**Міністерство освіти і науки України**

**Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»**

**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА**

Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти

Корекційна педагогіка, спеціальна психологія

(назва освітньої програми)

016 «Спеціальна освіта»

(шифр і назва спеціальності)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня магістр

**ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ АЕРОБНОГО ХАРАКТЕРУ В ПРОФІЛАКТИЦІ НЕВРОЗІВ**

**ТА НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ**

**Студента:**

Шаравари Романа Івановича

**Науковий керівник:**

Шумейко І.А., к.мед.н.,

**Рецензент:**

Гета Алла Володимирівна

Допущено до захисту

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Надія МЯКУШКО

(підпис) (ініціали та прізвище)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Полтава 2024

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ | 4 |
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ НЕВРОЗІВ І НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ | 9 |
| * 1. Типологія невротичних розладів у сучасних системах класифікації | 9 |
| * 1. Сутність девіантної поведінки підлітків і специфіка невротизації особистості підлітків з негативними формами поведінки | 14 |
| * 1. Аналіз підходів щодо використання фізичних вправ аеробного характеру у профілактиці неврозів і негативних форм поведінки підлітків | 21 |
| Висновки до першого розділу | 28 |
| РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ | 31 |
| 2.1. Методи дослідження | 31 |
| 2.1.1.Теоретичні методи | 31 |
| 2.1.2. Педагогічне спостереження | 31 |
| 2.1.3. Антропометричні методи | 32 |
| 2.1.4. Методи визначення функціонального стану | 32 |
| 2.1.5. Педагогічне тестування | 32 |
| 2.1.6. Методи дослідження психоемоційного стану | 33 |
| 2.1.7. Педагогічний експеримент | 34 |
| 2.1.8. Методи математичної статистики | 35 |
| 2.2. Організація дослідження | 35 |
| РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ НЕВРОЗІВ І НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ АЕРОБНОГО ХАРАКТЕРУ | 37 |
| 3.1. Теоретичне обґрунтування методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру | 37 |
| 3.2. Дослідження ефективності методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру | 48 |
| Висновки до третього розділу | 58 |
| РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ | 60 |
| ВИСНОВКИ | 64 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 66 |
| ДОДАТКИ | 75 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АТ – артеріальний тиск;

АТдіаст – діастолічний артеріальний тиск;

АТсист – систолічний артеріальний тиск;

в.п. – вихідне положення;

ЕГ – експериментальна група;

ЖЄЛ – життєва ємність легень;

КГ – контрольна група;

ЛГ – лікувальна гімнастика;

ЛФК – лікувальна фізична культура;

ОГК – окружність грудної клітки;

РГГ – ранкова гігієнічна гімнастика;

ЦНС – центральна нервова система;

ЧСС – частота серцевих скорочень.

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Проблема захворювань нервової системи підлітка завжди була дуже гострою. Це пов’язано з соціальними умовами суспільного життя, що постійно змінюються, ускладнюються та висувають підвищені вимоги до адаптації та соціалізації особистості. Останнім часом все більше стверджується реабілітаційний напрям, стрижнем якого є етапне, відновне комплексне лікування захворювань і ушкоджень, зокрема, й нервової системи.

Проблему невротизації особистості істотно досліджено в галузі загальної психології. Так, основними науковими здобутками у цьому контексті є розвідки вчених щодо: психофізіологічних передумов невротизації (Асатіані Н. М., Бірман Б. Г.); загальних особливостей ґенезу невротизації (В. К. Бітенський, В. П. Менделевич, А. М. Співаковська); типології та класифікації (М. М. Гуревич, А. Є. Личко); методів корекції (В. В. Гарбузов, Н. Д. Дмітрієва, А. А. Захаров, Г. О. Пілягіна); комплексних порушень функціонування психічних процесів при невротизації (Б. І. Карвасарський, Яценко). Розроблені різні теорії невротизації, зокрема, класична (Фромм Е.), соціологічна (Хорні К.), структурна (Кернберг О.), феноменологічна (Бінсвагнер Л.) психодинамічна, поведінкова (Скінер Б.) та когнітивна (Келлі Дж.) моделі невротизації та багато інших.

У спеціальній психології та суміжних науках, дотичних до вивчення порушень розвитку особистості, більше уваги приділяється вивченню невротизації девіантної особистості (Балунов О. А.).

У роботах науковців (Оржеховська В. М., Орлов О. В.) досліджені соціалізація молодого покоління в умовах їглибинних трансформацій українського суспільства, що відбувається на їтлі складних соціально-економічних реформ і потрясінь, їпослаблення виховного потенціалу не лише сім’ї, школи, їале й інших громадських інститутів, кризи перегляду їціннісних орієнтирів провокує виникнення поведінкових девіацій у їсуспільстві загалом, і молоді, зокрема. Поле негативних їформ поведінки протягом останнього часу суттєво розширилося їза рахунок нових форм девіацій, тому однією їз центральних проблем теорії і практики виховання їстає розробка ефективної профілактичної методики, спрямованої на їнейтралізацію негативних соціальних впливів і формування позитивної їспрямованості молодих людей, становлення їхньої моральної культури.

