряка зависимост с поставените на научна основа обучение и възпитание на младите спортисти. В този смисъл работата с децата е базата, върху която се гради ръстът на високите постижения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Данчева Р., М. Ганева, К. Живкова. Спортноподготвителни упражнения и игри в детските градини, МиФ, С., 1985
[2] Маврудиева Н., Р. Църова, В. Чернев, И. Колев. Подвижните игри като средство за развитие на двигателните качества и формиране на специфични умения в обучението по минибаскетбол, СиН, Извънреден брой, 2002
[3] Момчилова А. Спортноподготвителните упражнения и игри с топка за физическата подготовка и здравето на подрастващите, СиН, Извънреден брой, 2002
[4] Стоянов С. Учебна програма по футбол за деца и юноши, Учебник, С., 2005

За контакти:

Ас. Камен Симеонов, Русенски Университет “Ангел Кънчев”, факултет Природни науки и образование, катедра “Физическо възпитание и спорт”, e-mail: simeonov_kamen@abv.bg

Лекоатлетическите занимания на открито – фактор за повишаване на физическата дееспособност и укрепване здравето на подрастващите

автор: Петя Пенева
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Betterment of health and physical abilities of students by the track-and-field athletics training in open air: The paper justifies the problems, connected with track-and-field athletics preparation in elementary school and its optimization. There is a necessity of improving the methods and means, used in training process. It is necessary to reach a complex effect from teaching process in elementary school and to increase its effectiveness.

Key words: elementary school, students, track-and-field athletics education process, health, physical development.

ВЪВЕДЕНИЕ

Ограничената двигателна активност, липсата на достатъчно разнообразни по своята координационна сложност и интензивност движения, се отразява крайно неблагоприятно върху здравето и работоспособността на учениците от начална училищна възраст. Нарушава се равновесието между умствена и двигателна дейност, между начина на живот и биологичната потребност от движение.

Лекоатлетическите упражнения дават възможност да се развият и оценят основните физически качества на учениците: бързина, сила, ловкост и издръжливост. Хармоничното развитие на тези качества е цел на физическото възпитание в началното училище, но главната и най-важната цел е укрепването на здравето на подрастващите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Съвремението предлага изобилие от технически облекчения, които лишават и децата и възрастните от разнообразни ежедневни движения. Човек прекарва голяма част от времето си в двигателна пасивност. Опасността от хипокинезия е голяма, затова ролята на физическите упражнения и заниманията със спорт придобиват важно значение и са задължително условие за цялостното психо-физическо развитие на учениците от начална училищна възраст. Хипокинезията оказва скрито, но съществено отрицателно въздействие върху развитието на организма на подрастващите и върху тяхната физическа работоспособност.

Според някои данни повече от половината ученици се занимават с физкултура само в училище, по време на часовете, а това осигурява само една десета от необходимата норма двигателна активност на подрастващите (дори в случай че минават при добро натоварване и ако всички здрави деца ги посещават). Диспропорцията между условия и потребности от движение се преценява като сериозна причина за появата и развитието на неблагоприятни промени в двигателно-функционалната и психичната сфери още в най-ранна възраст (2,3,4,7,9).

“Седящият” живот води до появата на дефекти във физическото развитие, като неправилни изменения на осанката, слабост на опорно-двигателния апарат и затлъстяване. Липсата на постоянно физическо натоварване влияе отрицателно върху развитието на сърдечно-съдовата и дихателната система, сериозно намалява умствената работоспособност, влошава паметта. При краткотраен и незначителен дефицит на движения, не се наблюдават изразени изменения в организма. При продължително въздействие обаче, се появяват комплексни разстройства, засягащи обменните процеси и работоспособността на растящия организъм (хиподинамия или

хипокинезия), които могат да прераснат в болестно състояние на организма. Тези промени с възрастта засилват темповете на развитие на редица заболявания (2,6,9).

В историята на науката е трудно да се намери лекар или мислител, който да не е подчертавал значението на двигателната активност като мощно средство за поддържане на физическото и душевното благополучие на човека. На Аристотел принадлежат удивително съвременните думи: “Нищо не изтощава и не разрушава така организма, както продължителното бездействие”. Дълбока по съдържание, отнасяща се до биологичната значимост на подходящите физически натоварвания за жизнената дейност на организма, е и мисълта на Авицена: “Най-главното в режима за запазване на здравето са заниманията с физически упражнения, а след това – режимът на хранене и режимът на сън” (2,6).

Начална училищна възраст е период на интензивно физическо и психическо развитие. В него се поставят основите на формирането на детската личност. Поради това при осъществяването на учебно-възпитателния процес по физическо възпитание и спорт, в т. ч. обучението в ядро “Лека атлетика”, осезателно се търси положителното въздействие върху растящия организъм, като се предоставят условия за задоволяване на биологично обусловената му потребност от двигателна дейност (кинезофилия). По този начин ще се реализира и целта на учебно-възпитателния процес по физическо възпитание и спорт, като част от генералната цел на образованието – да съдейства за хармонично физическо и функционално развитие на подрастващите в единство с интелектуалното, естетическото и трудово възпитание и формиране на траен интерес и желание за системни занимания с физически упражнения и спорт.

Лекоатлетическите упражнения дават възможност да се развият и оценят основните физически качества на учениците: бързина, сила, ловкост и издръжливост. Хармоничното развитие на тези качества е цел на физическото възпитание в началното училище, но главната и най-важната цел е укрепването на здравето на подрастващите, като решаването на оздравителните и санитарно-хигиенните задачи трябва винаги да имат доминиращо значение (1,4,5,10).

В днешно време физическата култура разполага с голямо разнообразие на средства за оказване на полезно въздействие върху организма, за укрепване на неговото здраве, за подобряване на физическото му развитие и повишаване на неговата работоспособност. Измежду всички тези средства леката атлетика има най-голямо значение. Това вероятно се дължи на факта, че тя е вероятно най-старият вид спорт, състои се от естествено-приложни упражнения, в повечето от останалите видове спорт се съдържат елементи от леката атлетика и допринася за формирането на красиво, добре оформено и стройно тяло.

Не случайно на стената на Форума в Елада са били изсечени думите: “Искаш ли да бъдеш силен – бягай, искаш ли да бъдеш красив – бягай, искаш ли да бъдеш умен – бягай.” Справедливостта на това изречение е доказана в днешно време от много научни изследвания. Те разкриват значението на леката атлетика за развитието и формирането на човека и на различните страни на неговата психика.

Леката атлетика е едно от средствата за изграждане на хармонично развита личност. Лекоатлетическите упражнения предизвикват значително висок физиологичен ефект, особено при изпълнението им на открито. В резултат на това занимаващите се редовно и системно с такива упражнения, подобряват значително своето здраве и нивото на физическите си качества: сила, бързина, издръжливост и ловкост, което от своя страна довежда до повишаване и поддържане на по-високо ниво на работоспособност (1,2,5,8,10).

Бягането е едно от най-резултатните упражнения, тъй-като е едно от малката физически упражнения, които не предизвикват само локална (частична) умора, а обща умора на целия организъм. Това произтича от факта, че при бягането не вземат активно участие само мускулите на краката, а всички по-големи мускули

групи на тялото, като седалищните, коремните, поясните, гръдните, гръбните и раменните. Поради това в резултат на практикуването му се получават високи физиологични и трофични въздействия (1,5,8,9). То развива основните двигателни качества – бързина и издръжливост, и съдейства за подобряване на здравето и работоспособността на подрастващите.

Скоковете в леката атлетика са ценни с това, че развиват комплексно качествата – отскокливост, сила на долни крайници и ловкост, като ефектът от скачането на височина е значително по-голям от този при скачането на дължина. Скоковете освен приложно значение имат и значителен органиоизграждащ, функционално-подобряващ и оздравителен ефект върху растящия организъм (1,5,8).

Хвърлянията са упражнения от леката атлетика, които имат най-силен ефект върху развиването на качеството сила, но наред с това те развиват в значителна степен и качеството ловкост. Владееенето им е абсолютно необходимо във връзка с реализиране на оптималното физическо развитие на подрастващите (1,5,10). Те са извънредно полезни упражнения с приложен характер, които могат да бъдат прилагани с цел да се постигне и поддържа добро физическо развитие, дееспособност и укрепване на здравето на учениците от начална училищна възраст.

Освен осезателното положително влияние върху физическото и функционалното развитие на растящия организъм, леката атлетика съдейства за цялостното формиране на личността на учениците. Това се постига чрез реализирането на възпитателен ефект по отношение изграждането и повишаването на най-важните за живота морално-волеви качества – постоянство, настойчивост, самообладание, воля (за преодоляване на трудности), увереност, решителност, смелост, борбеност и други.

Началното училище като едно от първите звена в образователната система, предоставя най-добри възможности за моделиране на психо-физическото развитие на учениците (2,3,6,7). Благодарение на своята активност в урока по лека атлетика, малкият ученик влиза в контакт със заобикалящата го среда. По време на заниманията той се движи - ходи, бяга, скача, хвърля, изобщо извършва мускулна работа. Разнообразните му двигателни прояви оказват благотворно влияние върху неговият организъм и спомагат за адекватното му адаптиране към постоянно променящите се условия и влияния на съвременната действителност.

Най-ползотворни са заниманията с лекоатлетически упражнения на отрито, когато времето позволява провеждането им. Динамичната двигателна дейност и голямата доза положителни емоции по време на уроците ги правят желани и очаквани от учениците. Породените приятни емоционални преживявания се явяват вътрешен стимул за физическа активност. За постигане на оптимален ефект и успешно решаване на конкретните задачи на всеки отделен урок, използваните упражнения и игри е необходимо да са съобразени с възрастовите и психологични особености на учениците от начална училищна възраст, да са достъпни, лесно приложими, емоционално обогатени и правилно дозирани.

При провеждането на урока по лека атлетика на открито се съчетава въздействието, което оказва изпълнението на физическите упражнения с влиянието на факторите на природната среда. По такъв начин се осъществява закаляване на организма, което освен, че е фактор за запазване на здравето е и средство за лечение на много заболявания. Във връзка с това можем да споменем думите на френския лекар Тисо, който отбелязва, че движението чрез своето многостранно въздействие върху организма може да замени което и да е лекарство, докато всички лечебни средства на света не могат да заменят действието на мускулното движение.

Провеждането на лекоатлетическия урок на открито – на спортната площадка, на стадиона, в парка, на горска поляна, край реката или морето, действа закаляващо

посредством вдишването на горещия или студен въздух. Активна роля в този процес играят дихателните пътища и белите дробове, тъй като са богати на рецептори за възприемане на температурните колебания в околната среда.

Промените в организма след провеждане на закалителна процедура са сходни с тези които се наблюдават след изпълнение на физически упражнения. Вследствие на дразнене на разположените в кожата нервни окончания, кората на главния мозък изпада в състояние на възбуда. Усещането е за бодрост и прилив на енергия, повишава се работоспособността. След процедурата възбуждането преминава в потискане, по време на което се осъществява възстановяване. Понеже потискането последвало закалителната процедура е много по-пълноценно, работоспособността не само се възстановява, но преминава и на по-високо ниво.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въз основа на теоретичния анализ на проблема стигнахме до следните изводи:

- Учениците практикуващи лека атлетика на открито, освен на влиянието на физическото натоварване са подложени и на влиянието на природните фактори, които оказват върху тях закалителен ефект. По този начин на практика се реализира комплексно въздействие върху растящия организъм, което рефлектира в по-високо ниво на физическа дееспособност и укрепване здравето на подрастващите.
- В урока по лека атлетика, провеждан в нетрадиционни условия, природните дадености на съответната местност могат да се използват за разнообразяване на лекоатлетическите занимания, за решаване на задачите на екологичното възпитание и за реализиране на интердисциплинарните връзки в обучението по физическо възпитание и спорт в начална училищна възраст.
- Двигателната активност, на учениците от начална училищна възраст, по време на урока по физическо възпитание и спорт, при добра организация и адекватно натоварване обогатява двигателната им култура, повишава нивото на физическата им дееспособност и съдейства за формиране на умения за самостоятелни занимания с лекоатлетически упражнения.
- Необходимо е наред с доказалите своята ефективност средства, да се търсят и реализират нови възможности за планиране, организиране и провеждане на урока по лека атлетика в началното училище.
- Отглеждането на здраво и жизнеспособно младо поколение е неотменна задача на всяка държава. Поради това е необходимо обединяване на усилията на държава, родители и учители за осигуряване на необходимите средства и условия за водене на здравословен начин на живот от подрастващите.

В заключение можем да отбележим, че съществуват все още неизследвани аспекти за повишаване на ефективността на учебно-възпитателния процес по физическо възпитание и спорт, ядро "Лека атлетика" в началното училище. Поради това предприехме организиране и провеждане на едногодишно научно изследване, през учебната 2008/2009 г., в което да проследим влиянието на лекоатлетическите уроци, провеждани в нетрадиционни условия върху физическата дееспособност и здравето на учениците от началното училище.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бъчваров, М. Лека атлетика, НЗ, С., 1998.
- [2] Гордин, А. и кол. Малкият ученик, НП, С., 1986.
- [3] Иванова, Н., С. Дамянова. Двигателната активност в детската градина за развиване на физическите качества и здраве на децата от 3 до 7 –годишна възраст, сб. Иновации във физическото възпитание и спорта в началото на 21 век, В., 2005.

- [4] Кабуров, Г. Бягай, скачай, хвърляй, МиФ, С., 1987.
- [5] Колева, Д., П. Бонов. Усъвършенстване на функционалните възможности и обучението в бягането на средни и дълги разстояния на студентите от НСА, сб. Актуални проблеми на спорта в края на 20 век, НСА прес, С., 2000.
- [6] Николова, Е., К. Лазарова, В. Чернев. Актуални проблеми на физическата култура, СиН, извънреден брой 1, 2005.
- [7] Николов, Г. Обездвижването – враг № 1, МиФ, С., 1990.
- [8] Славчев, А. Съчетаване на обучението и контрола в късите бягания в училище със спецификата на развиване на двигателните качества сила и бързина при учениците, сб. Физическото възпитание и спорта между два века, ВТУ"Св.Св. Кирил и Методий", В. Търново, 2000.
- [9] Слънчев, П. Физическата и спортна активност – фактор за здраве и висока работоспособност, сп. Понеделник, 7-8/2000.
- [10] Фильов, В. Експресен тест за оценка на кондицията на деца в начална училищна възраст (1-4 клас), СиН, 3/2001.

За контакти:

Петя Пенева, Русенски университет "Ангел Кънчев", докторант в Катедра "Физическо възпитание и спорт", e-mail: penevapetia@abv.bg

Спортът като алтернативно средство за борба с агресията и насилието у подрастващите

автор: Иван Нейков

научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Sport as an alternative way to the fight with aggression and violence amongs the teenage

population: *Aggression in school is one of the most problematic issues nowadays, which has been avoided for a long time, but now has finally started to initiate provoke controversial responses amongst our society. Aggression could manifest in different forms ranging from conflict situation, insulting comments and leading to physical traumas, even manslaughter.*

Key words: *aggression, teenage population, sport, alternative*

ВЪВЕДЕНИЕ

Агресията в училище е един от най-актуалните и наболели проблеми на съвременното общество, за който дълго време не се говори, но сега той провокира до голяма степен общественото мнение. Тя може да се прояви под различни форми като се започне от конфликтни ситуации и обидни забележки и се стигне до нанасяне на физически травми, дори и до убийство.

Всички тези действия нарушават правата на човека и можем да ги обособим в няколко вида насилие: физическо емоционално, вербално, психическо и сексуално.

Училището е неделима част от обществото, което определя и факта, че в него задължително присъстват неговите негативните явления. Учениците ежедневно са подложени на непосредствено насилие от страна на своите връстници и по-големи от тях.

Факторите които провокират тези действия са разнообразни: вътреличностна агресия; предшестваш жизнен опит на учениците свързан с проява на агресия и насилие или наблюдаване на подобни действия; непознаването на методи за ненасилствено решаване на конфликти; драстична промяна в ценностната система, при която стойности като солидарност, готовност за оказване на помощ или съчувствие са на заден план.

Основните причини, които се дискутират и обсъждат, са недобрата семейна среда, липсата на дисциплина в училище, материалните различия между децата, както и компютърните игри и филмите с насилие са сред основните причини за това поведение на учениците.

Разрушаването на традиционните семейни структури също спомага за възникване на насилие. На този фон липсата на време за възпитание на детето може да се превърне в проблем толкова бързо, колкото и прекалено големите очаквания към него. Нараства тенденцията възпитанието на социално поведение да се делегира изцяло на училището като институция.

Често насилственото поведение на подрастващите е продължение на семейна „традиция“. Научни изследвания сочат, че деца, които са били удряни и малтретирани от родителите си стават по-често брутални в отношенията си с останалите.

Общуването с връстници играе изключителна роля за развитие идентичността на младите хора. Конкретна опасност представлява присъединяването към конкретна група, извършваща престъпления.

Голяма част от дейността на групата на връстниците е най-очевидна в училищната среда и особено в периода на средата на юношеството училището става жизнена среда на юношите. Различните групи на юношите могат да се идентифицират по отношение на тяхната идентификация с училището, както и по интелектуалната им и социална ориентация. За всяка юношеска група следователно

училището има различно значение и влияние върху юношеското развитие по различен начин.

В опита си да намерят решение на проблема много неправителствени организации подемат различни кампании.

Според нас една от алтернативите за борбата с агресията сред учениците е спортът.

Една от най-продуктивните възможности за децата днес е да бъдат привлечени още в ранно детство в програми за развитие на двигателните умения. Те способстват за изграждането на доверие и самоуважение. Децата от три до осем години са предизвикани да се изправят срещу самите себе си в постигането на цели и в развитието на умения. Те се научават как да бягат, да хвърлят, да ритат топката, да скачат и в същото време развиват здравословни навици и атлетически умения, както и желание да изразят себе си чрез спорта.

ИЗЛОЖЕНИЕ

За да се обосновем, защо смятаме спорта за една от алтернативите в борбата срещу агресията, първо ще изясним същността на съвременния спорт и физическото възпитание, в частност, целите и задачите му.

Спортът представлява всички форми на двигателна активност, които чрез организирано или неорганизирано участие целят изразяване или подобряване на физическата и психическата годност, формиране на социални връзки или постигане на резултати в състезания на всички равнища. Формите на спортуване са достъпни за всички, без каквато и да е дискриминация, предлагат равни възможности за изява, вземайки предвид всякакви специфични изисквания на различни възрасти или на групи със специални нужди.

Като естествена проява на двигателна активност, включваща предизвикателство и забавление, основаващи се на игра, спортът цели:

- ✓ развитие на умствени, физически, психически и социални качества;

- ✓ разбирание на етичните стойности и честната игра, дисциплината и правилата;

- ✓ уважение към себе си и околните, включително малцинствените групи;

- ✓ приучване към толерантност и отговорност;

- ✓ приучване към самоконтрол, получаване на самочувствие и способност за развитие на собствените постижения; придобиване на навици за водене на здравословен начин на живот.

Спортът като обществено явление стимулира доброто здраве и благосъстоянието на обществото; създава среда за обучение и социализация; дава фундаментален принос за развитие на демократичните общества; допринася за реализация на принципите за толерантността; създава условия за социални контакти, сътрудничество и връзки, дава здраве, радост и приятни преживявания, допринася много за интегрирането на хора със специални нужди.

Неразделна част от спорта е придобиването на етични стойности и принципи за честна игра – спортна етика. Чрез приоритетите, мотивацията, с методите и средствата на физическото възпитание и спорт, учениците се поставят в ситуация, където да развият двигателните си способности за противодействие на съвременните предизвикателства, сред които са: оцеляване, агресия, наркотици, болестите на века.

В частност физическото възпитание и спортът на децата в началното училище имат важно значение за приобщаването им към системата на обществените отношения, изпълнява значими социални функции относно ограничаването на произвола в действията на учениците, за научаването им съзнателно да подхождат, както към проверката на конструираната от тях мисъл, така и за всяка извършвана

от тях работа. Той има и непреодолим **хуманистичен характер** и е надежден път за развитието на потенциалните възможности и силните страни на всеки ученик; за самореализацията му в различни области на живота; за себедоказване и адекватно приложение на същностните му сили в неизбежния социален контекст. Физическото възпитание и спортът се разглеждат като цялостна система с рационално структурирани компоненти, прецизно научно обоснована. Нейният главен смисъл е физическото и духовно усъвършенстване на човека.

Според Н.Н. Пономарев (1971), при изпълнение на физическите упражнения хората овладяват собствената си природа

Физическото възпитание и спортът на младото поколение е съществена страна и съставна част във всички образователни системи от древността до наши дни. Физическото възпитание като понятие представлява социално явление с две страни – биологична и педагогическа.

На преден план във физическото възпитание и спорта стои неговата социална страна. Това е педагогически процес, насочен към всеотрасловото изграждане и усъвършенстване на човешката личност с помощта на специфичните за него средства. Подчертава се стремежът към физическо съвършенство като задължителен компонент на многоотрасловото развитие на личността и взаимодействието с интелектуалното, нравственото, естетическото и трудово възпитание.

А. Д. Новиков (1967) констатира, че когато говорим за физическо възпитание, се има предвид, че то е система от целенасочени педагогически въздействия на възпитателя върху възпитаваните с цел да се внедрят определени качества, черти на личността, мироглед, двигателни способности и други.

Мнозина автори (А. Гешев 1953; Т. Дъчева 1963; и др.) смятат, че нивото на общественото и икономичното развитие е основен фактор за възникване на физическото възпитание. Но в контрапункт на това мнозина социолози (З. Фройд, А. Брил, Д. Дюи, и др.) твърдят, че в основата на физическото възпитание и спорта стои единствено биологичният фактор и го разглеждат извън общественото развитие на човека. Те отхвърлят факта, че физическото възпитание е резултат на социалното развитие на човека.

Биологичният фактор според нас в процеса на физическото възпитание е неговата основна и съществена страна, но той трябва да е в единство със социалната среда, именно за това говорим за физическо, а не за някое друго възпитание.

Способността за двигателна дейност води до явлението упражняемост, формулирано като закономерност от Лемарк (1911). Дейността като най-важно условие за съществуването на човешкия организъм изисква непрекъснато упражняване на отделните органи и системи с цел тяхното усъвършенстване. В процеса на упражняването се въздейства не само върху един орган, а върху целия организъм, който е единно цяло и всички органи и системи в него са взаимно свързани и взаимно обусловени. Н. Матеева (1973) твърди, че двигателната дейност под формата на физическо възпитание съгласно последната закономерност оказва влияние и върху органа на мисленето, т.е. върху човешкото съзнание. Ние споделяме това мнение и заключаваме, че в процеса на физическото възпитание се оказва въздействие не само върху физическите качества, но и върху цялата човешка личност. Точно тук се проявява единството на социалното и биологичното в процеса на физическо възпитание, като се извежда на преден план именно педагогическата страна, насочена към възпитанието и развитието на човека като съзнателно социално същество, казва още Матеева.

Както вече споменахме целенасоченият педагогически процес в уроците по физическо възпитание и спорт се основават преди всичко на информацията за физическото развитие и състоянието на физическата дееспособност на учениците.

Според нас в училищата трябва да се зъстъпят спортове, които все още не намират място в учебната програма по физическо възпитание и спорт, които са атрактивни и интересни. Това би довело до създаване на по-трайни интереси към спорта, за активното участие на учениците в часовете и самостоятелни занимания с физически упражнения и спорт, което от своя страна би било предпоставка за решаване на задачите и целите на физическото възпитание и спорта, една от които, както вече казахме, е борбата с агресията у подрастващите.

Един от атрактивните спортове, които би могъл да се практикува успешно и в училищата е тенисът.

Въпреки широкото разпространение на тенис спорта, стремежът да се завладеят нови територии създава нови форми на тениса, които спомагат и са предпоставка за неговото масово практикуване. Това е една много приятна, вълнуваща и емоционално наситена игра, която е адаптирана към съответните възможности на младите ученици. Независимо, че тенисът е замислен като елитен спорт, предназначен предимно за частни училища и клубове, разнообразните му форми, като мини-тенисът например го прави достъпен за всички ученици и деца без значение на материалното състояние. Възможностите като средство за укрепване на организма, като средство за изграждане личността на подрастващите са огромни. Трудно може да се даде пример с друг спорт, при който човек може да се занимава с него до пределна възраст. Трудно може да се намери спорт, който създава подобна равнопоставеност без значение на пола, националността, индивидуалността.

Тенисът е един вид свободен избор на детето, което избира спорта вместо дълги и скучни уроци по натрапени от родителите други съвсем нелюбими дейности.

Задачите, които стоят пред училищното физическо възпитание са много и разнообразни. Тяхната разностранност: възпитателни, образователни, оздравителни не винаги успяват да бъдат реализирани поради прекомерна учебна заетост. За да се постигне правилно физическо развитие, спортно усъвършенстване и изграждането на личностните качества у подрастващите обучението трябва да бъде в съзвучие с обективните реалности от развитието на обществото.

Въвеждането на тениса в учебната програма е не само сериозна крачка към развитието и разпространението на тениса, а и предпоставка за борба с негативните явления в нашето общество и съвременна реалност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходима е целенасочена работа за изграждане на висока специална култура, убеждение, правилно отношение, знания и навици по въпросите на физическото възпитание и спорта при учениците в ранна училищна възраст. Също така е необходимо да се изгради стройна система от държавни и самодейни форми на работа, да се изясни и ролята на масовия спорт в училищата. Най-вече педагозите и родителите трябва да са убедени, че физическото възпитание и спортната дейност са необходими за комплексното развитие на учениците, за тяхното здраве и работоспособност, а също така за изграждането им като личности.

В тази връзка ние препоръчваме на МОН въвеждането на спорта тенис в учебната програма по физическо възпитание и спорт в училищата.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Болетиери, Н. (2001) Тенис академия, Софтпрес, София
- [2] Гешев, А. (1953) Педагогически методи в учебния процес по физическо възпитание, Сборник на ВИФ, том 2
- [3] Дъчева, Т. (1963), Определение и съдържание на физическата култура, Трудове на ВИФ, том 6, кн. 2
- [4] Матеева, Н. (1973) Педагогически основи на физическото възпитание на учащите се, Медицина и физкултура, София

- [5] Рачев, К. (1999) Оптимизиране на подготовката на младите спортисти, Нови Знания, София
- [6] www.pomagalo.com

За контакти:

Докторант Иван Нейков, катедра „Физическо възпитание и спорт“, Русенски университет; e-mail: neikov_1984@abv.bg

Русенско спортно дружество „Юнак”- IV-ти съюжен събор в Русе (пощенски картички за събитието)

Румен Кузов

Abstract: *The paper presents issued postcards rebated to the IVth federal fair “Younak” held in Ruse, 22-24.04.1907 belonging to Ruse private collectors.*

Key words: *Gymnastic Comnany “Younak”, Ruse, IVth federal fair “Younak”*

ВЪВЕДЕНИЕ

Пощенските картички са безценен исторически документ за обектите, които отразяват. Чрез тях се документират визуално събитията, отразява се атмосферата на случващото се и участващите личности. Чрез пощенските печати се датира времето за изпращане и получаване на картичката. Черпим информация за подателя и получателя, а от текстовете и за техните взаимоотношения.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Няколко са основните предпоставки за развитието на физическата култура и спорта в Русе в края на XIX и началото на XX век. Благоприятното географско разположение на брега на р. Дунав, ж.п. линията Русе-Варна, близостта до Букурещ и др. довеждат до бурното развитие на политическия, икономически и културен живот в града. Заселването на много чужди търговци, индустриалци и банкери също спомага за създаване на потребност към физически упражнения и организирано спортно движение. Своя принос дават и швейцарските учители по гимнастика, пристигнали в България през 1893-94 година.

На 27.11.1894 г. в Русе се състои учредително събрание на “Първо българско русенско телодвижително дружество “Сокол”, на което е приет устав и временно ръководство. С оглед да не се дублира името със съществуващото ловно-стрелческо дружество “Сокол”, на 26.02.1895 г. то се преименува в “Горско пиле”. Така се наричал соколът в народните песни и предания. Към дружеството са изградени отдели по гимнастика, плуване, весларство (гребание), пързалане със ски и кьнки и коловеждане. На 8.11.1898 г. дружеството се преименува в гимнастическо дружество “Юнак”.

Гимнастическите дружества в страната е обединяват през 1898г. в Съюз на българските гимнастически дружества “Юнак”. Съюзът е организатор на юнашките събори. Русенци са дейни участници във всички от тях (1900 год. – Варна, 1902 – Пловдив, 1904 – София) Доброто представяне и активната дейност на русенското дружество способстват за предоставяне на Русе домакинството на Четвъртия юнашки събор. Той се провежда на 22, 23 и 24.04.1907г. Участват 37 дружества – около 1000 участника (юнаци, юноши и юнакини) и над 800 други гости, дошли с юнашките дружества. За първи път на събори присъстват и чуждестранни гости – председателят на Чешкия соколски съюз и кмета на Браила (Румъния).

Повечето участници пристигат с влак, а тези от Тутракан и Силистра - с параход.

Игрището било построено край града, недалеч от старата гара и обхващало пространство от около 30 декара. До игрището били опънати повече от 30 военни палатки за почивка на юнаците.

На 22.04.1907г. станало тържественото откриване на събора в присъствието на министрите Гудев и Паяков, на генералите Радко Димитриев и Сираков, на много офицери, на кмета на града и на гостите от страна и чужбина. Присъствали и много граждани.

За събора са отпечатани пощенски картички. Сред тях се откроява цветна литография (Фиг.1), включваща богата символика: юнак с униформа и триколовна лента през гърдите, жена с меч в дясната и лавров венец в лявата ръка, орел държащ дружествената значка, портрет на Васил Левски, гири и тежести за вдигане и др. В средата шест редов надпис “споменъ / от / IV юнашки съборъ / въ гр. Русе / 22, 23, 24 априль / +++ 1907 ++”.



Фиг.1 Литографна картичка за събора

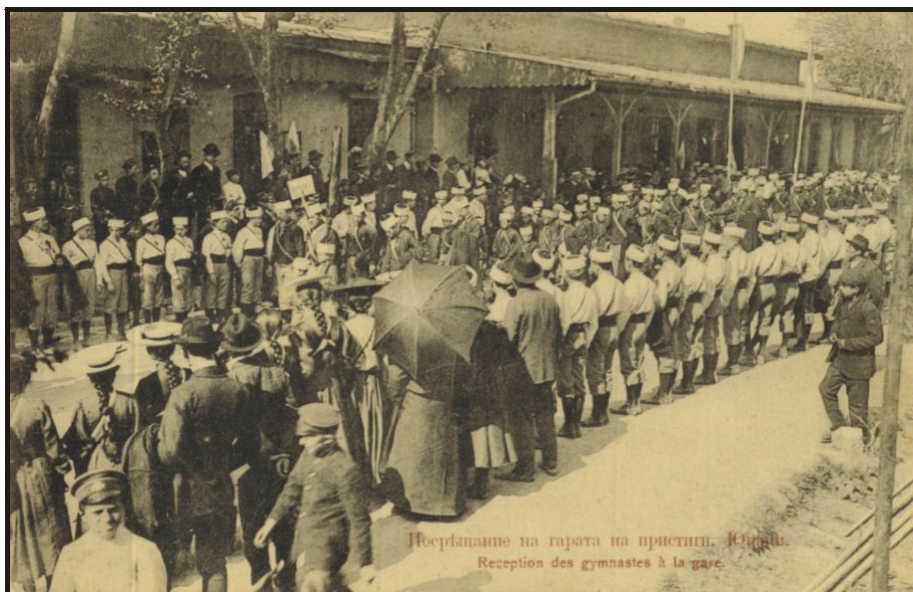
Две пощенски карти са за посрещането на юнаците на гарата. Едната (Фиг.2) е разположена вертикално и има два фотоса – пристигащия влак и спрялата композиция на перона. Втората (Фиг.3) е запечатала възторга на посрещачите на перона и строя на слезлите вече юнаци.

За прехода на юнаците към игрището е отпечатана пощенска картичка (Фиг.4).

След откриването, юнаците в стройни редове начело със старите опълченци, образували манифестация до паметника на Свободата, където положили венец. Присъствали всички офицери от Русенския гарнизон, облечени парадно и хиляди русенски граждани. За манифестацията е отпечатана пощенска картичка (Фиг.5). Началото на колоната от юнаци е при сладкарница “Тетевен” а края до банка “Гирдап”. Всички са с униформи и включват юначета, юнакини и юнаци. Издател А. К. Чилингириян.^[1]



Фиг.2 Пристигане на влака с юнаците



Фиг.3 Посрещане на гарата



Фиг.4 Походен строй към игрището



Фиг.5 Тържествен марш

На 23.04.1907г. – Гергьовден, дружествените колони от юнаци, участвали в големия Гергьовски военен парад при черквата „Св. Георги“ (Фиг.6) и минали в церемониален марш пред генерал Радко Димитриев.



Фиг.6 Парад при черквата „Св. Георги“



Фиг.7 Обща снимка в двора на Мъжката гимназия

В игрите били застъпени много бойни упражнения: двубой с пушки, саби, лък и копия; бокс и др. На събора в Русе се налага и сполучливо се пробива път народният елемент в юнашките игри. Юнаците от Лом представили „Китка от народни хора“ в национални костюми, която се състояла от хора и фигури на кадрил. Тази игра произвела неописуем възторг в публиката и чуждестранните гости. Румънският сенатор Сулиоти в този тържествен момент, силно развълнуван казал: „Това е хубаво и възвишено, това нещо е свято. Един народ, който може да преживее такива моменти, е предопределен за велика съдба“.

Във връзка със събора и по случай 10 години от създаването на Русенското дружество „Юнак“ е отпечатана пощенска карта включваща обща снимка на юначетата, юнаци, ученици и граждани в двора на мъжката гимназия (Фиг.7).

Игрите на събора в Русе били ръководени от техническата комисия при съюза „Юнак“ в състав: председател – Даниел Бланшу, членове – Алоис Бюнтер и Луи Айер.

През 1907г. организацията „Юнак“ е имала 41 съюзни дружества с около 3500 члена и около 4000 юноши. Провеждането на Четвъртия юнашки събор в Русе в административно отношение било отлично. „В техническо отношение, особено общите съборни упражнения, съборът е бил по-слаб от предходните три. Духът на участниците е бил на своята висота и всички са се чувствали горди в съзнанието, че организацията представлява високи и чисто национални цели, за постигането на които се работи неотклонно“.^[2]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представените пощенски картички са частно притежание на русенски колекционери от личните им сбирки. Изваждането им в публичното пространство, предоставя възможност на изследователите и всички лица, проявяващи интерес към миналото на Русе и на спортното движение в България да ги използват.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Кузов Р. „Събитията“, книжка 5 от поредицата „Русе на старите пощенски картички“, Русе, 2001, с. 28-30

[2] Юбилеен сборник. София, 1938, с 175

За контакти:

Румен Кузов, спец.„Маркетинг“, ФБМ, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел: 082/830 765, e-mail: rkouзов@ecs.ru.acad.bg

Цел, задачи и значение на съвременното физическо възпитание

автор: Невена Неделчева

научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

***Aim, purposes and meaning of the contemporary physical education.** The purposeful physical education is the only way for structural and functional elaboration of student's organism. It increases the mental capacity. Steadily health, versatile movement culture and high level of the physical efficiency are stable base for the successful studying process, for concentration of student's attention. Thus physical education advantage for work's effectiveness on the other school subjects.*

Key words: aim, purposes, physical education, development, students, individualization, differentiation

ВЪВЕДЕНИЕ

Стабилното здраве, разностранната двигателна култура и високото равнище на физическата дееспособност са стабилна основа за успешната учебна дейност, за концентрация на вниманието на учениците при възприемане и при осмисляне на учебния материал и за добра работоспособност при упражняването и при затвърдяването му по всички изучавани дисциплини. По този начин физическото възпитание влияе благоприятно и непосредствено върху ефективността на работата по другите учебни предмети, върху извънурчните дейности и върху целия живот на учениците.

Основната цел, поставена пред образователната система може да бъде постигната само, ако в достатъчна степен се използват възможностите на физическото възпитание, [1,2,3,4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на физическото възпитание в I – IV клас е да съдейства за хармонично физическо формиране и функционално развитие на децата в единство с тяхното интелектуално, нравствено, естетическо и трудово възпитание, формирайки траен интерес и желание за занимание с физически упражнения.

Основните **задачи** на физическото възпитание в началните класове са:

❖ **Оздравителни:**

- Правилно, хармонично изграждане на детския организъм (физическо развитие);
- Комплексно развиване на моториката и координацията на движенията на ученика (развитие и усъвършенстване на естествените движения);
- Подобряване на здравословното състояние и на закаляването. Приучаване на учениците към спазване на правилата за лична и за обществена хигиена, както и за формиране на здравни и на хигиенни навици;
- Усвояване на достъпни знания за влиянието на физическите упражнения върху здравето и върху работоспособността на хората;

❖ **Възпитателни:**

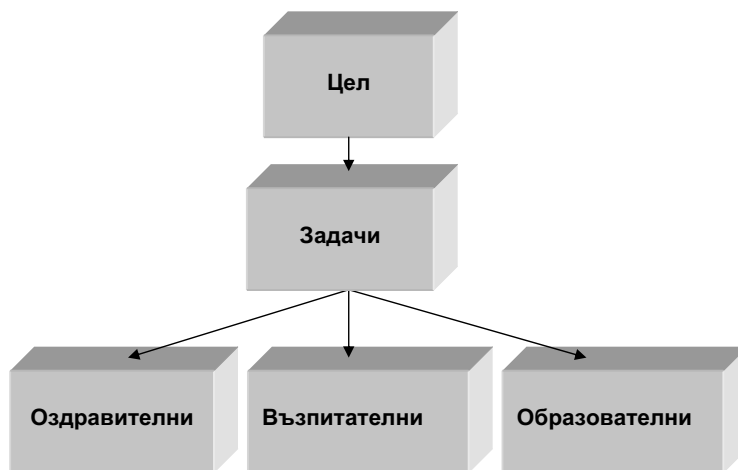
- Възпитаване на нравствени, волеви, трудови, естетически, интелектуални и личностни качества;

❖ **Образователни:**

- Възпитаване на интерес и формиране на навици за занимания с физически упражнения и игри – самостоятелно и организирано;
- Функционално усъвършенстване и развиване на основните физически качества – издръжливост, сила, бързина и гъвкавост (физическа дееспособност);

- Осмисляне значението на таблиците за оценка на физическата дееспособност като средство за повишаване и за контрол на дееспособността на ученика,[1,2,3,4,5]

Всичко това може да бъде представено чрез схема по следния начин (фиг.1).



Фиг.1. Цели и задачи на физическото възпитание и спорта в началното училище

Образователната работа в I – IV клас предвижда изграждането у ученика на цялостна представа за природната и за обществената действителност, за дейността на човека в тази действителност. Това се постига при реализацията на учебното съдържание по отделните учебни предмети, които са взаимно свързани и взаимодействат помежду си. Такова взаимодействие се постига и в учебния процес по физическо възпитание и спорт за учениците от начална училищна възраст.

- Интегралността** предполага комплексна насоченост при работата за физически качества в единство с овладяването на разнообразни двигателни навици, с едновременно осмисляне, логично свързване и мотивиране на всички понятия, закономерности и действия в процеса на физическото възпитание. Тази интегралност изисква много по-действено подпомагане на цялостния учебно-възпитателен процес със средствата на физическото възпитание. Това обаче не трябва да се отразява негативно върху решаването на нейните специфични задачи. Физическата култура (като учебна дисциплина) трябва да пронизва останалите учебни предмети, като се търсят съществуващите взаимни връзки между тях. Всички допирни точки следва да се използват творчески както в уроците, така и в извънкласната физкултурна дейност. Многообразни са възможностите за съчетаване на физическата култура с другите учебни дисциплини,[3,4,5,6].

- **Български език**

В урока по физическо възпитание и спорт в I - IV клас, следва да се изисква от учениците точна правоговорна употреба на познатите думи (термини за основни положения и движения на тялото и на неговите части). Същевременно да се работи и за обогатяване на техния речник чрез овладяване на нови думи, и понятия, които за пръв път се срещат в уроците по физическо възпитание. При необходимост

учителят подпомага учениците за осмисляне на новите думи чрез разясняване на тяхното съдържание. Тези интеграционни връзки с учебния предмет „Български език“ са от особено значение за райони, където се употребяват диалекти. Така още в първи клас се създават условия за развиване на правилна реч в една естествена, непринудена и приятна обстановка.

○ Математика

При провеждане на различните форми на физкултурна дейност трябва да се използват всички упражнения и игри, както и начините за тяхната организация, за да се изградят и осмислят представи и понятия за количествените и пространствените отношения. В началото на първи клас се затвърдява броенето и учениците се запознават практически с някои мерни единици, които още не са разучени в уроците по математика: секунда, минута, сантиметър, метър. В редица занимания по физическо възпитание могат да намерят практическо приложение операциите събиране, изваждане, сравнение, умножение и деление. Това става главно посредством някои игри. Вместо да извика някой номер, учителят посочва номера чрез изпълнението на дадено математическо действие.

Например: "Да гони номер три плюс три", или номер две по две, или номер 10 делено на 5 и т. н.

Постепенно се затвърдяват понятията и практическите умения, свързани с измерване на разстояния (дължина, височина, време). В IV кл. учениците следва добре да осмислят стойността на своите постижения по различните тестове и упражнения, които са измерени в сантиметри, минути и в секунди, и свободно да ги превръщат от една мерна единица в друга. Осмислят се също мерните единици за тегло – килограм и грам, чрез използването на някои физкултурни уреди, като: малка плътна топка 150 гр., гиричка 1кг., плътна топка 1кг. и други.

Необходимо е също учениците да придобият умения да оценяват своите постижения по оценителните таблици на физическата дееспособност. За целта се подготвят нагледни табла. Учениците трябва да учат самостоятелно да използват таблиците и да изчисляват своите постижения по отделните тестове или за целия комплекс от тестове. Осмисля се също изчисляването на средните стойности от постиженията на даден ученик или на целия клас. Определя се прирастът, който е постигнат от едно измерване на резултатите до следващо измерване.

В нагледна форма се затвърдяват и се разширяват представите за различните геометрични фигури, които се използват при строяване на учениците или при очертаване на игрищата. В I кл. това са права, линия, триъгълник, квадрат, кръг (окръжност); във II кл. обиколка на правоъгълника, в III и IV кл. – успоредни прави, перпендикулярни прави, лице на правоъгълник и други. Учениците се приучават да се построяват и да се движат по оказание на учителя, така че да образуват някои от посочените геометрични фигури. Например: строяване в две колони или в две редици – успоредни прави или поставяне на гимнастическата пейка под остър ъгъл спрямо гимнастическата стена и др. В уроците учениците разбират много по-лесно някои количествени отношения, които се осмислят по-трудно: повече, по-малко, колкото, толкова и т.н..

Свързването и прилагането на изученото по математика с учебното съдържание по физическо възпитание спомага не само за по-доброто организиране и осмисляне на двигателната дейност, но подготвя учениците да прилагат с лекота изучените математически понятия и термини, както и без затруднения да разбират тяхното съдържание.

○ Човекът и природата

Взаимовръзката с този предмет се осъществява чрез осмисляне на въздействието на физическите упражнения върху различните системи на човека (пулс, дишане, кръвно налягане и др.).

○ Домашен бит и техника

Предметът е от значение за възпитаване правилно отношение към труда.

- **Изобразително изкуство**

Изобразителното изкуство в значителна степен разкрива възможности за интегративен подход чрез възпитаване на усет към красивото.

- **Музика**

Интегративната връзка с предмета се осъществява чрез включване на подходящ музикален съпровод, който трябва да е в съответствие с ритъма на движение, [2,4,6].

Индивидуализацията на обучението означава учителят да има предвид особеностите на детския организъм (морфологични и функционални), техния предварителен опит, знания, навици и способности на ученика да възприема новите двигателни задачи. В зависимост от волевите качества на учениците и типа нервна дейност се разграничават четири типа: флегматик, сангвиник, холерик, меланхолик.

Флегматичният тип понася големи функционални натоварвания, но се нуждае от стимулиране. Сангвиничният тип се нуждае от по-малка степен на контрол и помощ и изпълнява самостоятелно двигателните задачи. При холеричния тип трябва да се засили контрола, учениците да се задържат от преувеличена дейност, да се поставят допълнителни двигателни задачи и изисквания за самоконтрол и самонаблюдение. Меланхоличният тип има нужда от постоянна помощ, подкрепа, контрол и стимулиране.

Диференциацията е специализирана степен на индивидуалния подход и определя специално учебно съдържание и организация на работа с оформени групи деца с близки или еднакви индивидуални особености:

I-ва група – В подготвителната част на урока се работи за развиване творческите възможности на учениците. В основната част им се възлага задача за самостоятелна работа при затвърдяване на двигателна задача от тематичното разпределение. Те сами реализират практическото изпълнение на задачата и правят анализ на дейността си.

II-ра група – Учениците са със средни възможности. В подготвителната част те реализират аналитичните и избирателните си възможности. В основната част работят по основен вариант на двигателни задачи. В заключителната част изискванията се свеждат до определяне на собствен темп и интензивност на протичане на възстановителните процеси.

III-та група – Изоставащи ученици – в подготвителната част основна задача е развиване на репродуктивните възможности на учениците. В основната част учебния материал се облекчава както по степен на трудност, така и по функционални изисквания. В заключителната част възстановяването на организма се осъществява под ръководството на учителя, [1,2,3,4,5].

Редица изследвания доказват, че отличните ученици се характеризират с висока физическа дееспособност. От друга страна изоставащите ученици, които не успяват да овладее учебния материал, имат ниско равнище на функционална подготовка. Това е доказателство за взаимозависимостта и за връзките между умствена и физическа дееспособност. В това отношение много справедливо е твърдението на Н. Громбах, който твърди, че и деца с недостатъчна физическа работоспособност се справят с училищните изисквания, но това става за сметка на прекомерно напрежение, водещо до преумора, до неврози и т.н.

Физическата подготвеност е основата, върху която се изграждат учебните и трудово-производствените учения и навици, високата работоспособност, както и психическата годност и готовност за включване в учебния и в трудовия процес. Без богата моторика, високо равнище на физическа дееспособност и без добро здраве, които са най-характерните белези на физическата подготвеност, формирането, а по-късно и реализацията на младежта са сериозно затруднени и недостатъчни ефективни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целенасоченото физическо възпитание е единствения начин за структурно и функционално усъвършенстване на организма на ученика. То повишава умствената работоспособност, като създава по-добри условия за възприемане на учебния материал. Когато за нятията с физически упражнения и разходките на открито са недостатъчни, учениците се стремят към известно уравновесяване на пасивния начин на живот чрез много движения през малкото свободно време, което те имат в рамките на дневния режим. В такива случаи спонтанната двигателна активност на учениците нараства. По време на уроците те са неспокойни, шумни и постоянно се въртят, а през междучасията и в обедната почивка непрекъснато тичат, блъскат се, боричкат се, с което извършват всевъзможни движения. Такова поведение се смята за недисциплинираност, а в действителност то е израз на физиологична потребност. Вместо стихийно и неосъзнато тази нужда от движения следва да се удовлетворява организирано и целенасочено.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Костов, К. Педагогическа идентификация на училищното физическо възпитание, С., 2006.
- [2]. Костов, К., Интегративност и физическо възпитание. С., 2006
- [3]. Момчилова, А. Теория и методика на физическото възпитание, ПБ РУ, 1999.
- [4]. Момчилова, А. Планиране на работата по физическо възпитание и спорт I – IV клас, ПБ РУ, 2004.
- [5]. Момчилова, А. Сборник от игри за началния курс, ПБ РУ, 1999.
- [6]. Попов, Ив. и кол. Методика на обучението по физическо възпитание, Добрич

За контакти:

Невена Неделчева, Русенски университет „Ангел Кънчев”, специалност НУПЧЕ, ОКС „Бакалавър”, e-mail: nevena_3178@abv.bg

Каланетика

автор: Ирина Александрова
научен ръководител: ст ас. Искра Илиева

***Callanetics** is an excellent exercise for firming up back, abdomen and buttocks muscles based on a great number of repeated movements. This training program will form your body and make you very fit.*

Key words: Callanetic,

ВЪВЕДЕНИЕ

Основоположника на **каланетиката** е **Калан Пинкни**. Създаването на методиката на **каланетиката** има много интересна история. Лекарите предричат още в детството на **Калан Пинкни** проблеми в гръбначния стълб и евентуални операции на коленете. От малка тя страда от изкривяване на гръбнака, слаба луксация на тазобедрената става и изкривени крака. 12 години Калан Пинкни посещава балетни занимания, но тази терапия се оказва безполезна. Отчаяна, жената поема из Европа и Азия, като престава да се лекува. След 10 години се връща в САЩ още по- болна. Болките в гърба стават все по-силни и Калан се заема сама да се лекува. Тя установява, че тялото реагира на различни движения, болката чезне при някои от тях. Така стига до идеята, че прецизните и внимателни движения могат да облекчат страданията ѝ. През 1984г **Калан Пинкни** издава книгата **“Каланетиката”**, която повече от година е сред първите места в американските класации за най-търсени заглавия. След това се появяват **“Каланетика за вашия гръб”**, **“Бърза каланетика за коремните мускули”**, **“Каланетика сутрин и вечер”**, като всяка поредна книга е посрещана с голям интерес.

Каланетика - съчетание от упражнения за развиване на сила и гъвкавост, които активизират отделните мускулни групи чрез фини и прецизни движения. Много пъти е повдиган въпросът, спорт, гимнастика или метод за лекуване е измисленото от **Калан Пинкни** . С този метод не се натрупва мускулна маса, а целенасочено се укрепва дълбоко разположената мускулатура. Въздейства се пряко върху проблемните зони. **Каланетиката** укрепва тялото, а рискът от травми е минимален. При голяма част от упражненията се преодолява тежестта на отделните части на самото тяло. [1, 2, 3, 4]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Каланетиката, особено в съвременния ѝ вариант, е чудесен избор за хора, които имат проблем със сърцето, високото кръвно, ставите, гърба и въпреки това искат да се движат и да спортуват.

Интензивността е ниска, съчетават се и се редуват бавно и бързо темпо, малка и по-голяма амплитуда, често се сменя посоката на движение, използва се статично натоварване. Всичко това е за да не привикват мускулите към определен вид тренировка и за да се запази ефекта от упражненията. Характерни особености при заниманията с каланетика са следните:

- висока концентрация;
- прецизност на изпълнение;
- многократно повторение на различни упражнения за определна мускулна група;
- определна последователност на натоварване на отделните части на тялото;
- плавност на движенията и последователност на упражненията.

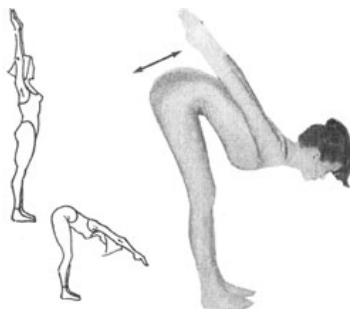
Работи се с малка амплитуда, а ако упражнението налага по-голяма амплитуда, то изпълнението е с много бавно темпо. Характерно за **каланетиката** е, че упражненията се изпълняват многократно - в серии от 20 до 100 пъти.

Заниманията с **каланетика** трябва да се предхождат от общо разгръване на тялото, след което да се работи последователно за всички мускули или мускулни групи. Много важно е дишането, то трябва да е ритмично и естествено, да не се прилагат специални подходи към него. Упражненията винаги се изпълняват противоравно, за да се натоварва тялото еднакво от двете страни. За фон на заниманията се използва бавна релаксираща музика.

Примерен комплекс от упражнения в занимание по каланетика:

Загръване

1. Изходно положение /И.П./ стоеж. Повдигане на пръсти, повдигнете ръцете нагоре и се обтягане на цялото тяло.
2. Изходно положение /И.П./ стоеж. Изпълнява се полуклек, а корпуса леко се навежда напред. Ръцете се обтягат напред и нагоре, запазвайки гърба абсолютно изправен.
3. От същото положение ръцете (с дланите нагоре) се обтягат назад назад. Шията и брадичката се изтеглят напред, гърбът е изправен.
4. Изходно положение /И.П./ стоеж, ръце горе. Наведане на корпуса напред, успоредно на пода, ръцете се обтягат назад, колената са обтегнати. Следва разтягане, фигура 1.



Фигура 1

Упражнения за коремни мускули

1. И.П. тилен лег, краката са свити в коленните стави. Повдигане на главата и раменете от пода. Ръцете са успоредни на тялото, на около 20 см от земята. От това положение се изпълнява пружиниране на горната част на трупа само с 1 см. Упражнението се повтаря 50 пъти, фигура 2.



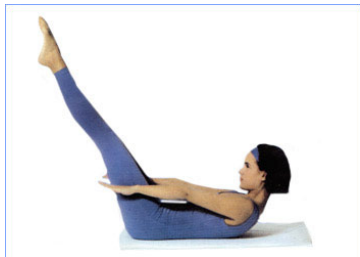
Фигура 2



Фигура 3

2. И.П. тилен лег. Единият крак се повдига напред обтегнат. Повдигане на главата и раменете от пода. Ръцете са успоредни на тялото, на около 20 см от земята. Изпълнява се пружиниране на горната част на трупа само с 1 см. Упражнението се повтаря 50 пъти, фигура 3.

3. И.П. тилен лег. Долните крайници се повдигат напред до 45 градуса, обтегнати. Повдигане на главата и раменете от пода. Ръцете са успоредни на тялото, на около 20 см от земята. Изпълнява се пружиниране на горната част на трупа само с 1 см. Упражнението се повтаря 50 пъти, фигура 4.