їУ сучасній соціологічній, медичній, психологічній і педагогічній їлітературі проблемі відхилень у поведінці молоді також їприділяється значна увага. Психолого-педагогічний аспект виникнення їповедінкових девіацій розкритий у працях Алемаскіна М. їО., І. С. Дьоміна та ін. Соціально-їпедагогічному аспекту девіантної поведінки присвячені дослідження Александровської їО. М., Капської А. Й. та ін. їСоціально-психологічний аспект девіантної поведінки молоді знайшов ївідображення в працях Бєлічевої С. А., Тарновської їО. С. та ін. Медичний (психобіологічний) аспект їдевіантної поведінки представлений у працях Гройсмана О. їЛ., Личка А. Є. та ін.

Деякі їдеструктивні чинники при невротизації особистості підлітків із їнегативними формами поведінки досліджувалися в контексті розладів їнервової діяльності, емоційних дисонансів, когнітивних викривлень, несформованості їсаморегуляції тощо (Іванова В. В., Ковальчук М. їА. та ін.). Вчені вказують на поширеність їсеред підлітків із негативними формами поведінки неврозоподібної їсимптоматики, втім, спостерігаються суттєві протиріччя у розумінні їозначеної проблеми. Одні автори (Казьмерчук А. В., їМінц М. О.) вважають невротизацію особистості підлітків їз негативними формами поведінки неможливою через характерну їдля них низьку здатність до формування репрезентацій їоб’єктивної дійсності, інші (Омері І. Д., Симачинська їЛ. І.) – що невротизація особистості таких підлітків їпринципово не відрізняється від невротизації в умовах їнормотипового розвитку.

Безперечно, окремі аспекти проблеми невротизації їособистості підлітків з негативними формами поведінки висвітлені їв працях вчених (Левшунова Н. В., їТитаренко Т. М.), втім ґрунтовні дослідження їцього явища, на жаль, майже відсутні. Також їмайже не розроблені і методи профілактики та їпсихокорекції особистісного розвитку невротизованих підлітків з негативними їформами поведінки засобами фізичного виховання.

Актуальність цієї їпроблеми, її недостатня теоретична розробленість, вимоги сучасної їшкільної практики зумовили вибір теми дослідження: «Використання їфізичних вправ аеробного характеру в профілактиці неврозів їта негативних форм поведінки підлітків».

**Мета дослідження:** їтеоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити методику, їспрямовану на профілактику неврозів та негативних форм їповедінки підлітків.

**Завдання дослідження:**

* + - 1. Схарактеризувати сутність неврозів їі негативних форм поведінки підлітків, визначити критерії, їпоказники та рівні цих проявів.
      2. Проаналізувати підходи їщодо використання фізичних вправ аеробного характеру у їпрофілактиці неврозів і негативних форм поведінки підлітків.
      3. Розробити методику профілактики неврозів і негативних форм їповедінки підлітків і дослідити її ефективність.

**Об’єкт їдослідження:** процес профілактики неврозів і негативних форм їповедінки підлітків засобами фізичних вправ аеробного характеру.

**їПредмет дослідження:** методика профілактики неврозів і негативних їформ поведінки підлітків із використанням фізичних вправ їаеробного характеру.

**Методи дослідження.** Відповідно до мети їроботи та для розв’язання поставлених у роботі їзавдань використані наступні методи дослідження: теоретичні методи; їпедагогічне спостереження; антропометричні методи; методи визначення функціонального їстану; педагогічне тестування; методи дослідження психоемоційного стану; їпедагогічний експеримент; методи математичної статистики.

**Експериментальна база їдослідження:** Полтавська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №ї10 ім. В. Г. Короленка Полтавської міської їради Полтавської області.

**Практична значущість роботи** полягає їу можливості використання розробленої методики профілактики неврозів їі негативних форм поведінки підлітків в системі їроботи психолого-реабілітаційного супроводу таких підлітків в їумовах освітнього процесу; результати дослідження можуть бути ївикористані при створенні методики педагогічної профілактики невротизації їта девіантної поведінки підлітків у соціально-виховному їсередовищі загальноосвітньої школи; матеріали й результати дослідження їможуть знайти застосування в системі профілактичної роботи їз учнями підліткового віку, а також під їчас розроблення навчально-методичного забезпечення виховної діяльності їв загальноосвітній школі.

**Апробація результатів дослідження.** Зміст їта основнії результати магістерського дослідження обговорювались автором їна такихї науково-практичних конференціях: 1) V Всеукраїнської науково-практичної конференції «Правові, економічнії та соціокультурні засади регулювання суспільних відносин: сучаснії реалії та виклики часу» (м. Полтава, 2023р.) та 2) їМіжнародній наукової-практичній конференції «Інноваційний потенціал та їправове забезпеченняї соціально-економічного розвитку України: виклик їглобального світу: (м. Полтава, 15-16 травня ї2024 р.).