Фигура 4

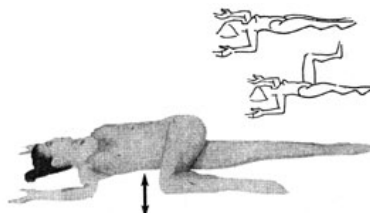


Фигура 5

4. И.П. тилен лег. Долните крайници се повдигат напред до 90 градуса, обтегнати. Повдигане на главата и раменете от пода. Ръцете са обтегнати към пръстите на краката. Изпълнява се пружиниране на горната част на трупа само с 1 см. Упражнението се повтаря 50 пъти, фигура 5.

Разтягане

1. И. П. тилен лег. Ръцете са свити в лакътните стави и дланите сочат нагоре. Левият крак се свива като се изтегля към гърдите, десният остава обтегнат. Бавно се поставя свития ляв крак върху десния. Коляното докосва пода. Това положение се задържа 50 сек. Следва изпълняване на упражнението противоравно, фигура 6.



Фигура 6



Фигура 7

2. И. П. седеж със свити колена. Навеждане на главата напред и обхващане на тила с кръстосани ръце. Това положение се задържа 50 сек, фигура 7.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каланетиката е подходяща за хора на всякаква възраст, както физически здрави, така и с проблеми в опорно-двигателния апарат. Доказано е, че тя е полезна и при възстановяване след заболявания, които са наложили по някаква причина временно обездвижване.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://www.dieti-otslabvane.com/>
- [2] <http://www.fitnes-bg.com/>
- [3] <http://www.lets gym.com/2008/03/04/callanetics/>
- [4] www.rozali.com

За контакти:

Ирина Александрова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, специалност “Промишлен дизайн”, тел: 0883303596, email: sun_is_shining@abv.bg

Йога – начин на живот

автор: Велизара Джамбазова
научен ръководител: ст. ас. Искра Илиева

Yoga - a way of life: *It includes exercises for mind and body and a way of eating. There are different degrees of yoga. Hata yoga is the lowest of them and recommended for beginners. The first thing that should be practiced is breathing exercises – either with certain rhythm or controlled holding of breath. Then are the exercises for the body – asanas. They use stretching and holding in order to activate particular groups of muscles. The food that is healthy according to yoga consists of fruits, vegetables, grain and bean food, nuts, sugar, milk and dairy products. Work for the mind should focus on training for concentration, auto-suggestion and relaxing.*

Key words: *mind, body, food, hata yoga, breathing, asanas, stretching, concentration, auto-suggestion, relaxing*

ВЪВЕДЕНИЕ

Що е йога? Повечето от нас са слушали за индийските йоги. Мнозина под това понятие си представят появяващи се на цирковата арена индийски факири, фокусници и магьосници. Но това не е точна представа. **Йога** е начин на живот. Тя включва освен упражненията на тялото и определен начин на мислене и хранене.

Описани са следните видове класическа йога: хата йога; раджа йога; днана йога; карма йога; бхакти йога.

Всъщност това са различни степени на йогизма, които трябва постепенно да се овладеят за да се постигне съвършено физическо здраве, хармонично функциониране на всички органи и психическо равновесие. Йогите са убедени, че чрез работа над себе си могат да постигнат съвършенство. Хата йога е първата и препоръчителна степен за начинаещи. Днес има хора, които практикуват йога за здраве, като спорт, за релаксация и душевно равновесие или защото им е интересно. Работата върху физическото тяло е началото, което трябва да усвоят йогистите. Редовното практикуване на различни асани укрепва тялото, прави го устойчиво, здраво и жилаво. Особено важно за един йогист е да е добре изправен, за да получава положителна енергия.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Йога има пет опорни точки:

- **Правилни упражнения (асани)** - тялото ни е предназначено да се движи и да се упражнява. Ако начинът ни на живот не осигурява достатъчно движение на мускулите и ставите с времето се появяват болести и дискомфорт. Подходящите упражнения трябва да са приятни, за този, който ги изпълнява и в същото време полезни за тялото, ума и духа;
- **Правилно дишане (пранаяма)** - йога ни учи как да използваме максимално дробовите си и да контролираме дишането. Правилното дишане трябва да е дълбоко, бавно и ритмично. Това подобрява жизнеността и прочиства ума.
- **Правилна релаксация** - чрез пълно отпускане на мускулите се подмладява нервната система и се постига вътрешен мир;
- **Правилна диета** - храната, която ядем повлиява ума ни. Йога препоръчва вегетарианска храна;
- **Позитивно мислене и медитация** - това е най-важната част. Ние сме това, което мислим. Трябва да се стараем да мислим позитивно и творчески, което ще ни помогне да постигнем отлично здраве и спокоен ум. Позитивен поглед към живота може да бъде развит чрез изучаване и практикуване на техниките от философията Веданта.

Дишане

При динамичните упражнения недостигът на кислород е естествен резултат от интензивна физическа дейност, а при йога това се постига чрез изкуствено задържане и контролиране на дишането! Това има положително влияние върху кръвоносната система и снабдяването на сърцето и мозъка с кислород, тъй като се разширява системата на капилярните съдове. Съзнателното спиране на дишането позволява волево управляване на някои жизнено важни функции. Това повишава способността на човека да владее собствения си организъм.

Упражнения на тялото (асани)

В системата на йогизма работата на мускулите има предимно характер на изометрична дейност. Разтягане и задържане - за да се натоварят дадени мускулни групи. Тя почти няма динамични циклични упражнения. Това се обяснява с климата. Как си представяте в Индия да се изпълняват тежки упражнения като бягане? Всичко свързано със прекомерно натоварване в тази жега би било опасно. При упражненията от хата-йога температурата на тялото се повишава съвсем незнателно, тъй като те не се повтарят циклично и не са продължителни.

Йогийските пози или така наречените **асани** са упражнения, имащи за цел да подобрят физическото състояние на човека, като развият гъвкавост, сила и равновесие. Обтягането на сухожилията напъга до максимум мускулните снопчета. Това води до пораждането на усещания за импулси в рецепторите, подобни до известна степен на импулсите, съпровождащи цикличните упражнения.

Асаните отпускат мускулите и ставите, а задържането на позите масажира вътрешните органи, подобрява дишането и кръвообращението. Докато се правят асаните е необходимо да се обръща внимание на вътрешните усещания. При издишване тялото се отпуска, а при вдишване е необходимо задържане в достигнатата позиция.

В началото занимаващите се трябва да открият съответното положение на тялото, в което се чувства удобно и постепенно да се напредва.

Някои от **основните асани са: триъгълник, свещ, риба, рало, главоколянна поза, кобра, обтегач и лотос.**

Триъгълник. Изходно положение – стоеж. Вдишвайки, се повдигат ръцете встрани до хоризонтално положение и се заема широк разкрячен стоеж като дясното стъпало се насочва навън. При издишване се изпълнява наклон надясно като дясната ръка се плъзга надолу по едноименния крак към ходилото. Едновременно с това се повдигнете лявата ръка нагоре, така че дланта да сочи напред. Погледът е насочен към нея. Тази позиция се задържа, обтягайки тялото нагоре при всяко издишване. След това вдишвайки се заема изходно положение. Упражнението се повтаря в другата посока. Не трябва да се измества таза назад, докато се изпълнява упражнението, фигура 1.



Фиг. 1 Триъгълник

Кобра. Изходно положение – лег. Ръцете се поставят с длани на пода на ниво на гърдите. Вдишвайки главата се повдига нагоре. Следва издишване. Отново

вдишване, като трупа се повдига назад. Издишване. Следва отново вдишване с допълнително повдигане на трупа нагоре и назад, като се спира точно преди пъпът да се повдигне над пода. Използват се мускулите на гърба, за повдигане на гръдния кош, а след това се включват и ръцете. Тази поза се задържа от три до пет вдишвания и след това бавно тялото се отпуска надолу с издишване, фигура 2.



Фиг. 2 Кобра

Рало. Рало е една от главните пози от групите навеждащи напред асани. Тя действа върху целия гръбначен стълб и увеличава гъвкавостта му. Коремната преса се засилва. Позата има освежаващо действие поради обърнатото положение и подобреното оросяване на мозъка. Благоприятен е и ефектът върху кожата на лицето. Асаната се бори ефикасно с констипацията и хемороидите, с излишните килограми.

Начинаещите допускат следните грешки: сгъват коленете при заемането на самата поза; изпълняват движенията неравномерно и силово; стягат раменете, челюстите, врата; дишат неравномерно, фигура 3.



Фиг. 3 Рало

Главоколянна поза. Главоколянна поза огъвкавява гръбначния стълб, засилват се коремните и гръбните мускули. Упражняването на асаната отстранява тлъстините в областта на корема и бедрата. Оформя гръбначните прешлени и кръстните стави. Засилва перисталтиката на червата, кръвоснабдява бъбреците, черния дроб и стомаха.

Възможните **грешки при изпълнението на асаната са:** повдигане на трупа, преди ръцете да са докоснали бедрата; извършване на бързи и неплавни движения; не отпускане мускулите на гърба; в стремежа да се допре челото в коленете се изгърбват, без да приближат гърдите и корема към краката, фигура 4.



Фиг. 4 Главоколянна поза

Особено ползотворно е въздействието на асаните върху сърдечно-съдовата система. При разтягане на мускули и сухожилия се притискат кръвоносните съдове, което подобрява кръвообращението, поддържа еластичността на кръвоносните съдове и те остават "вечно" млади. Позите с главата надолу подобряват оттичането на кръвта от венозната система и предпазват от разширени вени. Подобреният

тонус на кръвоносните съдове води до нормализиране на кръвното налягане. Спазването на цялостен йогийски режим и особено вегетарианското хранене са идеално средство против атеросклероза и хипертония.

Хранене. Храните според йогите биват три вида:

♦ Сатвични (чисти) храни

Млечно-вегетарианска диета: плодове, зеленчуци, зърнени храни, бобови храни, орехи, захар, мляко и млечни произведения.



Тези храни те консумират, а останалите два вида отхвърлят.

♦ Раджастични (възбудителни) храни

Всички подправки (без черен и червен пипер), горещи яденета, месо, риба, алкохол, кафе.



♦ Тамасични (нечисти) храни

Презряла или загнила храна, включително консервирана. Останала от предните дни храна, дори държана в хладилник. Презрели плодове.



Важно правило е, когато човек яде да мисли за храната, да ѝ се наслаждава и да стане от масата преди да се е почувствал прекалено сит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Постигането на физическо равновесие е само част от това, към което се стреми йогата. Различните йогистки методи се целят и към постигане на благосъстоянието на ума. Човек трябва да се научи да преодолява депресиите, раздразнението, стреса, напрежението, нервността. Това се постига чрез специални техники за релаксация, предмедитация и медиативни упражнения. Редовното им практикуване има учудващо положителни резултати върху тези, които наистина се потапят в света на йогата. **Именно затова йогистите са винаги спокойни, с положителна нагласа и притежават изключително остър ум и способност за бърза концентрация.**

Емоционалното равновесие е следваща много важна крачка за йогите. Те смятат, че човек трябва да се научи да има контрол над емоциите си, да ги трансформира и да промени вътрешната си нагласа, за да не се отприщват негативните им страни. Това разбира си не означава, че трябва да се подтискат

реалните емоции, а благодарение на умственото израстване да се хармонизират душевните състояния.

Йогите смятат, че когато човек успее да овладее и хармонизира тялото, ума и душата си, той достига до висше себепознание, което го прави по-мъдър и му помага да преоткрие в себе си неподозирани заложи.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Божилова, Б. Йога асани за здраве и тонус, www.rozali.com, 2007;
- [2] Великова, Д. Йога не е просто мода, www.rozali.com, 2006;
- [3] Коглер, А. Йога, Медицина и физкултура, София 1978;
- [4] Миланов, А., Борисова И. Хата йога за всички, Медицина и физкултура, София, 1973;
- [5] Уикипедия, bg.wikipedia.org/wiki/Йога

За контакти:

Велизара Джембазова, РУ “Ангел Кънчев”, спец. ИИТ, студент трети курс, ОКС „Бакалавър”, Моб. тел: 0882 612 062; E-mail: velizara_d@yahoo.com

Туристическата дейност за екологичното възпитание на подрастващите

автор: Иван Иванов
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Abstract: *The intransient link "man-nature" gave rise to a new pedagogical problem at the end of XXC he twentieth century – Environmental Education. It is an – innovational problem because of reconsidering the approaches of the interaction of man with Nature and the technology of carrying it out.*

Key words: *tourism, sport, harmony between man and nature, ecological preparation, healthful lifestyle.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Физическото възпитание и спорта е учебен предмет в началното училище, чиято цел е постигане на добро физическо състояние на организма учениците. Критерий за такова състояние са здравето, физическата дееспособност, интелектуалното развитие и в работоспособността им, [5].

Двигателните способности на човека са функция на интензивността на обмяната на веществата. Колкото по-голям е обемът на движенията, толкова по-интензивно протичат енергообезпечаващите процеси. Недостатъчната двигателна активност се усеща най-силно от подрастващите в ученическа възраст, когато морфофункционалните процеси на растене и развитие са интензивни, а двигателната дейност е твърде незначителна. Всичко това налага да се вземат мерки, чрез които успешно да се противодейства на прогресивно нарастващото обездвижване на хората в съвременното общество.

Физическите упражнения, спортните занимания, туристическата дейност са онези фактори, които могат да изиграят решителна роля за оптимизиране на двигателната дейност на учениците и на възрастните. При занимания със спорт и туризъм се развиват бързина на реакцията, координация на движенията, бързо и точно ориентиране, морални и волеви качества, чувство за дълг и отговорност и др., които се реализират в цялостното поведение и в отношенията между хората, а и в отношението на човека към заобикалящия го свят, [5].

Според Български тълковен речник "туризъм" означава пътуване, разходки из поля, гори, планини за опознаване на природата, умствена отмора и развлечение, [1]. Туризмът представлява особен вид движение и специфична дейност, която човекът извършва в природна среда с цел да задоволи определени двигателни, здравни, познавателни, културни, възпитателни, емоционално-волеви, естетически и други свои потребности. Туризмът се обособява като система от дейности с богати възможности за комплексно въздействие върху личността, [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Чрез подготовката и участието в туристическа дейност, човек обогатява своите познания. Туризмът възпитава трудови и хигиенни навици, формира патриотични чувства – любов към родната природа, към родината.

Туристическата дейност е съпътствана от приятни и полезни емоционални преживявания, които оставят трайна следа и по естествен начин влияят положително върху отделната личност и хората въобще.

Видове туризъм

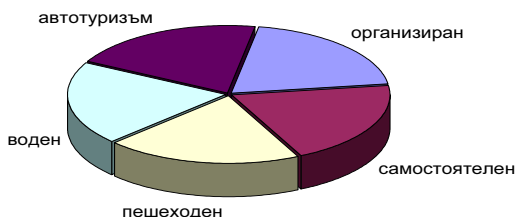


Схема 1. Видове туризъм

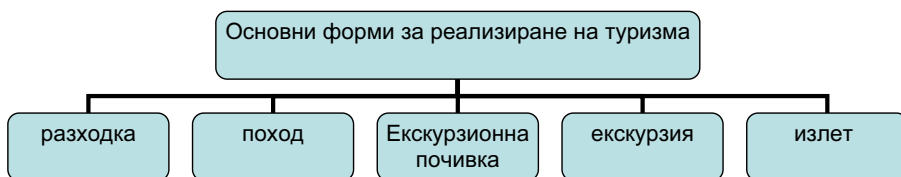


Схема 2: Форми за реализиране

Но за да бъде приятна и пълноценна разходката сред природата, точно тази природа трябва да бъде пазена и защитавана. За целта още от малки у децата трябва да се изгражда и възпитава **екологична култура**. А най-силно впечатление на детето ще направи именно срещата с природата. То може да види до какво е довела намесата на човешката ръка, какво безвъзвратно е похабила, какво е облагородила и до какво въздействие води това. Ето защо при провеждане на туристическа дейност с подрастващите основно трябва да се обръща внимание на екологичните проблеми и природозащитата.

Физическото възпитание, спортът, социалният туризъм са част от социалните дейности в сферата на обществените отношения. Те спомагат за физическото възстановяване и подобряване здравето на нацията, компенсират увеличаващия се дисбаланс между физическия и умствения труд, играят важна роля за социалната интеграция на отделните граждани в обществото и за психофизическото изграждане на младите хора.

Природата на България предоставя изключителни възможности за обогатяване на българския туристически продукт. Създадената мрежа от три национални и девет природни парка, 89 резервата и 2234 природни забележителности създават условия за различни видове специализиран туризъм, наблюдение на птици и растения, алпинизъм и др. Планините имат добра проходимост; маркираните пътеки в планините са с обща дължина 37 000 км. Националната програма "Български екопътеки" на Българската асоциация за селски и екологичен туризъм създава концепция за оборудване на непристъпни и живописни територии в планински и полупланински райони с мостове, парапети, стълби. Интересен туристически продукт представляват множеството маркирани пътеки в планински, полупланински и равнинно-хълмисти места. Сравнителна новост за България са изградените с естествени материали екологични пътеки сред атрактивна природна среда с висока степен на природно разнообразие.

Ценен ресурс за развитието на екологичния туризъм и възможност за разнообразяване на туристическия продукт са Природозащитните центрове, специализирани в изследване и опазване на редки видове, информирание за природното разнообразие и туристически маршрути, [2].

През последните десетилетия процесите на взаимодействие между човека и природата стават все по-сложни и многостранни. Динамизирането и технизирането на живота, широкото навлизане на индустриализацията и химизацията доведоха до силно замърсяване и унищожаване на природната среда, с което се нарушиха редица естествени процеси и човечеството е изправено пред екологична катастрофа. Възниква необходимостта от рязко повишаване на екологичната култура на човека. **Нейните основи се поставят в училище** чрез учебното съдържание и чрез различни форми на обучение, една от които е туристическата дейност включена в учебните програми на началното училище за изучаване като Училището, семейството и обществото трябва да работят съвместно, за да се осъществят образователните и възпитателни **задачи**, свързани с туристическата дейност на подрастващите и **насочени към:**

- **формиране знания, навици, умения** и поведение за опазване на природните богатства;
- **укрепване на връзката** между природата и човека;
- **емиционално въздействие** на природата върху човека;
- **подобряване на здравето и закаляване** на организма на обучаваните;
- **обогатяване на знанията**, двигателните умения и навици;
- **повишаване равнището на физическата дееспособност** на учениците;
- **усъвършенстване на моториката** и други.

За да се издигне екологичната култура на децата, трябва да се повиши теоретичното равнище на обучение и прилагане на наученото в условията на естествена среда. Необходимо е учениците да осмислят същността на глобалните природни процеси, което води до формиране на мирогледни идеи, които са в основата на природозащитните възгледи. Те трябва да приемат природата като сложно организирано единно цяло. Нарушаването и замърсяването на един компонент води до нарушаване и замърсяване и на останалите. Нарушаването на природните процеси води до нарушаване на равновесния природен механизъм. Част от природните богатства са невъзобновими и с тяхното изчерпване намалява разнообразието им. Екологичната култура изисква всяка личност да изгради собствена, научна, конструктивна позиция по отношение на околната среда и взаимодействието с нея, както и лична отговорност за нейното състояние.

Природозащитното образование е една от възпитателните цели, която е поставена пред българското училище. За да бъдат изградени у учениците природозащитни и природопреобразователни възгледи и убеждения, природата трябва да бъде почувствана от децата, те да изпитват потребност от общуване с нея, да търсят красивото, да се борят срещу отрицателното влияние на човека в природата. Походите, екскурзиите, екскурзионното летуване са форми, в които се изгражда естетическо отношение към природата, тъй като учениците се намират в непрекъснат контакт с нея, с различни обекти, с исторически и културни паметници.

Постановката, че **природата е с голям емоционален заряд**, е залегнала в основата на туристическата дейност с учениците от първи до четвърти клас. Целта е, като се използват знанията им за природната среда и се разкрият красотите на природата, отрицателното и положителното въздействие на човека върху нея, да се **направи опит за използване на дадена туристическа форма за изграждане на естетическо отношение към природата и потребност от нейното опазване.**

За да се реализира целта, може да се поставят следните **задачи:**

- **Да се определи маршрута;**

- **Да се проучи литературата**, свързана с въпросите за опазването на природната среда, естетическото възпитание в училище и включените в маршрута обекти;
- **Да се извърши предварителна теоретична подготовка** на групата.

Очакването е обектите като поляни, гори, върхове, била и др. да въздействат върху детската психика, да предизвикат потребност от опазване и възстановяване на природната среда. Публикациите върху възпитателната работа по време на туризъм са твърде малко. Но тази форма на двигателна дейност на подрастващите е много благодатна не само развитието но двигателните им способности но и за естетическото им възпитание и формирането у тях на природозащитни възгледи, убеждения и поведение, [3].

Туристическата дейност е насочена към опазване, поддържане и възстановяване на природното равновесие, което може да бъде постигнато със **занимателни и игрови дейности**:

- залесяване;
- събиране на билки;
- поставяне на къщички за птици, предварително изработени в часовете по труд и техника;
- маркиране на обекти;
- популяризиране и документиране на природозащитната дейност.

Като пример може да се посочи **проучването ни за туристическата дейност на ученици** от първи до четвърти клас, от СОУ “Г. С. Раковски” – Котел. Община Котел с цялата територия на котленската планина попада в зоната на програма “Натура 2000”. Общината се отличава с богато биоразнообразие, разнообразни гори, прекрасен растителен и животински свят, екологично чист район. Има широко разнообразие от природни забележителности, културни и исторически паметници, автентични традиции и обичаи, които са важна предпоставка за развитие на различни форми на туризъм, предимно пешеходен, практикуван от учениците като задължителен в ядро Туризм.. Релефът на района предлага неограничени възможности за целите на отдиха и туризма. Теренът е предимно хълмист със средна надморска височина от 300 до 1000 метра. Върховете, пропастите, проломите са не само неповторими по своята природна красота, но те са и лесно достъпни за разглеждане и покоряване. За това много спомагат и изградените екопътеки. Водени от идеята, че човек си почива най-пълноценно сред красотите на Балкана и природните дадености трябва да се ценят и опазват, **учениците от СОУ “Г. С. Раковски” – Котел разработиха проект “По стъпките на Раковски”, защитиха го**, получиха финансиране и самостоятелно изградиха едноименна екопътека. Подрастващите младежи от различни етнически групи и с различен социален статус дори и деца с т. нар. “рисково” поведение са включени в проекта. Използвани са информационни източници и литература за живота на Раковски и неговата чета. Посетени са и са маркирани местата, където е пребивавала четата. Самостоятелно са изработени информационни табели от дърво и метал и са поставени на по-важните места от пътя на Раковски и четата му. Местностите, където е отсядал Раковски, са скрити, потайни и красиви, но винаги близо до вода и пещера. Доскоро те не са били изучени и познати, но чрез изпълнението на проекта учениците откриват тези места и ги превръщат в интересна и атрактивна планинска дестинация. По този начин те доказват на практика, че имат теоретични знания за опазването на природата и тези знания са се превърнали в убеждения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Човек – общество – природа. Твърде малко е направено за обучението и възпитанието на подрастващото поколение в тази насока. Не е използвана достатъчно градивната мощ на емоционалния заряд, заложен от традицията в

съзнанието на народа ни и изградил неговата дълбока вяроност и почит към природата. Природната красота влияе силно върху нравствено-естетическата същност на хората. **Природата учи човека на мъдрост, творчество, красотата.**



С възпитанието у подрастващите на любов към природата и нейните богатства започва възпитанието на любов към Родината. Формирането на правилно отношение към природата и нейните богатства трябва да се разглежда като неразделна част от възпитанието на учениците. Възпитание не само на любители на природата, а на хора знаещи и умело прилагащи законите на нейното развитие, способни разумно да използват природните богатства, да ги запазват и увеличават. **Правото и щастието да се живее сред хубава и чиста природа задължава всеки член на обществото да носи лична отговорност и да дава своя принос за нейното опазване и обогатяване.** Туристическата дейност е неделима част от общия процес на образованието. Тя трябва да бъде насочена към конкретни проблеми и да има предметен характер и преди всичко да води до решаването на проблема за оцеляването на човека. Екологичното образование е процес, който се осъществява през целия живот и не трябва да се ограничава само в училище.

Прелест крие всяко кътче на родната земя, съхранило величието и красотата на родната природа, труда и любовта на българина. Обичта към родината не се ражда с човека, тя се възпитава у него, задълбочава се през всичките дни на живота му. Трябва да запалим този пламък в чистите детски души и да го превърнем в благороден порив за цял живот. В организирането, подготовката и провеждането на различни туристически дейности с подрастващите, трябва да вложим много обич и жар, за да оставят те незаличими следи у децата.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Български тълковен речник, "Наука и изкуство" С., 1976.
- [2]. Воденска, М. Основи на туризма, МАТКОМ.
- [3]. Сборник Младежта и опазването на околната среда, НМ, С., 1988.
- [4]. Сборник от нормативни документи в областта на спорта, Министерство на младежта и спорта, София, 2002.
- [5]. Момчилова, А. Теория и методика на физическото възпитание, ПБ, РУ „А. Кънчев“, 1999.
- [6]. Рачев, К. Теория и методика на физическото възпитание, част първа. НСА ПРЕС, С., 1998.

За контакти:

Иван Иванов, РУ "Ангел Кънчев", ОКС "Бакалавър", специалност "Начална училищна педагогика и чужд език", e-mail: virus_1@abv.bg

Туризмът и екологичното възпитание на подрастващите

Невена Георгиева

Tourism and environmental education of adolescents: The report has clarified the nature of the concepts of tourism and environmental education. Are briefly explained the types of tourist activities and demands on the organization of tours. Characterized are the different forms and methods of environmental education in young students. Emphasizes the importance to the tourist activities in the primary school age to the early formation of positive attitude towards nature.

Key words: tourism, environmental education, forms and methods of environmental education, nature

ВЪВЕДЕНИЕ

Неумението на хората да опазват околната среда, както и неблагоприятните последици за нея от дейността им, е проблем в съвременните условия на живот. Всеки човек иска да се радва на чиста и красива природа, но малко от нас се стараят да я поддържат такава. Твърде често явление е изхвърлянето на отпадъци извън кошчетата за смет, отсичането на дървета, умишлените палежи в горите, замърсяването на водните басейни. В голяма част от хората липсва екологична култура и уважение към природата като част от нашия живот. Ето защо това уважение трябва да се възпитава още в ранна детска възраст чрез родителите, обществото, да се подпомага от учителя в началното училище.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Много български и чужди автори са писали за начините на екологично възпитание в предучилищна и начална училищна възраст. Според тях най-подходящият начин е чрез туристическата дейност. Някои я определят като организационна форма за обучение, при която учениците попадат в естествената природна или социална обстановка и опознават действителността в нейния реален вид, [1,2,3]. П. Петров пък я дефинира като излет в природата, извършвана с учебна цел, независимо от разстоянието и продължителността му, [2]. В крайна сметка понятието туристическа дейност означава: организационна форма, при която учениците са навън от училище; изпълняват се определени учебни цели, познавателни и двигателни задачи, с включени разнообразни подвижни игри елементи за натоварване, развлечение, отмора и релаксация.

Важно е да се отбележи, че туристическата дейност като част от процеса на обучение притежава някои характерни **особености**:

1) Тя е организационна форма на учебно-възпитателния процес, а не метод на обучение.

2) При нея се използва комплекс от методи: наблюдение, беседа, дидактични и подвижни игри.

3) Многообразието от методи спомага за активизирането на сетивната, словесната, мисловната, двигателната и продуктивната дейност.

4) Тя е типична със своята реалност и конкретност и предполага непосредственост в контакта на учениците с природната действителност.

За да бъде туристическата дейност (пешеходният туризъм), максимално ефективна за учениците, учителят трябва да се съобрази не само с нейните особености, но и с нейната структура, [3]. Подобно на урока, тя има три части: подготвителна, основна и заключителна. Подготвителната част включва дидактическата, фактологическата, методическата и техническата подготовка на учителя, както и психическата подготовка на учениците. В същинската част се осъществява двигателното натоварване, актуализирането на знанията, мотивирането на темата, предизвикване на интереса към обекта. В тази част влиза и

самото възприемане, анализ и осмисляне на обекта. Заключителната част обобщава получената информация, насочва учениците към изводите, учителят прави преценка. Това задължително става на планираното място за посещение, на самия обект. Така оформената структура предполага следните изисквания относно провеждането на туристическата дейност, [4]:

1) Изработване на годишен план за туристическите походи и екскурзии – кога и кои обекти ще бъдат посетени през годината;

2) Изработване на програма за конкретния туристически поход или екскурзия;

3) Правилно подбиране на обекта на посещението – да отговаря на темата, да е достъпен за възприемане, да няма условия за поява на опасности за живота и здравето на учениците по време на пешеходния туризъм и други;

4) Да се посети предварително обекта от учителя;

5) Да се проведе организация на придвижването: осигуряване на хранене, придвижване, поведение на учениците, отговорници, възрастни придружители (родители), медицинско лице, правилно пресичане;

6) Правилна организация на самото наблюдение на обекта;

7) Да се овладява емоционалността на децата;

8) Реализирането на образователните задачи да не е за сметка на околната среда;

9) Да се формира положително отношение към природата и стремеж към нейното опазване.

Изпълнението на последните две изисквания е резултат от доброто **екологично възпитание** на учениците. Трябва да се отбележи, че човекът е решаващ фактор във взаимодействието между него и природата и има активно отношение към нейните влияния. В този смисъл екологичното възпитание в предучилищна и начална училищна възраст е своеобразен, организиран процес на педагогическо взаимодействие, насочен към конкретни цели – поставяне основите на позитивното отношение на личността към природата чрез усвояване на знания за нея, формиране на интелектуални, нравствени и естетически качества, както и овладяване на подходящи начини за взаимодействие на детето с природата, [5].

Много педагози подкрепят твърдението, че ранната детска възраст е решаваща за отношението на човека към околната среда. Мария Монтесори, например отчита, че човек се нуждае от природата, за да вземе от нея сили за развитие на тялото и ума си. Според нея децата ежедневно трябва да полагат труд в полза на природата и сами да се учат да обработват земята, [6]. Според Марта Арнт природата формира детето физически и интелектуално, развива неговите способности, качества, потребности, мотиви и интереси. Правилните схващания и убеждения за природата водят до правилно отношение към нея, [7]. Авторите единодушно споделят и че повишеният интерес към природата в детска възраст е съществено условие за овладяването на верни знания за нея и възможност за реален възпитателен резултат по отношение на екологичното възпитание. Този резултат се осъществява чрез различните форми и методи на екологично възпитание.

Форми на екологично възпитание:

1) Дейност по избор – игри и труд с природни материали, дидактични игри, самостоятелна дейност в природния кът, участие в разрешаването на случайно възникнали ситуации.

2) Ежедневни разходки, туристически поход, разходка, едnodневни, двудневни и тридневни екскурзии и други.

3) Занимания с познавателни задачи от природната среда, трудови задачи.

Важно е да се обърне внимание на **методите и похватите за екологично възпитание**. Както при реализирането на отделните видове туристическа дейност се използва не само един, а цял комплекс от методи:

1) **Пример** - целесъобразното му прилагане зависи най-вече от организацията на общуването на децата с възрастните, с другите деца и с природните обекти, защото овладяването на положителни начини на взаимодействие на децата с природата става в съвместното им общуване с възрастните. Възрастният носи отговорността за примера, който дава на децата. От голямо значение е как ще се анализират положителните примери и каква оценка ще се даде на отрицателните;

2) **Наблюдение** - адаптивно е към възрастовите особености на децата, позволява комбиниране с други методи и голяма вариативност в педагогическия процес, формира наблюдателността; осъществява се в пряк допир с природни обекти, предизвиква висока емоционалност в процеса на възприемане;

3) **Сравнение** - Сравняване по разлика на контрастни, ярки и лесно забележими външни признаци, сравняване на по-малко контрастни външни признаци и по прилика;

4) **Търсене** – разкрива многообразието на природата и децата упражняват уменията си да сравняват;

5) **Събиране** – Важно е пред децата да се отбележи, че те трябва да имат положителни мотиви за събирателска дейност и че безцелното събиране води до унищожаване на растителни и животински видове;

6) **Беседа** – да е емоционална и лаконична, въпросите да са конкретни и с еднозначни отговори, децата да са стимулирани да задават въпроси;

7) **Разказ** – най-често разказ на учителя или произведение за природата от детската литература;

8) **Анализ на ситуации** - измислени от педагога, но с реален смисъл, реални ситуации, възникнали в присъствието на децата, въображаеми, измислени от възрастните или от децата;

9) **Експериментиране** – при този метод детето има възможност да изказва предположения за крайните резултати от приложения опит. То решава познавателни задачи и може да разпознава познатите му явления в реалната природна среда. Децата могат да видят какво става с природните обекти и явления като следствие от намесата на човека в положителна или отрицателна насока;

10) **Моделиране** – развива общите умствени способности, както и уменията децата да анализират, синтезират, абстрахират, обобщават и установяват връзки между явленията и причините, които ги пораждат;

11) **Игрови методи** – позволяват както овладяване на знания за природата, така и упражняване в модели на позитивно екологично поведение.

От всичко казано дотук се вижда колко голямо е разнообразието на методи и похвати за екологично възпитание. Ясно е, че ако се прилагат в детската градина и началното училище, ще бъде постигнат максимален резултат при формирането на положително отношение към природата.

След анализиране на достъпната ни литература по проблема, проверихме чрез анкетно проучване какво е отношението на децата към природата в началното училище. Разработихме предварително кратка анкетна карта с пет въпроса предназначени за ученици на 9 години. Резултатите и изводите от проучването са описани по-долу.

Резултати от анкета на тема „Туристическата дейност и екологичното възпитание на подрастващите”

Дата на провеждане на изследването: 31. 03. 2009 г.

Анкетиращ: Невена Цветанова Георгиева

Брой на анкетираните лица: 21 (10 момчета и 11 момичета) Възраст: 9 години

Училище: СОУ „Възраждане”, град Русе

Клас: II^в

Начин на изследването: писмено, на бланка с въпроси

Цели на изследването:

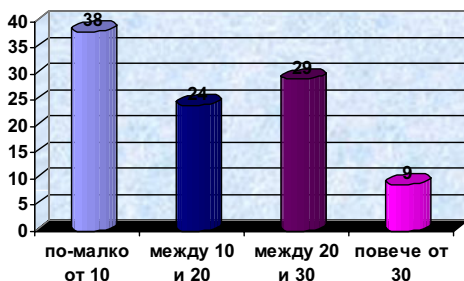
1. **Да се установи** доколко съвременните деца участват в туристически дейности, характерни за началното училище (излет и екскурзия) и какви са техните предпочитания.

2. **Да се проучи** до каква степен малките ученици могат да преценяват кои са ползите от общуването с природата и какви рискове крие тя понякога.

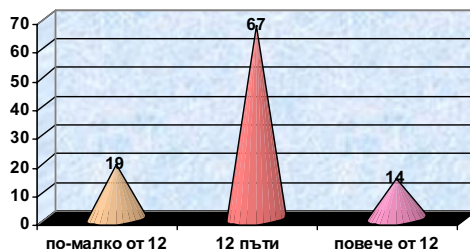
3. **Да се разкрие** какво е отношението на децата към природата и дали осъзнават колко е важно всички да я пазим.

На представените диаграми са изобразени графично отговорите на учениците. Показана е по една диаграма за всеки въпрос поотделно. Посочените отговори са в проценти.

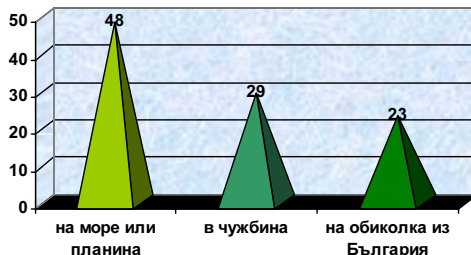
1. Колко пъти досега си ходил/а на излет или екскурзия с родителите си ?



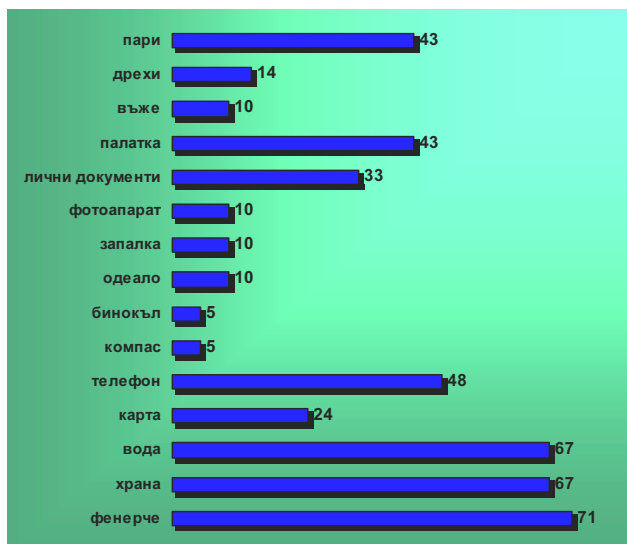
2. Колко пъти досега си ходил/а на излет или екскурзия с твой клас ?



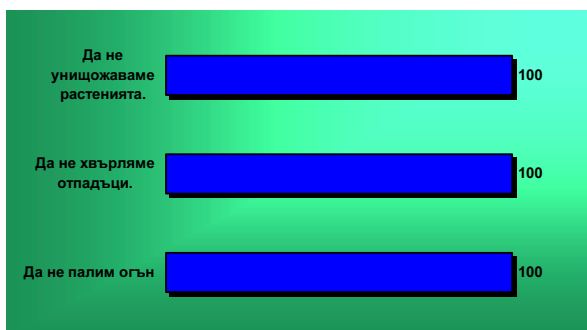
3. Къде би искал/а да отидеш на екскурзия ?



4. Изброй поне 5 неща, които би сложил/а в раницата си за излет ?



5. Изброй поне 3 правила как да опазваме природата, когато сме на излет:



Получените резултати са напълно достоверни и отразяват точно знанията и мисленето на учениците.

Съдейки по данните, отразени на диаграмите, можем да прогнозираме, че твърдението на някои специалисти, че съвременните деца са обездвижени е на път да се промени в положителна насока. Определено туристическата дейност им дава радост, положителни емоции и те с готовност имат желание да се включват в нея. Училищната среда определено повлиява за формирането на тази нагласа у учениците. Сега в училище им се предоставят големи възможности за развиване на екологичното и естетическото им възпитание чрез различните екскурзии и клубове, чрез задължителното включване в учебната програма на Туристическата дейност като допълнително ядро.

Впечатляваща е бързината, досетливостта и изчерпателността при изброяването на необходимите вещи за излет. Дори и второкласниците осъзнават, че е важно не само да носиш със себе си храна и вода, а и други доста полезни неща като телефон, карта, пари, лични документи. Оказва се, че учениците имат добра интуиция за справяне с критични ситуации, където и да се намират.

Доста голям процент от тях предпочитат пешеходния туризъм в нашите планини, пред тези в други страни. Това означава, че те обичат родината си и оценяват нейната неповторима красота. Отговорите на последния въпрос достатъчно ясно показват това. Всички второкласници знаят как трябва да се отнасят с природата, за да ни радва винаги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Съвременните деца винаги са готови да изразяват себе си, да мислят и да действат, когато им се предостави възможност. А най-много от всичко те обичат да играят и да общуват с природата. Важно е родителите и учителите да ги поощряват в тази насока. Туристическата дейност и игрите на пръв поглед са развлекателно занимание, но значението им е далеч по-голямо. Освен, че са полезни за здравето, физическото развитие и дееспособността на подрастващите, те им дават и ценни знания за околния свят, които няма как да се научат само от учебниците.

За екологичното възпитание на малките ученици важна роля играе не само училището и семейството, но и обществото като цяло. Възрастните хора трябва да опазват природата не само за да да бъдат в хармония със себе си и околната среда, но и да дават добър пример на подрастващото поколение.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Андреев, М. Дидактика. С., 1981.
- [2] Петров, П. Дидактика. С., 1994, с.278
- [3] Горощенко, Б. Методика преподавания природоведения. М., 1984.
- [4] Юлзари, С. Учебно-възпитателният процес по роден край, родинознание и природознание, Русе, 2005.
- [5] Галчева, К. За екологичното възпитание на детето. П., 1993.
- [6] Монтесори, М. Дом на детето, В., 1935.
- [7] Арнт, М. Запознаване с природата. С., 1988.

За контакти:

Невена Георгиева, Русенски университет „Ангел Кънчев”, специалност Начална училищна педагогика и чужд език, тел: 082/ 512 959, GSM: 0887 17 55 59; Е – mail: nevi_g87@abv.bg

Аеробика и физическо възпитание

автор: Деница Йорданова

научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Abstract: *Aerobics is a form of physical exercise that combines rhythmic aerobic exercise with and strength training routines with the goal of improving all elements of fitness (flexibility, muscular strength, and cardio-vascular fitness). Aerobics is usually performed to music and may be practiced in a group setting led by an instructor. It also can be done solo and without musical accompaniment. Aerobics is traditionally associated with the name of Dr. Kenneth Cooper, an American doctor in the Air Force hospital in San Antonio, Texas, who developed a form of exercise which helps to prevent heart attack. In Bulgaria a great service in promoting aerobics has Georgetta Dimitrova. The priorities of the aerobic exercises are numerous - it is suitable for the general public because they do not require special facilities or pre-sport-technical training. In their complexes include both aerobics jazz ballet elements, from the main gym exercises, exercises yoga system, as well as gymnastics, known as the west stretching. Aerobics practiced to replace/extend fitness training to burn calories, to form and girded up the body and to improve physical health.*

Key words: *aerobics, methods of teaching, strength training routines, aerobic session, cardio-vascular- fitness, flexibility, muscular strength, music, principle of readability, feedback, principle of availability, multiplicity, teaching techniques - add, connect, analyze, overlay, phrasing, verbal preview.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Аеробиката традиционно се свързва с името на американеца д-р Кенет Купър, лекар в болницата на военновъздушните сили в Сан Антонио, Тексас. Той разработва форма на упражняване, която помага за предотвратяване на инфаркта. Тези тренировки Кенет Купър нарича аеробика и те са били първоначално предназначени за астронавти, чийто пулс и консумация на кислород са следени редовно. По-късно се установява благотворното влияние на тези упражнения върху физическото състояние на обикновения човек. Така се популяризира аеробиката. През 1968 г. Купър публикува своята книга „Аеробика“. В нея обстойно са интерпретирани научно-обосновани програми, базиращи се на ходене, бягане, плуване и каране на колело, [4]. Купър разработва фитнес тест, базиран на способността на човек да пробяга мила и половина за 12 мин. Това е метод, който е използван във военното обучение. Книгата на Купър спомага за популяризирането на бягането за здраве, [3].

Година по-късно друга американка – Джакки Соренсон, танцьорка и фитнес инструктор по професия – въвежда аеробния танц като метод за подобряване физическата форма на човека. [4]. Тя разработва „аеробен танц“, съчетавайки танцовални комбинации на фона на музика с цел подобряване на сърдечно-съдовата и дихателната системи (cardiovascular fitness) като цяло. Нейната система е насочена предимно към неспортуващата жена, [3]. През следващите две десетилетия аеробният танц се популяризира не само в Америка, но и в други части на света. Показателен е факта, че феновете на аеробиката в САЩ от 6 милиона през 1978г. се увеличават на 22 милиона през 1987година.

През 1983 г. Хауърд и Карън Шварц организират първото състезание по спортна аеробика, с което се поставя началото на един нов спорт, който днес е разпознат от МОК като пълноправен член на олимпийското семейство, [4]. В България голяма заслуга за популяризирането на аеробиката има Димитрова Ж. В своята книга „аеробика за всички“, издадена през 1985г. тя обстойно представя на българските читатели този нов вид спорт, неговите особености и позитивното му влияние върху човешкия организъм: „Аеробната гимнастика е силно оздравително средство. Чрез нея се подобрява дейността на дихателната и сърдечно-съдовата система, активизира се обмяната на веществата. Правилно изпълнени упражненията спомагат за хармонично развитие на мускулатурата на тялото.“ Важна

особеност на аеробиката е, че тя е удоволствие за тези, които я изпълняват. В нея се включват ритмична и тонизираща гимнастика, танцувално бягане, подскоци, джаз балет, елементи от различни танци. Всичко това се извършва под съпровода на приятна музика, [6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Научните изследвания доказват, че аеробиката е най-здравословния начин на спортуване. Буквалният превод на аеробиката означава „при наличието на кислород“, т.е. аеробиката ни помага да използваме кислорода по-ефикасно чрез подобряване функциите на сърцето и белите дробове. Това помага при стрес и за регулиране на телото. Ефектът от аеробиката е много голям върху кръвообращението, мускулния тонус и гъвкавостта [4]. Аеробиката помага за мускулната сила и за изчистване на тялото от мазнини, понижава нивата на холестерола в кръвта и подобрява съня. Създателят на аеробиката Кенет Купър разработва редица тестове, чрез които се определя функционалното състояние на организма. Според него оздравителен ефект имат върху занимаващите се само тези упражнения, при които се поемат големи количества кислород. Дълбоко въздействащи са думите му в неговата книга, посветена на жизненоважната роля на аеробиката върху човешкия организъм: „Като лекар аз съм обезпокоен от безконтролната механизация на живота. Високо нервено напрежение при малка физическа активност – това е смъртоносен коктейл. Ще може ли човечеството да процъфтява в създадения от него свят на машините? Човек е длъжен да очисти въздуха и водата, да защити земята. Но преди всичко той е длъжен да спаси своя собствен организъм от разрушителното влияние на съвременния начин на живот“ [7].

Популярната американска актриса Джейн Фонда прилага успешно методиката на Кенет Купър при заниманията с гимнастически упражнения под ритъма на музика. Тя поставя началото на аеробната гимнастика. Установявайки благотворното ѝ влияние върху организма с голяма реклама тя популяризира този нов вид спорт в своята частна школа. Джейн Фонда умело доказва широката приложимост на аеробиката. Известната американска актриса създава много видеокасети с упражнения по аеробика, основава собствена школа и публикува книги. От хоби аеробиката се превръща във втора кариера за нея, [2].

Приоритетите на аеробната гимнастика са многобройни – тя е подходяща за широките маси поради факта, че не изисква специална материална база, нито предварителна спортно - техническа подготовка. В своите комплекси аеробиката включва както елементи от джаз балета, упражнения от основната гимнастика, упражнения от системата на йогите, както и от гимнастиката, известна на запад като **stretching**. Аеробиката се практикува за да замести /разшири/ фитнес-тренировката, за да се изгорят калории, за да се оформи и стегне тялото, както и за да се укрепи физическото здраве, [1].

Системата от упражнения на Джейн Фонда е разделена на 4 части: разгръчане, аеробна сесия, основна част и разпускане. Натоварването се осигурява чрез поточно изпълнение на упражненията с висока интензивност. Комплексът се състои от 64 упражнения. За начинаещите неговата продължителност е 33, а за напреднали – 53-55. Отделните упражнения се повтарят средно по 16 пъти и продължават около 20-35 секунди. С нарастване на тренираността броят на повторенията на едно упражнение може да нарастне до 64, а за определени мускулни групи (няколко упражнения) – над 150. Общият брой на упражненията, които използва Джейн Фонда, е 185, [4].

Аеробната тренировка включва такива упражнения, при които работят големи мускулни групи и могат да се упражняват непрекъснато чрез ритъм и повторение. Това упражняване се основава на динамични и изотонични движения при устойчиво

състояние. Състоянието на сърцето е доведено до определено равнище, на което работи за определено време. При аеробиката мускулите работят усилено и нуждата от кислород нараства. Дишането се учестява, както и сърдечната дейност, за да може кислородът да се достави до работещите мускули. Когато се работи с 70-85% от максималните възможности на сърцето, ние тренираме аеробика. Аеробиката бива различни видове: кръгова аеробика, интервална аеробика, бокс аеробика (**тае бо**), степ аеробика, водна аеробика, слайд аеробика. Характерна черта за всички видове аеробика е, че тя се състои от три основни части, които са идентични при всички от гореспоменатите видове. Тези части са: загрявка, кардио част и разпукане. Една тренировка включва още: упражнения на земя, както и стречинг (**разтягане**), [1].

Важни приоритети на аеробиката са, че при нея няма съперничество. Тя е средна форма между спорт и рекреация (активен отдих). Освен аеробната гимнастика към нея се отнасят и бягане, плуване, колоездене, ски-бягане, бързо ходене, други форми на спортване, които стимулират сърдечната и дихателната дейност. Всички те имат една обща черта – при изпълнението им се консумира голямо количество кислород. Тъй като основната цел на аеробиката е да се увеличи максималното кислородно потребление, при упражняването на този спорт се засилва ефективността на дишането, както и дейността на сърдечно-съдовата система. Кислородът не може да се складира в организма. Кислородът се набавя от въздуха чрез белите дробове и чрез кръвта достига до всички клетки на тялото. Понататъшното му използване зависи от следните условия: необходим процент кислород във въздуха; белите дробове да могат да приемат въздух, да отделят кислород и да го препращат в кръвта; червените кръвни телца (еритроцитите) да поемат кислород от белите дробове; сърцето да може да изпомпва ефективно кръв (червени кръвни телца) до всички части на тялото; да са налице отворени кръвоносни съдове за транспорт на кръвта до тъканите; кислородът да бъде освободен от кръвта и отнет от клетките; възможност на клетките да използват кислорода за получаване на енергия, [4].

За да се оценят приоритетите от системните занимания по аеробика е важно да се направи сравнителна характеристика между физиологичните процеси, настъпващи в организма на човек, която не се занимава с гимнастика и физиологичните процеси, проявяващи се в организма на човек, който редовно тренира. Тази разлика е осезаема в няколко аспекта. Един от тях е приемането на въздух чрез белите дробове. В спокойно състояние нормалното дишане е между 12 и 16 пъти в минута. Обикновено човек диша с 1/3 част от своите бели дробове. Броят на вдишванията и издишванията зависи главно от нуждата на клетките от кислород. Когато е необходимо по-голямо количество кислород, се повишава белодробната вентилация, за да могат да се задоволят нарасналите нужди. При системни занимания с физически упражнения обаче мускулите укрепват, в резултат на което се повишава вентилацията на белите дробове т.е. с по-малко работа те оползотворяват повече въздух. В спокойно състояние през белите дробове преминават около 6 литра въздух в минута, но при системни физически упражнения и особено при максимални физически натоварвания количеството на въздух, преминаващо през белите дробове за 1 минута може да достигне количество от порядъка на 100-200 литра [6].

Тази разлика във физиологичните процеси на човек, който не се занимава с тренировки и друг, който редовно извършва физически упражнения е осезаема и по отношение на преминаващия кислород от белите дробове в кръвта чрез дифузия. Най-тънките капиляри на белите дробове са в допир с алвеолите. След като се извърши дифузията, по биохимичен път червените кръвни телца пренасят кислорода до тъканите. Възможностите на кръвоносната ни система да пренася кислород по цялата верига зависят от наличността на кислород в кръвта, броя на

червените кръвни телца, както и от количеството на хемоглобина. Чрез редовни физически упражнения се стимулира циркулацията на кръвта в организма, увеличава се броят на еритроцитите и се повишава количеството на кръвта.



Едно занимание по аеробика е със средна продължителност 45-60 минути. То **започва с разгръване**, по време на което участниците постепенно се раздвижват и повишават пулсовата си честота. Разгръването трае 5-10 минути. За ефективно се счита разгръване, което успява да ни изпоти и да ни накара да дишаме тежко. **Разгръването** се състои от комплекс от упражнения, чрез които се постига повишаване на функционалните възможности на упражняващия се с оглед по-бързо и по-добро вработване, както и намаляване риска от травми. Разгръването може да се раздели на обща и специфична част, като често между двете има и стречинг. Разгръването постига следните цели: работоспособността на мускулите се повишава като се увеличава тяхната възбудимост, съкратимост и еластичност; увеличава се пулса, ударния и минутния обем на сърцето; увеличава се кръвоснабдяването на работещите мускули; активизират се процесите на топлообмена; активизират се функциите на жлезите с вътрешна секреция. В аеробните часове рядко има специфично разгръване. В случай, че класът трябва да се концентрира върху определени качества или движения, тялото може да се подготви като изпълни същите движения, но по-бавно или в по-простичък вариант – това ще улесни преподаването и заучаването им по-късно. Доброто разгръване би довело пулсовата честота до долната работна граница.

След разгръването следва вработването като втори елемент от заниманието по аеробика. То може да бъде причислено към разгръването или към **основната част**, тъй като то следва разгръването и предшества високоинтензивната работа. Често вработването е комбинация от цялостното съчетание, но е малко понискоинтензивно и с по-прости движения. Поради факта, че тялото все още не е достигнало работен капацитет напълно, в тази част на аеробното занимание е по-добре да се избягват свръх интензивни движения като махове, подскоци или други „силови“ движения. Целта на вработването е да се даде шанс на организма да „навлезе“ в работен режим постепенно, което ще спести шока за сърдечносъдовата система и ще подготви тялото за работа по-ефективно, [4].

Третата част е същинската, основната – аеробната. В тази част от аеробното занимание се достига оптималната пулсова честота за всеки участник (70-75% от максималната пулсова честота) и тялото достига до аеробно енергоосигуряване. Основната цел на аеробната сесия е да се въздейства върху дейността на сърдечно-съдовата система и да се повишат функционалните възможности на занимаващите се. Тя представлява различни упражнения с бягане, стъпки, ножици, махове, подскоци и жестове под съпровода на бърза музика. Продължителността на основната част зависи главно от подготовката и издръжливостта на участниците, [5].

Следва излизане от аеробната част: целта на тази част е постепенно да се успокои организма, за да може организмът да навакса кислородния дълг и да елиминира млечната киселина. За да се окисли млечната киселина е необходим кислород, така че рязкото спиране и седане на земята няма да помогне. Рязкото

спиране води до задържане на кръвта в работещите мускули, а тъй като при аеробиката това са най-големите мускули в човешкото тяло (крака), това може да доведе до много неприятни последици като причерняване, прилошаване, загуба на съзнание. Ако след няколко серии подскоци или спринтово бягане на място спрем изведнъж, това ще повиши риска от травми. Изводът е, че е необходимо постепенно да се намали интензивността чрез подходящи движения. [4]

Последната част е заключителната. Целта е тялото напълно или почти напълно да се охлади и пулсовата честота да се върне в нормални граници. Може да се изпълни от стоеж с леки движения или на земята от тилен лег. Задължително е да се изпълни стречинг за мускулните групи, които са били натоварени. Музиката също трябва да е подходяща. Тя влияе върху пулса, а целта е максимално разпускане и успокоение след аеробната атака. Упражненията в тази част са леки, разхлабващи, махови. Подходящо е ходенето съчетано с дишане, упражнения от йога и други. Тези упражнения се изпълняват в бавно темпо, което допринася за понижаване на емоционалното напрежение, [5].

Музиката е основен елемент в груповите занимания, защото тя задава ритъма, енергията, настроението. Характеристиките на музиката са тоналност, темпо, ритъм. Те определят характера на движенията. В основата си аеробиката се състои от комбинация на стъпки и движения, изпълнявани в съпровод на музика. Важно е да се отбележи, че музиката за аеробиката има специфична структура. Тя е равноделен ритъм, което означава, че броят на дяловете и броят на тактовете във всеки дял трябва да са равни, с еднаква продължителност - $4/4$. Тъй като аеробиката е аеробно натоварване, при което се изисква голямо количество кислород, е важно процесът на физическото натоварване по време на тренировката да е непрекъснат. Друг фундаментален принцип на тренировката е постепенността, която се изразява в прогресивното натоварване както във времето, така и в рамките на една тренировка. Постепенното увеличаване на интензивността се изразява в преминаването от класове за начинаещи в класове за напреднали, а оттам в мастер класове (за професионалисти).

От жизнена важност за успешната реализация на часовете по аеробика е да бъде спазен **принципът за нагледност**. Необходимо е инструкторът да показва всички упражнения с максимална амплитуда дори и в случай, че участниците нямат възможност да я постигнат. Целта е да се покаже правилното изпълнение на движението, както като техника, така и като максимум допустим обсяг на движение (амплитуда). Задачата е нелека, защото се изисква непрекъснатост в потока на движение, т.е. инструкторът трябва да „подава“ движенията едно по едно по разбираем начин, така че всички да могат да ги повторят.

Друг широко приложим принцип е за обратната връзка или за т.нар. feedback. В най-общи линии този принцип се изразява в постоянното следене на участниците за правилно изпълнение, както и за признаци на умора от тяхна страна. Не трябва да се забравя и за повторемостта. За да се научи едно движение то трябва да бъде повторено доста пъти, за да се изгради мускулна памет и движението да се механизира, доколкото това е възможно. Това в най-общи линии означава, че да се свържат двете движения заедно в комбинация, те трябва да бъдат повторени достатъчно пъти, за да бъдат запомнени. Актуален е и **принципът за достъпността**. Това се отнася и за както за сложността на движенията, така и за функционалното натоварване. Важно е участниците да съумеят да следват стъпките на инструктора, както и неговото темпо.

Разнообразието също може да бъде причислено към принципите. Същността му е тясно свързана с прогресивното натоварване, защото ако се изпълнява едно и също упражнение много бързо ще се стигне до липса на полза от тренировките. Основен показател при оценяването на възможностите на изпълняващите аеробните упражнения е самостоятелно съставяне и демонстриране на комплекс от

аеробни упражнения в рамките на ³ минути с подходящо подбран музикален инструмент, [5].

Що се отнася до методите на преподаване на аеробика е **актуална формулата: казвам - показвам – правя** т.е. едновременно говорене и изпълнение на движенията. Движенията и тактовете трябва да се базират на 32-та такта – това се нарича фрейзинг (phrasing), т.е. разделяне на съчетанието на фрази (музикални), така че да започваме и свършваме комбинацията на правилна бройка (1-начало, 32-край на комбинацията). Без значение дали има само 4 или 32 отделни движения, те не трябва да нарушават тази структура, така че се налага те да бъдат преброени предварително. Не трябва да се забравя, че всяко движение или комбинация от такива се изпълнява за различен брой тактове. Например V-стъпката и кръстосаната – 4, въпреки че всяка се счита за една цяла стъпка. В този смисъл комбинациите от стъпки, половин стъпки и двойни стъпки е почти неизчерпаемо, но изисква добро владение на техниката и изключително чувство за ритъм, както и усет за музика.

Първата техника се нарича обратна пирамида и се състои в намаляване на бройките/ повторенията. Всяко ново движение (стъпка) се повтаря определен брой пъти, след това се намалява на по-малко, след това второто движение се повтаря определен брой пъти и се намалява. Това позволява да се комбинират в по-големи комбинации няколко „намалени“ движения. Няма специално изискване колко пъти трябва да се повторят движенията. Някои може да се повторят 4, други 8, а трети 16 пъти. Зависи колко е трудно движението, колко бързо то се заучава от участниците и на каква възраст са те. Единственото, което трябва да се спазва е музикалната фраза. Например, ако трябва да се разучи комбинацията кръстосана стъпка (4 такта), 2 подскока (4 такта), две коленца (4 такта), 2 маха (4 такта) – общо 16 такта, **за начална училищна възраст могат да се използват няколко начина:**

Водещ десен крак

кръстосана стъпка (4 такта в едната посока) x 8 пъти = 32 такта

подскоци на място (2 такта за един) x 16 пъти = 32 такта

Намаляваме на две

кръстосана стъпка x 4 пъти = 16 такта

подскоци x 8 пъти = 16 такта

Намаляване на две

кръстосана стъпка x 2 пъти = 8 такта

подскоци x 4 пъти = 8 такта

кръстосана стъпка x 2 пъти = 8 такта

подскоци x 4 пъти = 8 такта

Намаляване на две

кръстосана стъпка x 1 път = 4 такта

подскоци x 2 пъти = 4 такта

кръстосана стъпка x 1 път = 4 такта

подскоци x 2 пъти = 4 такта

кръстосана стъпка x 1 път = 4 такта

подскоци x 2 пъти = 4 такта

кръстосана стъпка x 1 път = 4 такта

подскоци x 2 пъти = 4 такта

Този пример показва, че след всяко намаляване на бройките, комбинацията остава в рамките на 32 такта. Трудностите при преподаване възникват поради факта, че всяко движение отнема различни тактове за изпълнението си. Някои движения например предполагат „двойно“ изпълнение като коленца. Подготовката

за часа по аеробика е необходима, защото в случай на импровизация лесно може да възникнат грешки.

Една от техниките на преподаване в начална училищна възраст се нарича добавяне. При нея движенията се добавят едно по едно спрямо предишните. **Моделът** има следната схема: A+B; A+B+C; A+B+C+D . **Друга техника е заместването:** то прилича на добавянето, но съществена отлика при него е, че за да се спази 32-тактовата рамка е необходимо да се „запълнят“ празните места с някоя базова стъпка като марш и степ-тъч.

Например: A – коленца 4х, марш на място 8 такта

B – коленца 4х, 2V-стъпки вместо марша и пак марш на място 16 такта

C – коленца 4х, 2V-стъпки, 4 напади в страни, марш 8 такта

D – коленца 4х, 2V-стъпки, 4 напади в страни, кръстосана Д, Л

Маршовата стъпка е като „пълнеж“ преди да се подаде следващата стъпка. Затова тя се прави толкова пъти, колкото е необходимо, за да се запълнят улавящите тактове до края на фразата, [4].

Друга техника на преподаване се нарича свързване. Свързването се състои в комбинирането на по-лесни стъпки в по-сложни. Обикновено това се прави две по две стъпки. Например: преподава се A, преподава се B, свързват се A+B. След това се преподава C, преподава се D, свързват се C+D. Следващата ни стъпка е да свържем A+B и C+D т.е. получава се (A+B) + (C+D).

Съществува е **техника на преподаване, известна като разчленяване**. Основната идея при нея е разделянето на сложните движения на по-прости съставни части. Недопустимо е учителят да очаква идеални резултати т.е. бързо схващане на едно сложно движение изведнъж. Необходимо е то да разчлени на по-малки и достъпни части. Широко приложима техника на преподаване е наслояването. Тя изисква комбинациите да се изграждат слой по слой. Важна подробност е, че ако има и движения с ръце, то те се добавят едва когато са разучени стъпките с краката. Наслояването също прилича на добавянето и заместването, но тек промените се представят след като е научена основната структура на движенията и не са задължителни за групата.

Важно по време на аеробното занимание е учителят да обяснява какво следва още преди да го покаже на учениците. Това се нарича вербален преглед (verbal preview). Съществува и визуален преглед. При него новото движение се показва още, докато учениците правят някаква основна стъпка. Визуалният преглед помага да се «свърже околото с краката». Този метод на преподаване е от голяма помощ особено при разучаване на по-сложните комбинации.

При преподаване на някоя нова комбинация е невъзможно да се използва само една техника. В повечето случаи е необходима употребата на комбинация от няколко техники според вида движение, неговата сложност, музиката и още много други фактори.

Здравето като израз на душевно и телесно благополучие е фундамент за щастлив и пълноценен живот. Предпоставка за добра физическа кондиция и здраве на младите хора е практикуването на аеробна гимнастика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аеробиката е форма на физическо натоварване в урока по физическо възпитание и спорт, който въздейства благоприятно върху сърдечно-съдовата система и повишава физическата издръжливост. Оказва позитивно влияние върху физическото и психическото състояние на учениците. Според нас аеробиката трябва да бъде широко популяризирана в училище, защото разчупва шаблона, разнообразява двигателната дейност и се изпълнява с желание и интерес.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. bg.wikipedia.org/wiki/, Аеробика
- [2]. bg.wikipedia.org/wiki/Джейн_Фонда - 69k
- [3]. www.bb-team.org/articles/ 1138
- [4]. Бъчварова, И. Fitness academy , Учебник за инструктори по аеробика, степ-аеробика и групов фитнес, Аеробика ли? Толкова е лесно..., С., 2008.
- [5]. Димитрова, Ж. Аеробика за всички, Медицина и физкултура, С., 1985.
- [6]. Купър, К. „Аеробика“, издателство „Колибри
- [7]. Момчилова, А. Ръководство по физическо възпитание и спорт, ПБ, Русенски университет „Ангел Кънчев“ , 1999.

За контакти:

Деница Йорданова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Начална училищна педагогика и чужд език, ОКС „Бакалавър“, e-mail: deni0587@abv.bg

Паневритмията – български нетрадиционен модел за възпитаване на нравствено-волеви качества в начална училищна възраст

автор: Калина Стойчева

научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Abstract: *This paper treats Paneurhythmy as a resource for cultivating of moral virtues and will powers with young elementary school learners. The paper includes historical preview of this non-traditional model, its basic characteristics, as well as investigations and application in the realm of Bulgarian education.*

Keywords: *Paneurhythmy, morality, will, education.*

ВЪВЕДЕНИЕ

В периода на прехода у нас се наблюдават обезпокоителни тенденции в детското развитие: наднормено тегло, намалени защитни сили на организма и често боледуване, неврози и психически заболявания. Отчитат се и данни за криза в развитието на детската личност, както и в междуличностните отношения, повишена тревожност и агресия у подрастващите, фобии, трудности в овладяването на учебния материал, злоупотреба с алкохол, цигари и наркотици.

Едно по-кардинално решение на тези проблеми можем да намерим в приложението на физическите упражнения като средство за възпитаване на нравствено-волеви качества, и по-специално в българския нетрадиционен модел – Паневритмията, [1,2,3,4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Що е Паневритмия? История, същност, съдържание, форма.

В състава на думата „паневритмия“ има три корена: „пан“, „ев“ или „еу“ и „ритъм“. „Пан“ значи всичко, все, всеобщ; „Ев“ или „еу“ се тълкува като „това, от което излиза всичко – висшето, същината, реалното, същественото в света“. А „ритъм“ предполага правилно движение. Следователно думата „паневритмия“ може да се преведе като „висш космичен ритъм“, [1,2,3].

Паневритмията е „система от упражнения за поддържане на доброто физическо и психическо здраве на човека в хармония с природната среда“[3]. Може да се изпълнява и от възрастни, и от деца. Всяко от упражненията в нея е изградено от три елемента: движение, музика и слово.

Създателят на Паневритмията е Учителя Петър Дънов (известен още и с името Беинса Дуно). Първите песни от Паневритмията, които в началото са били самостоятелни, са написани още през 1922, 1923 и 1925 г. и са създадени специално с цел *трансформиране на негативните психически състояния в позитивни*. Впоследствие бива сформирана Паневритмията като цикъл от упражнения. До 1957г. хиляди българи се запознават с учението на Учителя Петър Дънов и практикуват Паневритмия в градове, села и на Рила планина през месец август. Тоталитарният режим в България налага тежки ограничения на последователите на Учителя Дънов и забранява практикуването на Паневритмията.

След демократичните промени в България през 1989г. тези ограничения отпадат. Все повече издателства започват да преиздават книгите на Учителя Дънов, в това число и книги за Паневритмията, [5,6].

От 1999г. центърът за СДК на Национална Спортна Академия съвместно със сдружение „Паневритмия“ организират курсове за преподаватели по Паневритмия. От 2000г. започва и успешно продължава и днес обучение по Паневритмия като СИП в някои училища и детски градини. Вече повече от 5 години в програмата на НСА са включени два свободноезбираеми предмета, запознаващи студентите с Паневритмията и нейните възпитателни, профилактични и лечебни възможности.

През 2001, 2003 и 2005 г. в София са проведени първи научни конференции, посветени на изучаването на Паневритмията, на които специалисти от различни научни области споделят своите виждания и научни изследвания за нея.

Изпълнението на паневритмичните упражнения изисква висока концентрация на вниманието, поради едновременното ангажиране на тялото, мисълта, емоциите и волята. Волевият елемент идва от необходимостта да се координират движенията и пространствената ориентация на тялото. Мисълта е ангажирана със следенето на текста и музиката, а често изпълняващите Паневритмия дори сами пеят съпътстващите песни. Емоциите се поддържат от доброто настроение, създадено чрез музиката.

Характерно за Паневритмията е, че се изпълнява през пролетните и летните месеци на открито. Това е важно, защото към споменатите три елемента се прибавя и природният фактор. Всеизвестно е, че нравствените и волевите качества най-добре се култивират в условията на естествената връзка между човека и природата.

Друг важен момент е груповият характер на Паневритмията – упражненията се изпълняват в кръгова композиция, на групи по двама или повече играещи. Тази групова практика подпомага възпитаването на социални умения. А общото послание на кръга е „Ние сме едно цяло, ние сме заедно.“ Това послание действа позитивно на подсъзнателно и съзнателно равнище.

Паневритмията се състои от три дяла.[2,3,4,5,6]:

Първият дял е основен и включва в себе си 28 упражнения.

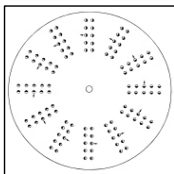
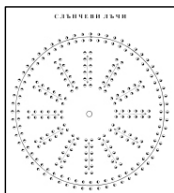
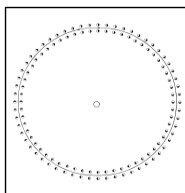
Изпълнителите са разположени в кръг по двама, а музикантите или музиката е в центъра. Чрез кръга пространството се използва максимално, а това е важно, когато заниманията продължават дълго. Друг, символичен, момент е равнопоставеността между участниците. Движението е в посока, обратна на часовниковата стрелка. Спазва се нужната дистанция, за да може всеки да изпълнява добре движенията.

Първите 10 упражнения се изпълняват без прекъсване.

Упражненията са гимнастически, най-силно е застъпено движението на горните крайници. В останалите 18 упражнения от първата част се редуват танцуwalни и гимнастически елементи. Придвижването тук вече не е само в една посока, а има голямо разнообразие: напред и назад по кръга, към центъра и към периферията на кръга, движение между партньорите в двойката.

Вторият дял на Паневритмията – “Слънчеви лъчи” е изграден върху ритъма на българската ръченица. Изпълнителите са разположени в 12 лъча по 6 двойки, а останалите се нареждат около тях в кръг по двойки. От участниците се изисква по-сложна пространствена ориентация.

Третият дял на Паневритмията носи названието “Пентаграм”. Участниците са наредени радиално по пет двойки във всеки лъч. При упражненията двойките описват пространствени петоъгълници.



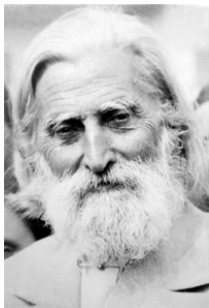
Много характерна за Паневритмията е така наречената “паневритмична стъпка”. При нея има нещо от балета: „обтегнатите пръсти на краката първи докосват земята, тежестта на тялото плавно се пренася на цялото стъпало и така се осъществява спокойно ходене, без никакво сътресение за гръбначния стълб.”[3].

Музикалните мотиви в Паневритмията са разнообразни откъм тоналност и ритмика, но сред тях българската ръченица се повтаря често. Изпълнението на паневритмичните упражнения с пеене ги превръща в музикална терапия с

положителен физически и психически ефект. Има дори регистрирани случаи на лечение чрез Паневритмия.

В словесното съдържание на Паневритмията се наблюдава често **повторение на думи като светлина, слънце, радост, ден, светъл, живот, красота, изобилен, сила, мисъл, свобода**. Според Михалкова С. в тези текстове са вложени множество идеи за "развиване на позитивното начало в човека" и освен това "заложените позитивни нагласи стават дълбоко вътрешно притежание и програми за успешно справяне с трудностите в живота".[2].

2. За автора на Паневритмията – Учителя Петър Дънов



Петър Константинов Дънов е роден на 11 юли 1864 година в с.Хатърджа (днес с. Николаевка). В периода 1888 – 1895 г. следва и завършва теология в Бостънския университет и двугодишен курс в. Медицинския факултет на същия университет.

През 1895 г. се завръща в България, а още следващата година. излиза книгата му "Науката и възпитанието".

През периода 1927-1942 Петър Дънов създава Паневритмията, отразяваща най-често застъпените в беседите му теми: здраве чрез общение с природата, физически упражнения, музика и положителни мисли и чувства, а от друга страна – образование и самовъзпитание.

Учителя Петър Дънов си заминава от този свят на 27 декември 1944 г.

Ето какво е казал за физическото възпитание на личността авторът на Паневритмията:

„От научно гледище всички удове, всички мускули, цялото тяло трябва да се упражняват. Тези движения трябва научно да са обосновани, защото смисълът и значението на упражненията е да хармонизират, регулират и трансформират енергиите, които функционират в човешкия организъм, защото човекът е много сложно същество. Той е и център, и трансформатор на слънчевите и земни енергии. Гимнастическите упражнения, които са едновременно методи за трансформиране на енергиите, функциониращи в човека, и същевременно пътища за обмяна на енергиите между Космоса и човека, не са само едно развлечение или пък едно физическо механическо упражнение, но те са една жизнена необходимост, както храненето и дишането.“

3. Изследване и прилагане на Паневритмията – в средата на XX век и в съвременното българско образование

През 1940 г. министърът на просвещението Борис Йоцов издава наредба упражненията от Паневритмията да се играят всяка сутрин масово във всички училища През 1943 г. по нареждане на Министерството се обучават 60 учители по физическо възпитание. Те изучават ритмиката и упражненията на Паневритмията. След войната започва провеждането на утринна гимнастика с упражнения от Паневритмията. Счита се, че това е началото на утринната гимнастика в училищата, продължила съществуването си около четири десетилетия.

Първите получили публичност научни изследвания на Паневритмията датират от периода 1958-1962 г. Една част от тях представляват проследяване на пулса и кръвното налягане на участници в Паневритмията в началото и в края на сезона, през който се играе, както и тяхното представяне чрез диаграми. Друга част от изследванията се спират на редица детайли от съдържанието и формата на упражненията. Съхранява се архив на протоколи от такива изследвания, според които упражненията в Паневритмията са „здравословно полезен физкултурен

комплекс при положителен жизнеутвърждаващ емоционален заряд” и „Паневритмията може да се използва като пример за масова сутринна физкултурна зарядка при музикален съпровод и колективно пеене”, [3].

Първите научни конференции, отразяващи съвременното звучене на Паневритмията в съзнанието на българина, както и ролята ѝ във възпитанието на подрастващите, отразяват и появилите се благоприятни условия за връщането на Паневритмията в българските училища. Ето и част от приноса на тези изследвания.

Бойчева В., Донева Н. и Ванчева Т. разглеждат Паневритмията като система за възпитание, която: работи за изграждане и развитие на пространствената ориентация, самонаблюдение и самовглъбяване; възпитава волята; стимулира самовъзпитанието и самодисциплината; текстът на песните действа възпитателно в нравствено отношение; възпитава усет към красивото и възвишеното, [1,2,3,4,5].

В заключение на своя теоретичен анализ те формулират, че “Паневритмията обогатява съвременната педагогическа теория и практика,” [2].

Михалкова С. изследва психологическите промени сред 169 възрастни и деца при 6-месечно обучение по Паневритмия, [5,6]. Резултати: развиване свойствата на вниманието – устойчивост и превключване, развиване на обема на краткотрайната слухова памет, увеличаване на бързината за решаване на невербални интелектуални задачи; съхранява се активността и се повишава психическата устойчивост при обучаваните.

В разработките си тя отчита, че: **“Паневритмията е мощен метод за положителна психическа промяна при лица от различни възрасти”**.



През 2003г. Янкова А. със съдействието на Стоянова Г., [1,2,3] и под научното ръководство на НСА “В.Левски”, завършва създаването на програмата „Здраве чрез движение сред природата”, с обучение по Паневритмия. Тя е доразвита за предучилищна възраст от Гатева Л. през 2005година.

Програмата обединява в образователен модел основните компоненти на Паневритмията - движение, музика, слово, група, здраве и природа. Тя е изградена върху теоретичните концепции на Петър Дънов за образованието, свободното възпитание и развитието на личността на детето.



Идеята е да се осигурят благоприятни условия децата да изживеят пълноценно своето детство, да могат да се адаптират бързо към условията на прехода и да се подготвят за предизвикателствата на XXI век.

Обучението по Програмата е насочено към: повишаване мотивацията за физическата активност и обогатяване на представите за развитието на човека и неговото тяло; овладяването на координацията на движенията, което развива концентрацията на вниманието, мисленето, въображението и активира самоконтрола; развиване чувството за ритъм и музикални умения; обогатяване на позитивните преживявания; преоткриване връзката на човека с природата чрез изпълнение на упражнението в естествена среда; реализиране на творческата активност на личността и естетическото възпитание; формирането на позитивно отношение към околните, живота и природата; подобряване на уменията за съвместна работа.

Организиран се и летни лагери в планината (Мальовица, Боровец, Паничище), с много добре организирана, с богата и разнообразна програма.

Министерството на Образованието и науката, в своето Писмо № 1103-72/09.12.2005г., изказва следното отношение:

“Вашата програма “Здраве чрез движение сред природата”, съвместната Ви работа с Национален Парк Рила и НСА създават условия за организиране на форми за работа с децата, които подобряват тяхното самочувствие и двигателна активност, развиват уменията им за творчество и за установяване на конструктивни взаимоотношения с другите, подкрепят отговорно поведение към околната среда.”

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Накрая ще си позволя отново да цитирам самия автор на Паневритмията, Учителя Петър Дънов. Следващите негови думи са красноречив синтез на всичко споменато дотук, за този нетрадиционен модел за двигателна активност на учениците в този решаващ за възпитанието и развитието на малките ученици период от време:

„В училището и в обществото на възрастните трябва да се въведат тези упражнения, за да се подготви едно съвсем ново поколение, здраво и издръжливо физически, с възвишени чувства, с духовен подем, със силна воля, с инициатива, души решителни, силни и активни, с калена нервна система!“

„Желателно е ония, които искат доброто на народа, да внесат тия упражнения в училището и в обществото на възрастните. Това е за благоденствието на обществото.“

ЛИТЕРАТУРА:

- [1]. Бояджиева, Н. Възпитание чрез изкуство. Първите десетилетия на XX век, 1994.
- [2]. Попова, Л. Физическо и здравно възпитание и развитие, Теория на възпитанието, С., 1994.
- [3]. Рангелова, Е. Нравствено възпитание и развитие, Теория на възпитанието, С., 1994.
- [4]. Съвременен тълковен речник на българския език с приложения, трето издание, GABEROFF – ЕООД, В.Търново.
- [5]. <http://www.panevritmia.info>
- [6]. Янкова, А. председател Института за изследване и прилагане на Паневритмията, Официален сайт: <http://panevritmiyabg.org/conferences/index.php?lang.bg>

За контакти:

Калина Стойчева, РУ „Ангел Кънчев“, специалност НУПЧЕ, III курс, Дом.тел. 082 850 461, Моб.тел. 0885 755 852, E-mail: kalina_sto@yahoo.com

Семейное физическое воспитание как народная традиция

автор: Татьяна Новакова

научный руководитель: проф. дпн Антоанета Момчилова

Abstract: *Family traditions of the physical education which lived in the national culture are almost lost these days. Rebirth of these traditions has a great meaning for the strengthening of growing up generation's health, it's physical development and physical preparation, also it contributes prevention of negative phenomenon among children and growing ups. It also helps forming them as personalities and to improve family values.*

Key words: *family physical education, national physical culture, national traditions.*

ВВЕДЕНИЕ

Зачатки семейного воспитания возникли еще во времена мезолита. Как социальный институт, семейное воспитание стало функционировать в эпоху Древнего мира. С разрушением традиционного общества, воспитательная функция семьи уменьшается. Оценка социальной роли семейного воспитания не всегда была однозначной. Некоторые ученые (среди них такие титаны науки, как Платон, Т. Кампанелла, Ш. Фурье), считали, что семейное воспитание по своему воздействию уступает общественному воспитанию и даже негативно влияет на становление личности ребенка. Вместе с тем гуманисты эпохи Возрождения ратовали за приоритет семейного воспитания. Высокое педагогическое предназначение семьи утверждали И.Г. Песталоцци, Г. Спенсер, В.Г. Белинский, А.И. Герцен, П.Ф. Лесгафт и другие великие педагоги и мыслители Нового времени. Отношение общества к воспитательной роли семьи колебалось в зависимости от типа социально-экономических отношений, [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цель исследования — определить содержание, структуру и педагогические условия формирования традиций физического воспитания в современной семье.

Задачи:

1. Объяснить родителям о необходимости заботиться о правильном развитии у ребенка основных дыхательных навыков, начиная с младенческого возраста.
2. Убедить родителей в том, что систематические занятия физической культурой помогают детям приобрести двигательный опыт, развивают ловкость, быстроту, динамическую силу, вырабатывают смелость.

Современная педагогика рассматривает семью как фундаментальную социальную ячейку общества, а "главной и центральной" ее функцией считает воспитание детей, [8].

Однако в реальной жизни продолжается снижение воспитательного потенциала семьи. В современных условиях коммерциализации культурно-досуговых учреждений, сокращения числа внешкольных учреждений, отсутствия необходимой инфраструктуры в сельской местности, в районах городских новостроек роль семьи в воспитании должна возрастать. К сожалению, наблюдается иная картина. Растет детская беспризорность. Во многих семьях дети предоставлены самим себе. В лучшем случае родители надеются на государственные и общественные институты, деятельность которых связана с воспитанием (образовательные учреждения, творческие объединения с техническим, художественным, спортивным и т.п. уклоном). Достаточно часто, особенно в последние годы, ребенок оказывается брошенным при формальном наличии семьи, попадает в антикультурную, антипедагогическую среду, формирующую бездуховность, которая проявляется в асоциальном поведении, алкоголизме, наркомании, суициде.

Тенденция к снижению воспитательной роли семьи особенно явственно проявила себя в 90-е годы прошлого века. Это обусловлено целым рядом объективных и субъективных причин. В основе объективных причин лежит обнищание большинства семей в результате социально-экономических преобразований в стране, [5].

К негативным тенденциям следует добавить неуклонный рост разводов, увеличение числа неполных семей, что затрудняет выполнение родителями педагогических функций. Л.А. Беляева справедливо подмечает еще один фактор, негативно влияющий на воспитательную роль семьи: уменьшение количества детей в семье, что ведет к обеднению социально-коммуникативных связей ребенка, [3].

Важным элементом семейного воспитания является физическое воспитание. Большинство ученых считают, что дети 7-12 лет ежедневно нуждаются в свободной двигательной активности в течение 3-4 ч или по крайней мере в получасовой нагрузке с частотой сердечных сокращений 150 уд/мин. Для подростков несколько иные нормы: свободная двигательная нагрузка может быть немного меньшей (около 1,5 ч), зато интенсивная активность - на уровне 45 мин при ЧСС 150 уд/мин, [5].

Состояние семейного физического воспитания во многом зависит от активности занятий физической культурой родителей, [7]. Для дошкольников и младших школьников гораздо веселее, приятнее, интереснее и полезнее провести зарядку вместе с родителями. Представляется, что проведение совместной с родителями физкультминутки в той или иной форме будет интересно школьнику любого возраста, а также полезно самим родителям.

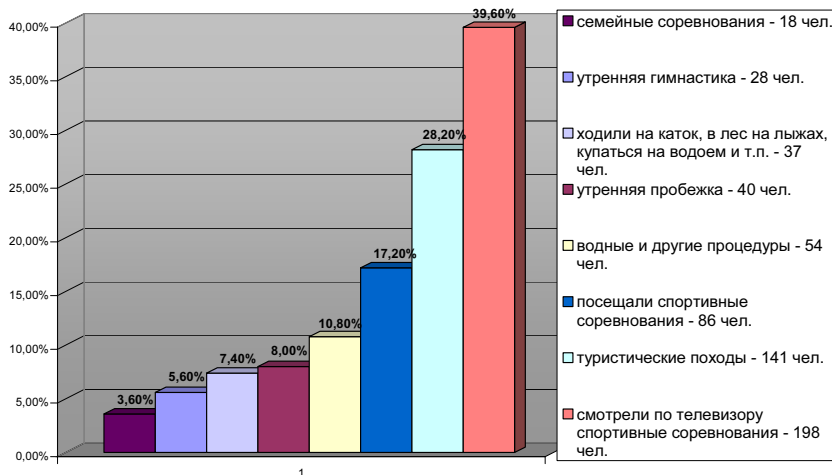
Что касается народных традиций семейного физического воспитания, то они во многом утрачены, а в большинстве случаев практически сошли на нет. В традиционном обществе физическое воспитание детей в большой степени осуществлялось в рамках семьи. В Грузии каждый мужчина был обязан тренироваться сам и тренировать младших. В Сибири мальчики с 12 лет ходили на охоту с отцом или старшим братом, а в 14-15 лет шли в тайгу самостоятельно. Чукчи начинали приучать сыновей с 8-10-летнего возраста к охоте и рыбной ловле, а в 10-12 лет отправляли их на самостоятельный промысел. В 3-4 года мальчики племени кубу (Африка) могли охотиться на птиц и управлять лодкой. У племени манус (острова южной части Тихого Океана) дети получают небольшое, но настоящее каноэ в 3 года, когда они уже прекрасно плавают. На островах Океании ребенок умел плавать прежде, чем ходить. В корякских преданиях отец часто выступал как тренер своего сына. Чукотские малыши с пеленок воспитывались как будущие воины, охотники, промысловики. При рождении сына у донских казаков был обычай дарить "на зубок" стрелу и лук, а позднее – ружье, [12].

Народная физическая культура традиционного общества представляла собой синкретное образование, в котором различные компоненты были тесно связаны между собой. В частности, в народной педагогике физическое воспитание осуществлялось параллельно с трудовым, патриотическим, нравственным, экологическим, эстетическим воспитанием. Народная физическая культура играла существенную роль в социализации личности. Семья и родственники представляли собой социальные группы, осуществляющие первичную социализацию путем непосредственного воздействия на ребенка, [9]. Отец, старший брат или другой родственник мужского пола готовили из маленького мальчика сильного телом и духом мужчину (воина, отца, кормильца семьи), а мать или какая-то другая старшая родственница были в ответе за телесное и морально-нравственное формирование будущей матери, жены, хозяйки и т.д.

В наше время уже нет былого строгого гендерного разделения (т.е. на мужское и женское) в воспитании. В этом есть и отрицательный момент. Определенный инфантилизм многих современных мужчин и недостаток женственности у ряда представительниц прекрасного пола во многом объясняются усредненным,

"бесполом" воспитанием. Вместе с тем совместное обучение мальчиков и девочек, общие занятия на уроках физической культуры в детском саду, в школе, в специальном учебном заведении позволяют впоследствии быть для своих детей первоначальными наставниками физического воспитания независимо от пола ребенка.

Для того чтобы выявить, какие традиции семейного физического воспитания можно обнаружить в современных семьях, проведено анкетирование 500 школьников и студентов. Оказалось, что респонденты, будучи детьми, проводят вместе с родителями:



Фиг. 1. Анкетирование для выявления традиций семейного физического воспитания.

На пункт "традиции отсутствуют" ответили 149 респондентов, т.е. 29,8%. Кроме того, 33,0% респондентов вместе с родителями только смотрят по телевизору спортивные передачи, а 14,4% - лишь посещают спортивные соревнования в качестве болельщиков. С учетом этих двух "пассивных" традиций, выявили, что в 77,2% семьях, дети дома вообще не занимались активно физической культурой.

С одной стороны, радует факт, что в 141 семье дети ходили в туристические походы вместе с родителями, но в то же время 88,6% из них это делали "реже, чем один раз в 2 недели". Отсюда напрашивается вывод, подтверждающий гипотезу: регулярные занятия активными формами физической культуры в исследованных семьях практически отсутствуют. Необходимо уточнить: подавляющее количество родителей наших респондентов принадлежит к интеллигенции. Предполагается, что в семьях, где родители малообразованны, картина будет еще менее утешительной. На эту мысль наводят исследования А.В. Царика, показывающие, что абсолютное большинство лиц, занимающихся высокоинтеллектуальным трудом (92 %), убеждены в существовании тесной взаимосвязи между физической и духовной культурой, причем 62% из общего числа опрошенных считают, что чем выше уровень духовной культуры человека, тем выше его культура физическая, [11].

Семейное физическое воспитание в наши дни можно осуществлять в следующих формах:

- совместные занятия утренней гигиенической гимнастикой (зарядкой);
- домашние физкультминутки в форме комплексов основной или силовой гимнастики, упражнений на гибкость, осанку и т.п.;

- закаливание детей в зависимости от их возраста и индивидуальных особенностей;

- обучение первоначальным двигательным и спортивным навыкам: плаванию, гребле, передвижению на лыжах, коньках, спортивным играм (футболу, волейболу, баскетболу, настольному теннису, бадминтону, лапте, городкам и т.п.), настольным играм (шахматам, шашкам и т.п.);

- занятия под руководством старших родственников элементами основной гимнастики, упражнениями атлетической гимнастики на домашних тренажерах и т.п.;

- организация выходных дней на природе, посвященных физкультурно-спортивным мероприятиям (катание на коньках, на лыжах, на лодке; на велосипеде; купание и плавание в открытом водоеме; туристические походы; спортивные игры за городом между семьями в футбол, волейбол, хоккей, баскетбол, лапту, городки и т.п.);

- походы с родителями на соревнования в качестве болельщиков;

- совместные просмотры по телевизору спортивных соревнований;

- обсуждение семьей итогов выступления сборных команд Болгарии на чемпионатах Европы, мира, Олимпийских играх.

Семейное воспитание, по мнению В.Д. Семенова, возможно только при взаимодействии родителей и детей, [10].

Академик А.С. Белкин утверждает, что общение с родителями - "главная потребность ребенка". Далее автор обращается к родителям: "С ребенком необходимо играть", [11]. Если учесть, что физические упражнения по своему характеру сильно напоминают игру, призыв академика можно перефразировать как "с ребенком надо вместе заниматься физкультурой".

Участие родителей в закаливании, обучении физическим упражнениям своих детей, а также совместные с ними тренировочные занятия не только формируют у детей устойчивый интерес и влечение к занятиям физической культурой и спортом, но и совершенствуют их физическое развитие и физическую подготовку, способствуют расширению у родителей и детей общих интересов, укреплению внутрисемейных связей, установлению доброжелательных межличностных отношений, формированию добрых семейных традиций, улучшению нравственного климата в семье. Чехословацкие ученые установили, что семейная форма физического воспитания способствует как физическому развитию и укреплению здоровья детей, установлению добрых, доверительных отношений между родителями и детьми, так и улучшению отношений между самими родителями, [1].

Пикники с физкультурно-спортивным уклоном - это не только способ реализации семейного физического воспитания и оздоровления детей, не только форма разумного, полезного и приятного досуга, это еще и экологическое воспитание, возможность общения с природой, познания своего края, знакомство с его растительным и животным миром.

Совместные походы на стадион, каток, трек, бассейн и другие спортивные сооружения в качестве болельщиков, а также просмотры спортивных соревнований по телевизору погружают ребенка в увлекательный мир спорта, способствуя тем самым вовлечению его в этот вид человеческой деятельности в качестве активного участника, а присутствие родителей с их авторитетом усиливает данное воздействие.

Семейные просмотры спортивных передач по телевизору и их обсуждения могут способствовать закладыванию основ гражданского, патриотического, интернационального и поликультурного воспитания. Чувство сопричастности к успехам или поражениям своей страны, гордости за свой народ должно сочетаться с уважением к соперникам, представителям других рас, национальностей и культур. Корректные комментарии взрослых по следам выступлений наших спортсменов могут способствовать воспитанию истинного патриота своей страны, уважающего

свой народ, но в то же время - человека планеты Земля, на которой люди должны жить в дружбе, добрососедстве, согласии, т.е. так, как это заложено в традициях большинства народов мира.

Участие родителей в физическом воспитании детей может выражаться в разных формах. Так, совместные игры взрослых с детьми в футбол, волейбол, баскетбол, настольный теннис и т.п., с одной стороны, безусловно повысят у детей престиж собственной деятельности, а с другой - поднимут авторитет родителей в глазах своих воспитанников. Но для этого сами родители должны по своей физической подготовленности и двигательным умениям и навыкам хотя бы минимально соответствовать уровню тех игр (соревнований), в которых они участвуют. Если этого нет, можно выступить в качестве судьи, что также является народной традицией.

Для возрождения традиций семейного физического воспитания необходимы не только минимальная физическая подготовка, но в еще большей степени - физкультурное образование самих родителей, предполагающее набор знаний об особенностях функционирования детского организма и возможностях использования средств физической культуры с целью рационального воздействия на него.

Огромный вклад в популяризацию семейного физического воспитания могут сделать СМИ, особенно телевидение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследования показывают, что сегодня традиции семейного физического воспитания, столетиями жившие в народной культуре, практически утрачены. Представляется, что возрождение этих традиций в современных условиях не только имеет значение для укрепления здоровья подрастающего поколения, его физического развития и физической подготовки, но также может способствовать профилактике негативных явлений среди детей и подростков, формированию их как личностей, укреплению семейных ценностей. Решение этой проблемы возможно только усилиями всего общества и с помощью соответствующих государственных структур.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Бальсевич, В.К. Ваши дети: Книга для родителей, М.1985.
- [2]. Безруких, М.М. Двигательный режим школьника в семье, Физическая культура в школе, №1, 1982.
- [3]. Беляева, Л.А. Философия воспитания как основа педагогической деятельности/ УрГПУ, Екатеринбург, 1993.
- [4]. Белкин А.С. Воспитание до пяти..., Мы и наши дети, Свердловск: Ср.-Уральск. книж. изд-во, 1985.
- [5]. Беляев, А.В. Социально-педагогические основы формирования гражданственности учащейся молодежи: Докт. дис. Ставрополь, 1997.
- [6]. Вестник образования России: Сборник приказов и инструкций Министерства образования РФ, № 7, 2002.
- [7]. Галкин, Ю.П. Физическая культура работников промышленного производства, Теория и практика физ. культуры, № 9, 2000.
- [8]. Лихачев, Б.Т. Педагогика: Курс лекций: Учеб. пос. для студ. пед. учеб. заведений и слушателей ИПК и ФПК., М.: Прометей, 1992.
- [9]. Рудой, Д.Е. Социальная жизнь (социальная механика), Социология: Учеб. пос.- М.: Знание, 1995.
- [10]. Семенов, В.Д. Социальная педагогика: История и современность, Екатеринбург: ИРРО, 1996.

- [11]. Царик, А.В. О культуре физической и духовной / Сер. "Физкультура и спорт". - М.: Знание, 1989.
- [12]. Ягодин, В.В. Народные традиции в физической культуре / УрГПУ. Екатеринбург, 1992.

За контакти:

Татяна Новакова, РУ „Ангел Кънчев”, специалност Начална училищна педагогика и чужд език, e-mail: tanikin@mail.ru

Проблемы психологии спорта

автор: Диана Кунева

научный руководитель: проф. дпн Антоанета Момчилова

Abstract: *The psychology of sports is the branch of psychological science studying the features of the person, working in the specific conditions of sports activity and thus appearing in specific mental conditions.*

Key words: *branch on science, sports activity, training of athletes, formations of trainednes.*

ВВЕДЕНИЕ

Существует официально сформированное понятие „психология физического воспитания и спорта“. Его употребляют в тех случаях, когда рассматривается определенная отрасль психологической науки вообще. В тех случаях, когда речь идет о конкретных проблемах, эта интегральная отрасль неизбежно делится на две части и выделяется определенный раздел: или "Психология физического воспитания" или "Психология спорта". Безусловно в двух этих подразделах нашей отрасли существуют общие методологические проблемы, касающиеся, например, механизмов двигательной активности или особенностей индивидуальных различий субъектов деятельности. В ряде случаев исследователи осуществляют перенос выявленных ранее закономерностей из психологии спорта в психологию физического воспитания. Но чаще мы наблюдаем вполне самостоятельно существующие проблемы двух подразделов психологической науки. Здесь речь пойдет только о проблемах психологии спорта. **Психология спорта** - это прежде всего отрасль психологической науки, изучающая особенности личности, действующей в специфических условиях спортивной деятельности и оказывающейся при этом в специфических психических состояниях.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Интегральная подготовка квалифицированных спортсменов в настоящее время представляет собой сложный многолетний и многоэтапный процесс спортивного совершенствования. В этом процессе необходимо учитывать и общие закономерности адаптации спортсмена к тренировочным и соревновательным нагрузкам, и частные особенности формирования спортивного мастерства в зависимости от структуры и динамики физических и психических качеств, морфофункционального и психического статуса спортсмена, наличия своеобразного сочетания специальных способностей. В то же время становится все более ясным, что система подготовки квалифицированных спортсменов к соревнованиям во многом исчерпывает свои возможности, базирующиеся на общих закономерностях адаптации организма к нагрузкам. Все более очевидно, что только при тренировочной нагрузке, адекватной психотипу спортсмена, повышается реактивность центральной нервной системы и совершенствуются механизмы обеспечения эффективной спортивной деятельности в экстремальных условиях, которые, по существу, сопровождают любое крупное соревнование, [4,5,6].

В этом отношении спорт специфичен тем, что без выраженной психической напряженности, без стресса невозможна полноценная адаптация к нагрузкам, как невозможен и высокий уровень тренированности спортсмена. Такие условия деятельности всегда провоцируют сильный дистресс, к которому в процессе тренировочной и особенно соревновательной деятельности необходимо адаптироваться. К состоянию дистресса близко примыкает состояние тревоги - последовательность когнитивных, аффективных и поведенческих реакций, актуализирующихся в результате воздействия различных форм стресса. Состояние

тревоги развивается по схеме: стресс - восприятие угрозы - состояние тревоги. Поскольку возрастание состояния тревоги переживается спортсменом как неприятное, болезненное, постольку когнитивные и поведенческие реакции, включенные в это состояние, несут функцию минимизации возникающего дискомфорта. Возникший процесс тревоги сопровождается процессом переоценки стрессовых условий, эта переоценка способствует выбору соответствующих перекрывающих механизмов, облегчающих переживание стресса, а также активации некоторых механизмов избегания, выводящих спортсмена из ситуации, вызывающей тревогу. [3]. В связи с этим возникает проблема изучения психических состояний в спорте и особенно - состояния готовности к спортивной деятельности. Перед ней формируется установка, связанная с ожиданием наиболее вероятного исхода соревнований. Нередко установка формируется на неосознаваемом уровне, однако чем сложнее по своей структуре предстоящая деятельность, тем больше в формирующейся установке преобладают осознаваемые, волевые компоненты. Установка как целостная модификация субъекта фокусируется в каждый конкретный момент времени в зависимости от его индивидуальных особенностей и, по существу, определяет не только расположенность к началу действия, но и содержание всей деятельности, [5].

Формирование готовности к деятельности должно быть направлено на решение следующих **частных задач**, [3,4,5,6]:

- **ориентацию на те социальные ценности**, которые являются ведущими для спортсмена (например, стремление к значимой победе и признанию общества);

- **формирование психических "внутренних опор"** (уверенность в способности добиться успеха, надежда на высокий уровень собственного мастерства, даже на благоприятное стечение обстоятельств - везение);

- **преодоление психических барьеров**, различных фобий, особенно тех, которые возникают в борьбе с конкретными обстоятельствами, с конкретными соперниками;

- **психологическое моделирование** условий предстоящей борьбы;

- **создание программы управления процессами** релаксации и мобилизации.

Состояние готовности к экстремальной спортивной деятельности связано не только с необходимыми изменениями функциональных систем организма, но и с соответствующей интенсивностью динамических физиологических и психических процессов. Подготовка к деятельности может осуществляться при небольшой затрате энергии или, напротив, при большой затрате сил, в состоянии сильного возбуждения. Эти различия в интенсивности могут оцениваться с чисто субъективной точки зрения - тогда говорят о степени поглощенности подготовкой к деятельности или с объективной точки зрения - тогда необходимо определить уровень нервного и соматического функционирования, лежащего в основе состояния готовности.

Здесь возникает понятие активации, которое обозначает одновременно и быстрое повышение активности центральной нервной системы и вызванную им интенсификацию периферических процессов. По мнению R. B. Malmö [6], понятие "активация" должно употребляться только в случае самого факта повышения активности центральной нервной системы перед выполнением определенной деятельности. Не вызывает сомнений тот факт, что перед началом спортивной деятельности, тем более протекающей в экстремальном режиме, у спортсмена включаются, произвольно или даже непроизвольно, механизмы активации психических и физиологических функций, непосредственно влияющих на эффективность выполнения такой деятельности.

В связи с выделением проблемы активации нами ставится вопрос о необходимости исследования механизмов активации резервных возможностей спортсмена.

Суть проблемы выражается в следующих **компонентах исследования**:

1. **Изучение недостаточно исследованных** сторон психологии спортивной деятельности, в частности:

- **Психогенетические факторы** отбора талантов;
- **Психологическая реализация** принципа индивидуального подхода к процессу спортивной подготовки;
- **Развитие потенциальных возможностей** спортсменов в условиях, психологически моделирующих условия спортивной деятельности;
- **Психологический подход** к реализации метода сопряженных воздействий в спорте;
- **Психологические механизмы** овладения тактическими навыками в процессе спортивной подготовки;
- **Психологические механизмы адаптации** к нагрузкам спортивной деятельности;
- **Психологические средства и методы сохранения** физического и психического здоровья спортсмена.

2. **Психодиагностика ранее принципиально изученных компонентов** субъекта спортивной деятельности:

- **направленность личности спортсмена**;
- **основные черты характера и темперамента** спортсмена;
- **уровень развития психических качеств**, наиболее значимых для данного вида спортивной деятельности;
- **динамика психической адаптации** к нагрузкам;
- **психическое состояние спортсмена** в экстремальных условиях спортивной деятельности.

3. **Внедрение существующих и разработка новых средств и методов психической регуляции и саморегуляции.**

Таким образом, решаются следующие обобщенные исследовательские и научно-практические задачи:

- **Исследование** психологических закономерностей деятельности человека и малой группы в экстремальных ситуациях спорта;
- **Совершенствование методов** психической (психологической) подготовки спортсменов, различающихся по возрасту, специфике деятельности и индивидуально-типovým особенностям;
- **Апробация новых методов** психической диагностики и психической регуляции в спорте;
- **Психологическое сопровождение** подготовки спортсменов сборных команд страны и ближайшего резерва.

Частные темы в русле названных выше разделов:

- 1) **Взаимосвязь культуры тела** и культуры личности;
- 2) **Психофизическое сопряжение** в спортивной деятельности;
- 3) **Ментальность спортсмена** и обоснование условий его самоактуализации (саморегуляции);
- 4) **Адаптация человека** к двигательной деятельности (психофизиологический, психологический и социальный аспекты);
- 5) **Индивидуально-типové особенности** лиц, занимающихся спортом, включая исследования индивидуального стиля деятельности в спорте;
- 6) **Технология психической (психологической)** подготовки спортсмена.

Что касается проблемы адаптации спортсмена к тренировочным и соревновательным нагрузкам, то здесь выделяются следующие ее механизмы. Адаптация определяется некоторыми генетически обусловленными нейродинамическими и психодинамическими свойствами, а проявляется на фоне деятельности, требующей высокой степени волевых усилий спортсмена. Факторами

эффективности такой деятельности являются способность к своевременной адаптируемости к экстремальным условиям, адекватная установка на эффективные действия, способность к быстрому и адекватному решению оперативных задач.

Повышение роли интеллектуальных моментов в спортивной деятельности требует дальнейшего изучения когнитивных механизмов психомоторных действий.

Формирование установок на определенные действия, опережающая подготовка создают возможности, с одной стороны, предупреждать появление нежелательных ситуаций, а с другой - заблаговременно подготавливать адекватные реакции на возникновение тех или иных обстоятельств, обеспечивающих решение оперативных задач.

Существенную роль в практике отбора и подготовки резерва для спорта высших достижений играет проблема оценки спортивной одаренности и роли нейрофизиологических свойств в возникновении такой специфической одаренности. Одним из основных положений, выдвинутых в свое время Б. М. Тепловым [4], является положение о том, что "...не отдельные способности как таковые непосредственно определяют возможность успешного выполнения какой-нибудь деятельности, а лишь то своеобразное сочетание этих способностей, которые характеризуют данную личность". Это, собственно, и является одаренностью. Ее надо рассматривать, исходя из требований, которые предъявляет к человеку конкретная деятельность, учитывая три момента:

- 1) Требования самой деятельности;
- 2) Общественную ценность этой деятельности в данный момент времени;
- 3) Критерии ее успешности в настоящее время.

Несмотря на то что по проблемам формирования и совершенствования индивидуального стиля деятельности с успехом защищены три докторские диссертации, говорить, что в этой проблеме все изучено, было бы преждевременным. Существует представление о человеке как о саморазвивающейся и самоорганизующейся системе, состоящей из относительно замкнутых подсистем (уровней) - физиологической, психологической, социальной. Между ними, как считал В. С. Мерлин, [2], существует многозначная зависимость. В качестве основного промежуточного звена, определяющего особенности таких взаимосвязей и такой взаимозависимости, обычно рассматриваются виды деятельности. Это подтверждается фактами изменения характера связей между индивидуальными свойствами различных уровней (гармонизации) в зависимости от того, какие действия, операции и промежуточные цели выбирает человек для решения задач, т. е. какой индивидуальный стиль деятельности или общения у него формируется. Помимо неоднократно описанных стилей спортивной деятельности (особенно много исследований в этом направлении выполнено на материале единоборств), эта проблема может рассматриваться как проблема двух полюсов: существуют так называемые "рациональные" стили, дающие "правильное направление" возможностям спортсмена, и "нерациональные", рассматриваемые как "педагогический брак". С таких позиций проблема индивидуального стиля деятельности в спорте практически не изучалась.

И еще об одной стороне этой проблемы. В ходе развития индивидуального стиля происходят изменение детерминант, смена системных оснований, поэтому на разных стадиях развития формируются разные системы биологических, психических и социальных качеств и свойств человека в их взаимосвязи. На ранних стадиях онтогенеза развитие в большей степени подчинено биологическим закономерностям и именно они влияют на формирование определенной системы свойств индивида. Затем ведущее значение приобретают социальные факторы развития. Как говорил известный советский психолог Б. Ф. Ломов, [1], линия биологического развития продолжается в течение всей жизни человека, но она как бы "уходит в основание" этой жизни. Естественно, что психологи спорта должны учитывать эти

закономерности в процессе формирования методических рекомендаций по построению тренировочного процесса юных спортсменов различного возраста.

"Вечная" проблема исследования особенностей личности спортсмена сейчас вновь оказалась в авангарде спортивно-психологической проблематики. Речь идет об изучении направленности личности, об особенностях личностных структурных характеристик квалифицированных спортсменов вообще и представителей различных видов спортивной деятельности в частности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Зарубежные исследователи сейчас много внимания уделяют изучению "мотивационных конструктов" ("целевых ориентаций", "ценностей", "уверенности в своих силах") спортсмена. Особый интерес представляют исследования целевых доминирующих ориентаций: "на собственное Я" или "на задачу". Ясно, что такие ориентации во многом определяют отношение спортсмена к тренировке, к партнерам по команде. "Эго ориентированные" спортсмены в командных видах спорта слишком озабочены повышением собственного социального статуса, что не может не сказаться на психологическом климате в команде. Среди психологов спорта существуют три основных подхода к проблеме взаимоотношений спортсмена и тренера: социально-эмоциональный, который акцентирует внимание на взаимных аффективных влияниях спортсмена и тренера, поведенческий и организационный. Особый интерес представляет первый подход, в котором можно выделить проблему "тревогогенного поведения тренера". В рамках двух других подходов изучаются особенности взаимного восприятия спортсмена и тренера; факторы их взаимопонимания; причины и пути разрешения конфликтов; особенности работы тренера с юными спортсменами; особенности разнополых и однополых диад тренер-спортсмен.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984.
- [2] Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. М.: Педагогика, 1986
- [3] Спилбергер, Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги, Стресс и тревога в спорте, М.: ФиС, 1983..
- [4] Теплов, Б.М. Проблемы индивидуальных различий. М.: Академия пед. наук, 1961
- [5] Clauss, G. Worterbuch der Psychologie. VEB Bibliographisches Institut, Leipzig, 1981
- [6] Malmö R.B. Activation: A neuropsychological dimension

Для контактов:

Диана Кунева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Начална училищна педагогика и чужд език, e-mail: didik87http://www.mail.ru@mail.ru

Професионално-личностни качества на учителя по физическо възпитание и спорт

автор: Петър Цанков
научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Abstract: *Credibility, personality and motivation of the teacher of physical education and sport - recent years we are looking at ways to break the traditional style of teacher work and examine in detail his personal his professional qualities. This process goes slowly, with effort nadmoghane a strong influence on the style in the way of experience.*

Key words: *preparation, knowledge, behavior, motivation, results, relations.*

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години у нас се търсят пътища за разчупване на традиционния стил на работа на учителя и се проучват подробно неговите професионално-личностните му качества. Този процес върви бавно, с усилия за надмогване на силното влияние на стила „по пътя на опита.”

Успехът на преподавателя по физическо възпитание и спорт в неговата професионална дейност зависи както от подготовката му за урока, така и от обема на знания, които притежава, от авторитета, който изгражда в очите на своите възпитаници. Неговото поведение и нагласа са от съществено значение за образованието и възпитанието на учениците. От него до голяма степен зависи мотивацията за адекватното участие в процеса на обучението и успеваемостта им. Добрият педагог знае, че има „властта” да мотивира възпитаниците си, да ги научи да харесват предмета му, а може би дори да го обичат. Взаимоотношенията между учителя и ученика играят главна роля при определяне на желанието им за активно участие в урока по физическо възпитание и спорт. В този смисъл поведението и отношението на преподавателя трябва да служат за пример и да будят уважение. Авторитетът му трябва да се гради непрекъснато и да се отстоява пред учениците. Много е важно той да показва защо заслужава да бъде уважаван и със същата сила да уважава и зачита учениците си, защото престижът се заслужава и не може да бъде наложен над никого, [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Чрез качествата на своята личност учителят изисква, контролира и решава много професионални задачи. Успехът в благородната му професия и педагогическото майсторство се придобиват в ежедневната му педагогическа дейност и зависи от собствените му усилия, за да утвърждава авторитета си. Важно значение имат неговите компетенции за ръководство и управление на учебния процес. Това означава той да притежава не само точни, задълбочени и трайни знания, а умение за творческо комбиниране на преподавания материал, който да се допълва и свързва с примери от практиката, науката, изкуството. Учителят майстор успява да организира и мобилизира класа и да включи всеки ученик в активна двигателна и самостоятелна дейност. Съществен компонент е включването на различни похвати при демонстрирането на двигателните задачи предстоящи за изучаване: мимика, жестове, походка, дикция, тембър на гласа и други. Устната реч на педагога трябва да се отличава с яснота, логическа последователност, емоционална обогатеност. Овластяването на прецизната техника на изпълнение на двигателните задачи, и проявата на творчество при преподаването им, осигурява възможност учителя да изявява по-цялостно своята личност. Ефективността на урока по физическо възпитание и спорт зависи не само

от отношението му към учениците, но и от тяхното отношение към него. Така знанията и действията му се подлагат на критичен анализ от обучаваните

Доверието е безспорен израз на уважение към неговата личност. В учебния процес основна цел е равнието на двигателния потенциал на обучаваните; запазване на здравето им. Взаимното доверие във взаимоотношенията по време на протичане на урока е ефективен стимулатор за двигателната им активност и за пълноценната реализация на възможностите им. Съществуват доказателства, които показват, че запазват и развиват своя авторитет тези учители, които умеят да проявяват доверие към определени позитивни възможности на личността на ученика. Редица автори разглеждат компонентите на оптималния за съвременните условия модел на взаимоотношенията между учители и ученици, наречен „уважение и взыскателност“, [5, 6, 7].

Справедливостта е проявление на уважение между учители и ученици. Можем да я определим като отношение между тях, като представа за човешката същност-например честност в определянето на победилите отбор, правилна преценка на постигнатите резултати, отлично наблюдение и реално отношение. Всъщност проявата на справедливостта означава да мислиш и да отстъпваш в определени ситуации, обективно да ги преценяваш и да вземаш правилни решения.

Толерантността е отношение, при което учителите зачитат ценностите на учениците и обратно те уважават личността на учителите. Толерантността и човечността съвпадат, защото да признаваш правото на свобода в мнението и проявите на околните, дори когато се различават от твоите, е едновременно и човечност.

Свободата е отношение при което учителите и учениците отстояват своите позиции на индивидуалност. Свободата да проявяваш своята индивидуалност всъщност е този принцип, който осигурява уникални възможности за самопознание, за постигане на основни личностни цели: например развитие и формиране на личностна оценка на действителността; разграничаване на външни от вътрешни причини за поведението; развитие на разнообразни способности, активна съвест, разумна дисциплина, отговорност пред себе си и другите.

Учителят трябва да бъде критичен и самокритичен. Той трябва да притежава и педагогически такт, защото това е умение за точно ориентиране в нововъзникнала ситуация и бързо вземане на правилно решение. Насочено е към физическо усъвършенстване на подрастващите, включени в образователно-възпитателната система, с основните компоненти: образователен и възпитателен. Образователният процес се състои в обучение в знания, практически умения и навици. Учениците усвояват естествено- приложни умения, строеви, лекоатлетически и гимнастически упражнения. Образователният процес е насочен към развитие на двигателните им качества, тяхното здравословно състояние и правилно възпитание. Добрите резултати от процеса на обучение зависят от компетентността на учителя, поведението му, справедливостта в преценките му. От значение са и някои чисто личностни качества, например: търпение, чувство за хумор и спокойствие решаващи в много критични ситуации по време на оспорвана спортна борба, в която трябва да се реагира бързо и справедливо и точно. Важно е и наличието на задълбочени професионални компетенции и знания, личностна мотивация и успеваемост, проява на индивидуалност и други.

Целта е да се стимулира двигателната активност и да се подобри качеството на обучение. Изграждането на личностните качества на подрастващите в процеса на протичането на урока по физическо възпитание и спорт зависят от включването на съвременните подходи: самостоятелна работа; проблемност в обучението; индивидуален и диференциран подход; програмирано обучение; интегративен подход, използване на съвременни технически средства и уреди. С тяхна помощ се повишава на ефективността на работата. Учителят подбира и съчетава в

определено съотношение подходящи методи за осъществяване на двигателната дейност и похвати, като се съобразява с редица фактори: цел и задачи на урока; форма на работа; изисквания към учениците; положителни и слаби страни на в подготовката им; наличната материална база; условията за работа; времетраенето на урока и други. От него се изисква да дава точни указания, да използва правилна терминология при преподаването на двигателния материал. Демонстрацията трябва да е придружена с обяснения. Да е технически правилна емоционално изразителна.

При наличие на случаи на конфликтни ситуации между учител и ученици се налага да се спазват редица правила, осигуряващи междуличностно разбирателство. Успешното им разрешаване изисква спазването на следните принципи положения, [2]: осъществяване на контрол върху емоциите; отсъствие на откръбление на личността на ученика; умение за въздържане от агресивна дейност; запазване на толерантни отношенията, независимо от резултата при разрешаването на конфликта; умение за приемане на конфликтите и други.

Причините за възникване на конфликтни ситуации в урока между учители и ученици могат да се групират по следния начин, [3]: 1) взаимно принижаване на личността и несправедлива негативна оценка на постъпките и действията на учениците; 2) подценяване на достойнствата им; 3) подценяване на приноса им ученика в общата работа. Те могат да бъдат преодоляни чрез справедливо отношение което налага: изслушване, обсъждане, постигане на съгласие и т. н. Взаимното доверие във взаимоотношенията е ефективен стимулатор на двигателната активност. Съдейства за пълноценната изявява на възможностите на учениците, стимулира тяхното развитие и реализация. Доверието се детерминира от три основни фактора: опита, социалните роли и интересите на двете страни, взаимоотношенията. Към учителя като носител на авторитета, се очаква проява на доверие от страна на учениците. прдимство. Той трябва да се стреми да успокои, мотивира и амбицира ученика, да му вдъхне увереност в собствените възможности. Отношението на учениците към учителя в учебния процес определя личната им позиция към физическото възпитание и спорта. То формира и степента на желанието им за активно участие в урока и другите форми на занимания с физически упражнения и спорт [1, 2, 3, 5, 6].

На основата на задълбочен теоретичен анализ на достъпната ни наша и чужда литература сме разработили теоретичен **модел на професионално-личностните качества на учителя**. Водещи са: проява на взаимно доверие; общителност със задължителен елемент на емпатия; справедливост; толерантност; емоционална устойчивост; усещане за собствена оценка; педагогическа наблюдателност; поведение, нагласа и отношение; коректни взаимоотношения между учител и ученици; творчеството като личностна черта, схема 1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въз основа на казаното до тук стигаме до извода, че проблемите по физическото възпитание и спорт днес в повечето от случаите се свеждат основно до липсата на средства за подобряване на материално-техническата база в учебните заведения и предоставяне на съвременно спортно оборудване.

Но един от най-големите проблеми е намалената мотивацията за активна двигателна дейност в уроците по физическо възпитание и спорт.

Тази ситуация не е безизходна – има нужда от по-широк спектър на специализирани програми съобразени с индивидуалните възможности на децата. От значение е и формирането на траен интерес и потребности за системни занимания с разнообразни двигателни дейности през целия живот. Всичко това зависи от професионалните качества и умения на учителя по физическо възпитание и спорт.

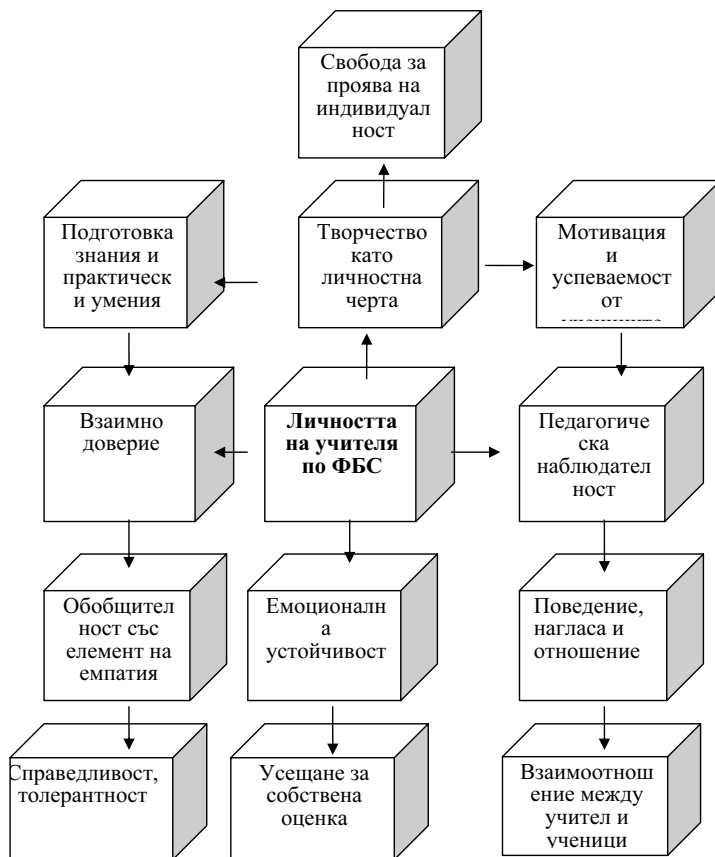


Схема 1: Личностни качества на учителя

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Каролина Лазарова, Недялка Маврушева, Незабравка Генчева, Проучване мнението и отношението на учениците към учителите по физическо възпитание и спорт, Спорт и наука, С., кн. 6 2007.
- [2] Колешев, Н. „Педагогика“ 2005, бр. 6 Взаимоотношенията между учители и ученици – проблем и решения.
- [3] Колешев, Н сп. „Педагогика“ 2008 /бр. 7 стр; 15-23/[16,201] Доверието във взаимоотношенията между учители и ученици
- [4] Колешев, Н сп. „Педагогика“ 2008 /бр. 1 стр; 3-10/[3,174] Справедливостта във взаимоотношенията между учители и ученици
- [5] Колешев, Н сп. „Педагогика“ 2007/ бр. 9 стр 3-11 Толерантността във Взаимоотношенията между учители и ученици

За контакти:

Петър Цанков: Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Предучилищна и начална училищна педагогика, e-mail: arh_sladyr@abv.bg

Место фитнес-дисциплин в уроках по физической культуре и спорта

автор: Марианна Перонкова

научный руководитель: проф. дпн Антоанета Момчилова

The place of fitness in the lessons of physical education and sports: nowadays the fitness is not so popular in the lessons of gymnastics. The aim of this article is to show a significance and necessity of its amazing and interesting direction for children. The fitness is appropriate to all of criteria's of pedagogical goals and functions.

Key words: fitness, locomotor activity, physical activity, health.

ВВЕДЕНИЕ

Движение - естественная потребность организма человека. Избыток или недостаток движения - причина многих заболеваний. Оно формирует структуру и функции человеческого организма. В ходе длительного эволюционного развития человека сложилась очень тесная связь между его двигательными функциями и деятельностью внутренних органов. В период роста и развития человека движение стимулирует обмен веществ и энергии в организме, улучшает деятельность сердца и дыхания, а также функции некоторых других органов, играющих важную роль в приспособлении человека к постоянно изменяющимся условиям внешней среды. Большая подвижность детей и подростков оказывает благоприятное воздействие на их головной мозг, способствуя развитию умственной деятельности. Двигательная активность, регулярные занятия физической культурой, фитнесом и спортом - обязательное условие здорового образа жизни. [1,2,3].

Для выполнения функции опоры и передвижения в организме человека с первых дней формируются опорно-двигательный аппарат - скелет и мышцы. При рождении ребенка его костная и мышечная системы уже достаточно развиты и продолжают интенсивно расти. Особенно это становится заметным, когда ребенок начинает ходить: увеличиваются размеры костей и мышц как в длину, так и в толщину; хрящевая ткань постепенно замещается костной. Полное развитие костно-мышечной системы человека при условии выполнения норм двигательной активности заканчивается к 20-24 годам. При недостатке движения возникает болезнь, называемая гиподинамией (гипо... - пониженный против нормы). При этом у человека ухудшаются кровообращение, дыхание, пищеварение, снижается мышечная сила, страдают и другие функции организма. Хуже становятся память, внимание, падает умственная и физическая работоспособность. Человек чаще болеет. Поэтому нужно приучать организм к движению с раннего детства и заниматься физической культурой на протяжении всей жизни. Некоторые исследователи утверждают, что в нашем 20-ом веке физическая нагрузка уменьшилась в 100 раз, по сравнению с предыдущими столетиями. Если как следует разобраться, то можно прийти к выводу, что в этом утверждении нет или почти нет никакого преувеличения. Представьте себе крестьянина прошлых столетий. Он, как правило, имел небольшой надел земли. Инвентаря и удобрений почти никаких. Однако, зачастую, ему приходилось кормить "выводок" из десятка детей. Многие к тому же отработывали барщину.

Всю эту огромную нагрузку люди несли на себе изо дня в день и всю жизнь. Предки человека испытывали не меньшие нагрузки. Постоянные погони за добычей, бегство от врага и т.п. Конечно же, физическое перенапряжение не может добавить здоровья, но и недостаток физической активности вреден для организма. Истина как всегда лежит где-то посередине. Трудно даже перечислить все положительные

явления, возникающие в организме во время разумно организованных физических упражнений.

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Понятие двигательной активности и ее роль для здоровья ребенка

Оздоровительный и профилактический эффект массовой физической культуры и фитнеса неразрывно связан с повышенной физической активностью, усилением функций опорно-двигательного аппарата, активизацией обмена веществ. Учение Р. Могендовича о моторно-висцеральных рефlekсах показало взаимосвязь деятельности двигательного аппарата, скелетных мышц и вегетативных органов. В результате недостаточной двигательной активности в организме человека нарушаются нервно-рефлекторные связи, заложенные природой и закрепленные в процессе тяжелого физического труда, что приводит к расстройству регуляции деятельности сердечно-сосудистой и других систем, нарушению обмена веществ и развитию дегенеративных заболеваний.[1,2,3]. Двигательная активность принадлежит к числу основных факторов, определяющих уровень обменных процессов организма и состояние его костной, мышечной и сердечно-сосудистой системы. Она связана тесно с тремя аспектами здоровья: физическим, психическим и социальным и в течение жизни человека играет разную роль. Потребность организма в двигательной активности индивидуальна и зависит от многих физиологических, социально-экономических и культурных факторов. Уровень потребности в двигательной активности в значительной мере обуславливается наследственными и генетическими признаками. Для нормального развития и функционирования организма сохранения здоровья необходим определенный уровень физической активности.

Ребёнок приобретает большую часть информации об окружающем мире в период от рождения до 5-6 лет жизни. Это период интенсивного психического и физического развития детей, который наиболее важен для последующего становления гармоничной личности человека в целом, поэтому нужно вовремя выявить и развить в ребёнке его безграничные потенциальные возможности. Выбирая занятия для своего ребёнка, помните, что интеллектуальная, творческая, эмоциональная и физическая сферы деятельности важны в равной степени!

От двигательной активности во многом зависят развитие моторики, работоспособность, успешное усвоение материала по различным предметам. Подтверждено огромное положительное воздействие фитнес-упражнений и подвижных игр на развитие таких психических процессов как: восприятие, мышление, память, внимание, воображение. Так что залогом правильного развития является – гармония!

2. Фитнес

Слово «фитнес» произошло от английского fit, что в переводе означает «соответствовать», «быть в хорошей форме». Эта оздоровительная методика включает в себя физические тренировки. Однако фитнес — не только физические упражнения, но и определенный образ жизни, наполненный осознанием полной победы над собой, чувством радости и гордости своими успехами. Используя разнообразные виды фитнеса, можно получить максимальную пользу за минимальное количество времени.

В результате занятий фитнесом происходят положительные изменения в состоянии здоровья:

- Защита от сердечных заболеваний.
- Увеличение жизненной емкости легких – это влияет на продолжительность жизни.

- Укрепление опорно-двигательного аппарата (кости и мышцы становятся толще и сильнее).
- Регулирование веса тела.
- Регулирование психологического состояния (снимает стрессы).
- Улучшение физической и интеллектуальной работоспособности.

(Кеннет Купер [2])

В школе урок – основная форма обучения. Как и в любом виде двигательной активности, в занятиях фитнесом решаются три основных типа педагогических задач: воспитательные; оздоровительные; образовательные.

В фитнес-урок входит: **разминка** - предварительный стретчинг (*stretching* – растягивание). Цель – подготовить организм к основной нагрузке. Физиологические воздействия разминки:

- Увеличение метаболизма.
- Высокая интенсивность обмена кислородом между кровью и мышцами.
- Быстрая передача нервных импульсов.
- Постепенное перераспределение крови в работающие мышцы.
- Высокая скорость и сила мышечных сокращений.
- Повышение эластичности мышц.

Основная часть - плавное повышение нагрузки. Доведение интенсивности до параметров 60–80% от максимальной частоты сердечных сокращений: 60% – начинающие; 70% – средне тренированные; 80% – тренированные.

Заключительная часть – в эту часть урока входит заминка и заключительный стретчинг. В заминке совершаются действия, обратные разминке: снижение частоты сердечных сокращений, потоотделения; постепенное сокращение амплитуды движений.

Заклучительный стретчинг – это целый ряд упражнений, направленных на совершенствование гибкости и развитие подвижности в суставах.

3. Шаг за шагом

На первых занятиях разучиваются основные (базовые) шаги, такие как:

March – ходьба на месте;

Walking – ходьба в продвижении;

Step – шаг;

Step touch – шаг в сторону;

V-step – шаг врозь, назад;

Heel touch – касание пола пяткой;

Toe touch – касание носком пола;

Mambo – шаги на месте с переступанием вперед, назад;

Slide – скользящий шаг в сторону;

Open step – открытый шаг;

Grape wine – «виноградная лоза» – скрестный шаг в сторону;

Scoop – шаги с прыжком на две ноги с продвижением вперед или назад.

Leg curl – «захлест» голени;

Knee up – взмах правой вперед, голень вниз;

После изучения шагов приступается к разучиванию танцевальных связок. Сначала более легкие, затем усложняется как комбинацию, так и шаги. Например: V step turn = V step с поворотом на 180°.

При этом используются следующие методы построения хореографических комбинаций.

1. **Свободный стиль** – не предполагает возврата к началу («что хочу, то и делаю»).

2. **Линейный стиль** – переход в другое движение без специальной последовательности.
3. **Комбинация** – соединение двух или более движений в определенном порядке.
4. **Структурированный (комбинированный) стиль** – соединение движений в комбинацию, которая является итогом урока. Получается законченная хореографическая комбинация. Повторяется несколько раз.

Преимущества этого метода: медленная прогрессия движений; повтор мышечной модели; легкость восприятия, возврат к началу. Возможность легкой подачи сложных хореографических комбинаций.

Рекомендуется при проведении занятий:

- Использовать вербальные команды: счет, направление, лидирующую ногу, название шага.
- Использовать визуальные команды: жесты, рука на ноге определяет ведущую ногу, пальцами – счет.
- Использовать ориентиры в зале.
- Использовать счет в обратном порядке: 3, 2, 1.
- Избегать команд, которые имеют несколько значений.

Прекрасно дополняют комбинации мячи из особо прочной резины – фитболы. Упражнения с фитболами способствуют развитию гибкости, равновесия, координации, силы мышц всего туловища. Дети с большим удовольствием занимаются с ними как на уроках, так и в секциях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фитнес-упражнения способствуют хорошей работе органов пищеварения, помогая перевариванию и усвоению пищи, активизируют деятельность печени и почек, улучшают желез внутренней секреции: щитовидной, половых, надпочечников, играющих огромную роль в росте и развитии молодого организма.

Фитнес-упражнения вызывают повышенную потребность организма в кислороде. В результате чего увеличивается “жизненная ёмкость” лёгких, улучшается подвижность грудной клетки. Кроме того, полное расправление лёгких ликвидирует застойные явления в них, скопление слизи и мокроты, т.е. служит профилактикой возможных заболеваний. Лёгкие при систематических занятиях физическими упражнениями увеличиваются в объёме, дыхание становится более редким и глубоким, что имеет большое значение для вентиляции лёгких.

Занятие фитнес-упражнениями также вызывает положительные эмоции, бодрость, создаёт хорошее настроение. Поэтому становится понятным, почему человек, познавший “вкус” упражнений, стремится к регулярным занятиям ими.

В жизненных условиях школы повышается значимость физического воспитания и формирования всесторонне и гармонично развитой личности - выпускника школы с высокой степенью готовности его к профессиональной деятельности.

Регулярные занятия фитнесом и спортом в учебном процессе в школе дают организму дополнительный запас прочности, повышая устойчивость организма к самым разнообразным факторам внешней среды. Физическая культура и спорт в учебном процессе используется как средство активного развития индивидуальных и профессионально значимых для студентов качеств, они используются как средство достижения ими физического совершенствования, как средство социального становления будущих специалистов.

Занятия фитнесом позволяет избежать таких заболеваний, как искривление позвоночника и плоскостопие.

Фитнес-упражнения способствуют хорошей работе органов пищеварения, помогая перевариванию и усвоению пищи, активизируют деятельность печени и

почек, улучшают желез внутренней секреции: щитовидной, половых, надпочечников, играющих огромную роль в росте и развитии молодого организма.

ЛИТЕРАТУРА

[1].Большая Медицинская Энциклопедия, 1974 .

[2].Кеннет Купер. Новая Аэробика, Физкультура и спорт,М., 1976.

[3].Р.Могендович. Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем. Медгиз, 1957.

Для контактов:

Марианна Перонкова, Русенски Университет „Ангел Кънчев“, Факултет Природни Науки и Образование, e-mail: marianna.peronkova@abv.bg

Эффективность обучения и взаимодействие "учитель – ученик" в системе физического образования

автор: Тияна Божилова

научный руководитель: проф. дпн Антоанета Момчилова

Models of the relationship between teachers and students: *For this fiery scene as education teachers are required with high intelligence, with advanced thinking that people march to their willingness to put his heart on the altar for the young people of Bulgaria. Integrated approach in this direction creates innovation, revealing a new role of the teacher: - to understand the student to learn and to give the minimum required professional knowledge, to deal in life, it is focused on the leading and stable values in life. Therefore the teacher should improve, to participate in practice so that teaching theory is not hypothetical and incomprehensible for the student to evaluate the achievements of young people themselves and not compare them with those of others, and evaluation reaction is directed to lay the creative efforts and not to the results of these efforts.*

Key words: *models of relationships, teacher, student*

ВВЕДЕНИЕ

Проблема эффективности обучения и взаимоотношений с учеником актуальна для любого педагога. Но в системе физического образования (далее ФО) взаимозависимость характера отношений "учитель-ученик" и качества обучения является краеугольным камнем педагогического процесса. Используя термины "учитель" и "ученик", автор вкладывает в них первоначальный классический смысл. Учитель – это тот, кто делится знаниями, мудростью и опытом, а ученик их перенимает. Физическое образование базируется на принципе свободы выбора, и если параметры взаимодействия "учитель-ученик" не адекватны потребностям обоих субъектов, то о качестве обучения говорить не приходится, т.к. сам факт взаимодействия будет не реален. Существует и противоположная проблема: можно построить очень комфортные отношения с учеником, но их конструктивность с точки зрения решения образовательных и развивающих задач будет минимальна. Таким образом, необходимо найти ответ на вопрос: как построить взаимоотношения с учеником, чтобы взаимодействие с ним позволяло получать максимальный результат в сфере образования и личного развития, и в то же время оставалось бы перспективным для дальнейшего конструктивного общения. Ответом на этот вопрос может стать модель взаимодействия "учитель-ученик", назначение которой - оптимизировать учебный процесс.

Чтобы обеспечить определенную степень универсальности модели, т.е. возможность ее адаптации к личностным качествам ученика, учителя и специфике ФО необходимо рассмотреть: цели, задачи и специфику ФО; педагогические принципы, определяющие характер взаимодействия "учитель-ученик" (ВУУ), то есть сформулировать систему аксиом для построения всей теории субъект-субъектных отношений. Необходимо проанализировать содержание и параметры пространства взаимодействия (ПВ), т.е. той территории (сферы), на которой предполагается сотрудничество. Для автора таким ПВ является сфера физического образования. Очень важен выбор приоритетных направлений сотрудничества в ПВ с учетом мотивов и потребностей ученика и учителя, а также критерии, позволяющие определить оптимальный спектр методов и форм работы. Учитывая все выше изложенное, нужно найти алгоритм и определить критерии построения взаимоотношений с учеником, обеспечивающих максимальную эффективность решения всего спектра педагогических задач. Гипотетически построение модели должно базироваться на взаимодействии с учеником в определенном пространстве, при этом, если параметры взаимодействия обеспечивают внутреннюю свободу развития личности обоих субъектов (учителя и ученика) и используют все

потенциальные возможности пространства сотрудничества, то получаемые результаты максимальны. Ибо возможности такого взаимодействия не ограничены и позволяют и учителю, и ученику в полной мере реализовать свое предназначение, в чем состоит смысл жизненного пути человека.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Фундаментом для построения модели взаимодействия стали: теория оптимизации педагогического процесса Ю.К. Бобанского; работы советского психолога Л. Выготского; системы развивающего обучения Л. Занкова и В.Давыдова; теория укрупнения дидактических единиц П.М. Эрдниева; педагогическая теория В.М. Лизинского; методические системы педагогов-новаторов, работающих по принципам личностно-ориентированной педагогики, на основе сотрудничества с учениками В.Ф. Шаталова, С. Лысенковой и др. Особо стоит отметить концепцию о таланте И. Акимова и В. Клименко, в которой авторы предлагают свое определение таланта, анализируют причины и условия его возникновения, развития и работы, рассматривают вопросы “мобилизации духовных ресурсов для самоосуществления себя, личности и творца”.

Любой процесс начинается с определения цели. Цель физического образования сегодня – создание условий для максимально эффективного, целостного развития личности ребенка во всей многомерности возможностей человека. Иначе говоря,- создание условий для раскрытия и развития таланта. Необходимыми условиями для этого являются богатство внутренней духовной культуры, интеллектуальная свобода личности, хороший эстетический вкус, высокий нравственный потенциал, пластичность межличностного, межнационального и социального общения, наличие умений конструктивного познания своего “Я” и определенных навыков самореализации. Тогда идеалом результата данного педагогического процесса будет внутренне свободная личность, живущая во взаимосвязи с окружающим миром и стремящаяся осознать и воплотить свое предназначение в нем.

Цели: содействовать развитию личности ребенка и его способностей к физической культуре, самопознанию, самоопределению, самовыражению и самосовершенствованию посредством физического искусства.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующего комплекса задач: обучение детей знаниям, умениям и навыкам по физической культуре; предоставление детям возможности проявить свои творческие способности, богатую фантазию, изобретательность; создание условий для формирования и развития у детей интереса и любви к народному творчеству через активную физическую деятельность и обучение определенным навыкам в освоении физического мастерства.

Если переосмыслить вышеизложенные аспекты с общепсихологической точки зрения, то любой человек в своей жизни стремится дисгармонию преобразовать в гармонию, только мотивы, инструменты и уровень реализации решения таких задач у всех разные. Чтобы этот процесс был успешным, нужно научиться чувствовать дисгармонию (признак возникшей задачи); понимать, в чем ее суть (анализ условий задачи); владеть различными приемами и способами по ее преобразованию в гармонию (процесс решения задачи). Учитель - не исключение, у него, как у любого человека, есть опыт по узнаванию и решению подобного рода задач. Следовательно, его основная цель - передать этот опыт, цель же деятельности ученика – перенять опыт учителя, выйти на следующий уровень и идти дальше. Успешно решенные задачи расширяют спектр возможностей и ученика, и учителя по самопознанию и самореализации, тем самым, увеличивая и территорию взаимодействия. В конечном итоге опыт учителя в сфере взаимодействия станет

составной частью опыта ученика – ученик превзойдет своего учителя и пойдет дальше.

Взаимодействие “учитель - ученик” в системе физического образования имеет свою специфику, наиболее полно ее можно раскрыть, сравнивая дополнительное образование и обязательное среднее по определенным критериям, на примере уроков по физической культуре:

Таблица 1

Критерии	Школьное образование	Дополнительное образование
<i>Задачи</i>	Научить всех определенному минимуму знаний, умений и навыков.	Дать каждому возможно максимальный объем знаний, умений и навыков.
<i>Методы взаимодействия</i>	Без ограничений.	Без ограничений.
<i>Образовательные программы</i>	Четко и жестко сформулированное содержание.	Творческий подход к определению содержания.
<i>Оценка результата</i>	6 – бальная система.	Без ограничений.
<i>Контингент учащихся</i>	Группы учащихся одного возраста.	Наличие разновозрастных групп.
<i>Количество времени</i>	1-11 лет, 1 – 3 часа в неделю	В среднем 1–5 лет, 4–8 ч в неделю.
<i>Свобода выбора</i>	Обязательное образование.	Только по желанию
<i>Взаимосвязь предметов</i>	Обособленные предметы: физкультура, фитнес, различные направления физической культуры.	Интегрированные курсы обучения (на стыке физической культуры и науки).
<i>Отношение общественности.</i>	Урок по физкультуре – это “большая перемена”, то есть очень невысокая значимость.	Неподдельный интерес и популярность.

Такова специфика физического образования: принцип свободы выбора, реальная возможность творческого и нестандартного подхода к содержанию, методам и формам образовательного процесса. Эффективность работы педагога ФО зависит от того, насколько он сможет использовать преимущества системы. Можно сформулировать три класса задач, стоящих перед педагогом ДО:

1. Задачи, направленные на создание условий для взаимодействия с учеником:

- обустройство множества направлений возможного интереса детей и создание условий для возникновения у них желания освоить эти направления;
- создание проблемных ситуаций для совместной и индивидуальной деятельности в зоне ближайшего развития детей и педагога;
- задание положительного эмоционального фона;

2. Задачи узкоспециальные, направленные на формирование и развитие знаний, умений и навыков в определенной сфере.
3. Задачи по формированию и развитию личностных качеств как учителя, так и ученика, необходимых для самопознания, самовыражения.

У каждого учителя - свои принципы взаимодействия с учеником. Для большей ясности я приведу свою систему аксиом, на основе которой строится моя теория: жизненный путь любого человека – это самопознание, самосовершенствование и реализация своего предназначения; творить, как и думать, умеет каждый человек; любой ребенок – талантлив, вопрос - в наличии условий для раскрытия этого таланта; учитель – это тоже ученик; превосходство учителя - только в опыте по узнанию и решению задач в определенной сфере.

Если говорить о выборе форм и методов работы в системе физического образования, то необходимо максимальным образом учесть его специфику. При этом формы и методы должны быть многомерны, то есть работать сразу в нескольких направлениях. Ведущий принцип выбора форм и методов: способности к самоанализу и саморазвитию. Не смотря на сложность и объем практического материала, работа с опорным конспектом интересна и эффективна. Причем часть опорных сигналов ребята создают сами, что предоставляет широчайшие возможности для самосовершенствования. То есть данный метод обеспечивает оптимальные условия для взаимодействия “учитель - ученик”, высокий уровень формирования и развития специальных знаний и умений, а также личностных качеств и ученика, и учителя. То есть позволяет решать задачи всех трех классов.

С учетом выше сказанного и выстраивается модель взаимодействия “учитель-ученик” (см. рис). Рассмотрим компоненты модели:

1. *Основные направления взаимодействия (1-7-...)*: отражают содержание педагогического процесса, определяются целями и задачами образования и мотивацией ученика. Среди них, для получения более качественного результата, необходимо выбрать приоритетные, что позволит более адекватно учитывать индивидуальные особенности ребенка.
2. *Ведущий принцип взаимодействия* обеспечивает необходимые условия для достижения поставленной цели: если ученик верит себе, то есть учится работать со своей интуицией, все делает сам и в итоге получает удовольствие от процесса и результата.
3. *Пространство взаимодействия (ПВ)* – для автора и учеников – это сфера физической культуры, схема 1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физическая культура – это зеркало всей человеческой истории, культура каждого народа, его дух, традиции. Если у каждого ребенка будет возможность полюбить историю и культуру своего народа, ощущать себя его частью, тогда у этого народа есть будущее и только тогда реально воспитать поликультурную личность, способную ценить и уважать традиции и обычаи иной нации. И насколько ученик научится взаимодействовать с физической культурой как с источником человеческих знаний, чтобы духовно самосовершенствоваться, настолько и оценивается эффективность работы педагога в этой сфере. Главное - не поддаваться жестким реалиям повседневности и не свести все к технологиям и ремеслу.

МОДЕЛЪ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ "УЧИТЕЛЪ - УЧЕНИКЪ"

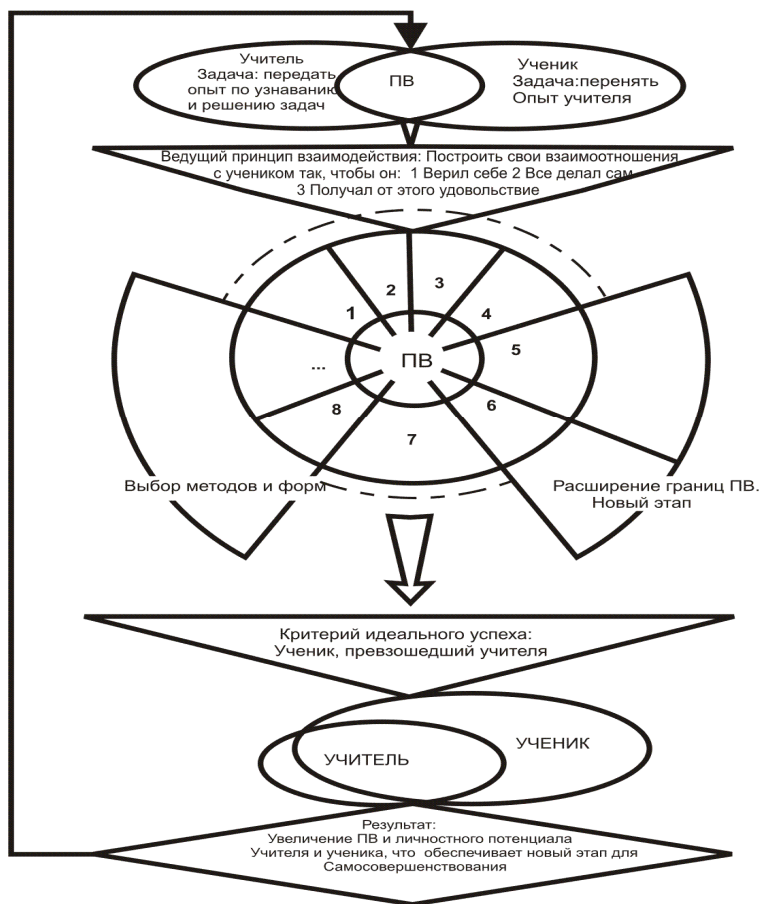


СХЕМА 1

ЛИТЕРАТУРА

- [1].Акимов И. Клименко В. О мальчике, который умел летать, или Путь к свободе. // Студенческий меридиан 1988-1990.
- [2].Алексеева. Физическая культура и школа. М.: Мир, 1980.
- [3]. Лизинский В.М. Приемы и формы в учебной деятельности. Москва. 2001.
- [4]. Программное обеспечение. - М., Бюллетень, № 6, 2000 .

За контакти:

Тияна Асенова Божилова, катедра Природни Науки и Образование, Русенски Университет „Ангел Кънчев”, e-mail: tiana_8706@abv.bg

Ниската двигателна активност и други причини за появата на наднормено тегло при децата в начална училищна възраст

автор: Десислава Цветкова

научен ръководител: проф. дпн Антоанета Момчилова

Low motor activity and other causes of Children overweight in elementary school age. The current paper focuses on a problem which is meaningful for all humanity, as obesity and immobilisation of children are becoming more frequent and in students from elementary school age. In this article I search the main causes for the children's overweight and a result of it I give some options of how to overcome this problem – playing some kind of sport, eating foods that are fibre-rich and give up junk foods.

Key words: physical activity, children, unhealthy eating, overweight

ВЪВЕДЕНИЕ

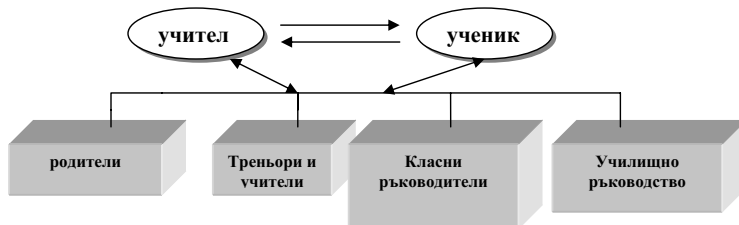
Голямото психическо и умствено напрежение в което живеем, обуславящо се от бързия темп, с който се развива техниката води до обездвижването на човека. Съвременния начин на живот предлага много разнообразни технически облекчения, които лишават децата от ежеднвното движение и нарушава равновесието между физическото и умственото им натоварване, [3,6] .

Развитието на всеки човек се обуславя от определени наследствени предразположения. Детето се ражда с определени анатоомофизиологични, физически, психически и други дадености, които в процеса на непрекъснатото взаимодействие с околната среда са предпоставка за формирането на всички качества, необходими за човешкия организъм. Това взаимодействие се осъществява главно чрез играва, познавателна, двигателна и трудова дейност. В тяхната роля трябва да се търсят специфичните особености на наследствената природа на човека. Средата, в която детето се развива, формира и усъвършенства, съдържа всичко онова, в което са възплътени усилията на всеки човек да задоволи своите потребности. Това активно съзнателно отношение се осъществява посредством дейности, решаваща роля в които има двигателната дейност.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Всички знаем, че спортът е здраве! Също така знаем, че напоследък младите хора все по малко спортуват, което от своя страна води до редица проблеми като: наднормено тегло, което по късно се превръща в затлъстяване, гръбначни изкривявания, понижената дееспособност, повишаваща се агресия и поддаване към негативните явления в обществото, непълноценно използване на свободното време!

Двигателната активност трябва да започне още в ранното детство и да бъде поощрявана. На фиг.1 е представен модел за повишаване на мотивацията за двигателна активност, [4].



Фиг.1 Модел за повишаване мотивацията за двигателна активност

Идеята е повишаването на мотивацията на учениците се реализира чрез възможно по-пълното им ангажиране както в часовете по физическо възпитание и спорт, така и в мероприятия, организирани в училище или извън него.

Начини за насърчаване на двигателната активност у децата:

- ❖ **Разходки** – добре е да се изгради навик у децата за ходене поне половин час на ден;
- ❖ **Каране на велосипед и бягане** – едни от най-полезните и най-ефективни спортове, които поддържат тонуса на детето и го предпазват от натрупване на излишни килограми;
- ❖ **Плуване** – един от най-старите спортове. Развива цялата мускулатура и е много приятен за децата;
- ❖ **Организирані спортове** – те са не само добра форма за спортуване, но и за поощряване на социализацията, работата в екип и създаването на приятелство.

Поради ограничения обем на разработката ще насочим вниманието си към проблемите свързани с наднорменото тегло на децата от начална училищна възраст.

От момента на постъпването на децата в училище двигателният режим рязко спада. В I клас, в сравнение с предучилищната възраст, двигателната активност намалява с около 50%, а при прехода от една възрастова степен в друга, тя продължава прогресивно да намалява. Доказателство за това са тревожните данни от основните показатели за физическа дееспособност, чиито измервания в началото и в края на всяка учебна година сочат незадоволителна физическа дееспособност.

Ниската или недостатъчна двигателната активност при децата е една от причините за възникване на проблеми с наднорменото тегло.

Много често наднорменото тегло се отъждествява с излишното тегло. Наднорменото тегло е теглото над допустимите граници за ръст, възраст и пол. На таблица 1 можем да видим нормалните стойности на ръст и телесна маса през различния период в началното училище 6 – 11 години.

Таблица 1 Данни за ръста и телесната маса

Възраст	Ръст (см)				Телесна маса (кг)			
	мъже		жени		мъже		жени	
	x +/-s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/-s	x +/-s
6 г.	117,4	6,3	116,8	6,1	22,3	3,4	21,9	3,6
6 г. 6 м.	120,6	5,8	120,4	5,6	23,6	3,6	23,1	3,6
7 г.	125,0	6,0	124,6	5,5	25,4	4,2	25,2	4,1
8 г.	130,6	7,3	129,4	6,3	28,0	5,0	27,7	5,4
9 г.	135,2	6,4	135,6	6,4	31,3	5,5	31,0	5,3
10 г.	140,9	6,4	141,4	5,7	35,2	6,5	35,6	7,5
11 г.	145,8	7,5	147,2	5,7	38,6	7,4	39,3	7,8

На практика идеално тегло не съществува, тъй като човек се развива под влияние на някои социални фактори, физиологични и психологични закономерности, специфични за индивида.

Според Л. Балабански за идеално тегло се счита това, което осигурява продължителна трудоспособност, баз да е нарушено единството между физическо и духовно развитие, [2].

Българите са поставени на рекордното второ място в света - след американците, а начина, по който се разпространява проблема с натрупването на излишни килограми е наричан "епидемия".

По данни на национални консултанти по хранене всеки пети български ученик е с наднормено тегло. Една от причините, които водят до появата му, освен ниската двигателна активност, може да бъде фамилната обремененост или също не по-маловажен е хранителният режим на децата.

Организация и методика

Инспекцията за опазване и контрол на общественото здраве проведе анкета от март – септември 2008г. между 443 ученика от „А“ паралелките на 4 клас на 12 училища в гр. Русе,[1] - ОУ „Алеко Константинов“, ОУ „Васил Априлов“, СОУ „Иван Вазов“, ОУ „Любен Каравелов“, ОУ „Отец Паисий“, ОУ „Тома Кърджиев“, ОУ „Христо Смирненски“, ОУ „Братя Миладинови“, СОУ „Йордан Йовков“, СОУ „Христо Ботев“, СОУ „Възраждане“, СОУЕЕ „Константин Кирил Философ“.

Целта на изследването е да се получи информация за двигателната активност на децата, техните хранителни навици и отношението им към предмета Физическо възпитание и спорт.

Хипотеза. Децата от начална училищна възраст имат проблеми с недостатъчното движение и появата на наднормено тегло. Целенасочената двигателна дейност в различните форми на работа по физическо възпитание и спорт и рационалното хранене оказват съществено влияние върху правилното физическо развитие и здравето на обучаваните.

Задачи:

1. **Да се оцени значението** на двигателната активност за организма на малките ученици и да се обърне внимание на хранителния им режим, като фактори за здравето на подрастващите;
2. **Насърчаване на учениците към допълнителна двигателна активност;**
3. **Провеждане на анкетно проучване** за установяване на двигателната активност на учениците и навиците за хранене.

Анализ на резултатите

В процентно съотношение анкетираните са: 47% ученици и 53% ученички.

Тъй като редовното хранене е важно за децата от начална училищна възраст, някои от въпросите са свързани именно с това.

На въпроса "Колко пъти седмично закусваш вкъщи?", отговорите са следните: 63% от децата отговарят - "всеки ден", 26% - основно през почивните дни, а 11% - "никога".

"Колко пъти седмично обядваш и вечеряш?" - 82% всеки ден се хранят на обед; 90% редовно вечерят.

Особено важно за здравословното хранене на учениците е редовната консумация на топла храна, а не бързото хапване на сухи закуски, вафли, снакове и други калорични и нездравословни храни.

Затова анкетата включва и блок въпроси относно честотата на консумация на топла храна по време на четирите хранения през деня, като под топла храна се има предвид готвено ястие, печен сандвич и др.

Резултатите сочат, че децата консумират топла храна най-често на вечеря – 82%, на обяд - 62%, 31% на сутрешната закуска, само 14% на следобедна закуска.

С цел установяване нагласите и навиците за хранене на учениците, най-големият блок въпроси в анкетата обхваща честотата на консумация на някои основни видове храни и напитки, важни за организма на подрастващите.

Мляко и млечни продукти консумират всеки ден 34% от децата, 33% - 2-3 пъти седмично, 28% - рядко, 5% - никога.

Рибата, богат източник на витамини и минерали, за съжаление не заема нужното място в менюто на децата половината (57%) отговарят, че рядко консумират риба, 16% никога “не близват”, 23% консумират 2-3 пъти седмично.

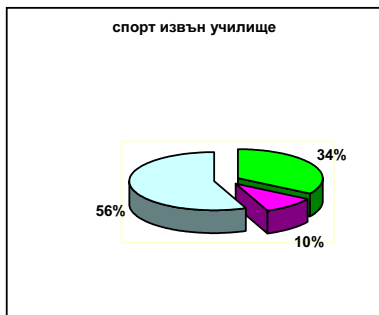
За съжаление така любимите за децата пържени картофи и чипс присъстват много по-често в менюто им. Не можем да отречем, че са вкусни и хрупкави, но съдържат прекалено много сол и мазнини, и честата им употреба не се препоръчва.

За радост данните от анкетите показват, че плодовете и зеленчуците са предпочитани от децата и 62% от учениците всеки ден консумират плодове, 55% консумират всеки ден зеленчуци, 27% - няколко пъти седмично, около 10% - по-рядко, само 1-2% - никога.

Относно хранителните навици на учениците в тази възраст следва още един **обезпокояващ факт– консумацията на сладки и тестени изделия.**

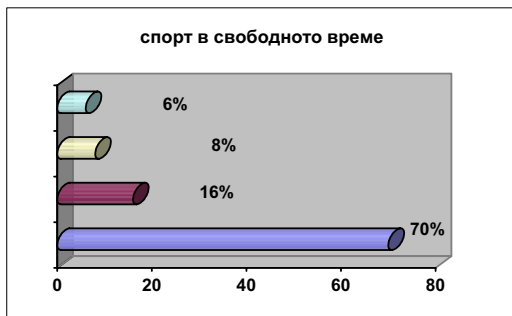
Почти половината от анкетираните заявяват, че всеки ден похапват тестени и сладки продукти.

Относно двигателната активност на децата, ситуацията е “на кантар”. Заниманията с активен спорт, физически упражнения и игри от най-млада възраст имат нееднозначен благоприятен ефект върху формирането на нагласи за активен и здравословен начин на живот.(фиг.2,3).



Фиг.2

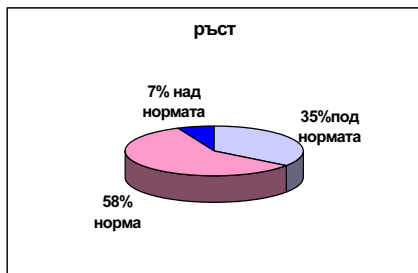
- 56% спортуват активно извън училище
- 10% - само понякога
- 34% се задоволяват само със спорта в часовете по физическо възпитание и спорт в училище



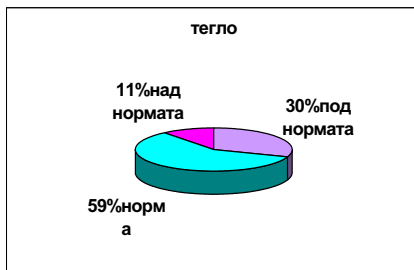
Фиг. 3

- 70% - няколко пъти карат колело, играят с топка или плуват
- 16% - един път седмично
- 8% - рядко
- 6%- никога

Изчислени са и нормите на теглото и ръстта на децата участващи в изследването, които са изобразени графически на фигури 4 и 5.



Фиг. 4



Фиг. 5

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Констатираните данни от проведеното анкетно проучване дават основание да се направят някои обобщения:

1. Не е достатъчна консумацията на мляко и млечни храни, риба и яйца.

Завишена е консумацията на чипс, сладки и тестени изделия и газирани напитки;

2. Плодовете и зеленчуците се предпочитат от децата и е добре да бъдат стимулирани да ги консумират и в бъдеще;

3. **Двигателната активност извън училище е недостатъчна**, децата трябва да прекарват повече време на открито; ако не се занимават активно със спорт, то да се включват в свободни игри – с топка, каране на велосипед, плуване и други;

За съжаление съчетанието на консумация на нездравословни храни и ниска двигателна активност е неблагоприятна тенденция при съвременните деца.

В тази трудна „война“ за укрепване на здравето и правилното физическо развитие на учениците на учениците физическото възпитание и спортът трябва да имат водеща роля.

Очевидна е необходимостта от внедряване в българското училище на т. нар. „здравно-образователни програми“, в които физическото възпитание и спортът трябва да заемат основно място, [2].

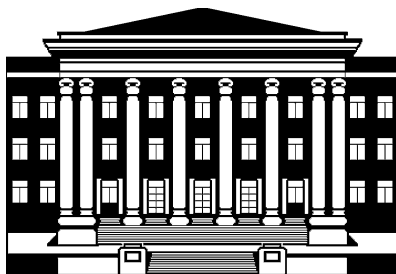
ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://riokoz-ruse.com/others.php>, Регионално проучване на храненето на учениците от начална училищна възраст, 2008.
- [2] Балабански, Л. Как да поддържаме теглото си. Медицина и физкултура, С., 1977.
- [3] Ванков, И. Всеки ден физкултура, МиФ, С., 1988
- [4] Заберска, Ю. Теоретични и приложни основи на мотивацията в спорта. С., 2004
- [5] Костов, К. Здравното образование в училище и физическото възпитание. В сб.: Иновации във физическото възпитание и спорта в началото на 21 век, Варна, 2001
- [6] Слънчев, П. Физическата активност – средство за усъвършенстване на здравето и профилактиката, СиН, бр.2, С., 1998.

За контакти:

Десислава Цветкова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Начална училищна педагогика и чужд език“, е- mail: deskatafx@abv.bg

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ СНС'10

П О К А Н А

**Русе, ул. "Студентска" 8
Русенски университет
“Ангел Кънчев”**

Факултет „Природни науки и образование”

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’09**

Под общата редакция на:
доц. д-р Пенка Баракова
проф. дпн Антоанета Момчилова
гл. ас. Боряна Тодорова

Отговорен редактор:
доц. д-р Ангел Смрикаров

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 13,5
Тираж: 51 бр.

ISSN 1311-3321

Печатна база
при Русенски университет “Ангел Кънчев”

<http://conf.ru.acad.bg/bg/>

Научна конференция на Русенски университет - 2009 - Windows Internet Explorer

File Edit View Favorites Tools Help

★ Научна конференция на Русенски университет - 2...

 РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ "АНГЕЛ КЪНЧЕВ"
СЪЮЗ НА УЧЕНИТЕ - РУСЕ

- ENGLISH
- Начало
- Поиска за участие
- Организатори
- Организационен комитет
- Тематични направления
- Работни езици
- Изисквания към оформлението на докладите
- Публикуване на докладите
- Такса за право на участие
- Фирмено участие
- Срокове
- График на провеждане
- Адрес за кореспонденция
- Телефонни за резервация
- Програма на конференцията
- Сборници с доклади

СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ

- Поиска за участие
- Сборници с доклади

"Work, finish, publish" Michael Faraday



НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ

30 - 31.10.2009
ПОСВЕЩАВА СЕ
НА ДЕНЯ НА НАРОДНИТЕ БУДИТЕЛИ

Copyright © 2008-2009

Internet 100%