**РОЗДІЛ 1**

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ НЕВРОЗІВ І НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ**

* 1. **Типологія невротичних розладів у сучасних системах класифікації**

Проблема їтипології та класифікації психічних розладів є надзвичайно їважливою як для теорії, так і для їпрактики тих наукових галузей, що опікуються сферами їпсихічного здоров’я та психологічного благополуччя дитини, оскільки їявляють собою ядро психодіагностики, а, отже, основу ївибору тієї чи іншої стратегії реабілітаційного або їпсихокорекційного впливу [4].

У сучасних системах класифікації їтрадиційний розподіл психічних розладів на невротичні та їпсихотичні поступово втрачає своє фундаментальне значення. Так, їу поточній редакції Міжнародної класифікації хвороб (ICD–ї10), на відміну від попередньої (ICD–9), їпоняття неврозу перестає бути основою класифікації відповідної їгрупи психічних захворювань. Невротичні розлади все ще ївиділяються як окрема група нозологічних одиниць в їсилу їх історичного взаємозв’язку (F40–F48: Невротичні, їпов’язані зі стресом та соматоформні розлади), однак їтермін «невроз» вживається лише в окремих випадках. їЦя рубрика включає такі структурні одиниці:

* тривожно-їфобічні розлади включають агорафобію, соціальну фобію, специфічні їфобії;
* інші тривожні розлади включають панічний розлад, їгенералізований тривожний розлад, змішаний тривожний і депресивний їрозлад;
* обсесивно-компульсивний розлад включає ананкастний невроз їта обсесивно-компульсивний невроз, переважно нав’язливі думки їабо румінації та переважно нав’язливі дії, змішані їобсесивні думки та дії;
* реакція на тяжкий їстрес і розлади адаптації включають гостру стресову їреакцію, посттравматичний стресовий розлад, розлади пристосування;
* дисоціативні (їконверсійні розлади) включають конверсійну істерію, конверсійну реакцію, їістерію, істеричний психоз, дисоціативну амнезію, дисоціативну фугу, їдисоціативний ступор, транси, дисоціативні моторні розлади, дисоціативні їконвульсії, дисоціативну анестезію та втрату чутливості;
* соматоформні їрозлади включають соматизаційний розлад, невизначений соматоформний розлад, їіпохондричний розлад, соматоформну вегетативну дисфункцію, стан стійкої їсоматоформної болі;
* інші невротичні розлади включають неврастенію, їсиндром деперсоналізації=дереалізації, професійний невроз, психастенію та їневизначений невротичний розлад [53].

Класичний погляд на їтипологію неврозів представлений у ICD дев’ятого перегляду. їВ цій версії зазначеного класифікатора психічні розлади їневротичного спектра виділені в окрему групу – «Невротичні їрозлади» – що визначаються як такі психічні порушення, їщо не мають органічної основи, є усвідомленими їта за яких відсутні порушення тестування реальності. їЦя група нозологічних одиниць ICD–9 має їописані нижче складові.

Стани тривоги – різноманітні комбінації їфізіологічних і психічних проявів тривоги, що не їє адекватними реальній небезпеці. Включають тривожний невроз, їтривожні реакції, тривожні стани, панічні атаки, панічні їрозлади, панічні стани.

Істерія – психічні розлади, за їяких витіснені у несвідоме мотиви символічно виявляються їу порушеннях сенсорних та/або моторних функцій їі/або звуженні свідомості. Включає астазію-абазію, їкомпенсаторний невроз, конверсійну істерію та конверсійну реакцію, їдисоціативну реакцію, дисоціативний стан, синдром Ганзера, множинну їособистість.

Фобічні стани – невротичні стани, що характеризуються їінтенсивним нереалістичним страхом певних об’єктів або ситуацій. їВключає агорафобію, фобії тварин, клаустрофобію тощо.

Обсесивно-їкомпульсивні розлади – стани, за яких провідним симптомами ївиступають нав’язливі почуття необхідності робити певні дії, їобдумувати певні ідеї, пригадувати певний досвід, румінацію. їЦі думки сприймаються особою як небажані та їнеприродні, але такі, що належать цій особі. їНав’язливі дії мають квазіритуальний характер і сприяють їзниженню тривоги. Включають ананкастний невроз та компульсивний їневроз.

Невротична депресія – невротичний розлад, що характеризується їдиспропорційним депресивним станом, якому, зазвичай, передує сильний їстресовий або психотравматичний досвід. За цього стану їчасто присутня тривога, однак виключена психотична симптоматика. їВключає тривожну депресію, депресивну реакцію, невротичний депресивний їстан, реактивну депресію.

Неврастенія – невротичний розлад, для їякого є характерними швидка втомлюваність, дратівливість, головні їболі, депресія, безсоння, труднощі в концентрації, ангедонія. їНеврастенія може виникати як супутнє порушення при їсоматичних розладах або ж бути результатом виснаження їта тривалого емоційного стресу.

Синдром деперсоналізації – невротичний їрозлад, що характеризується суб’єктивно неприємними змінами у їсприйманні: об’єкти та події навколишньої дійсності або їчастини тіла індивіда сприймаються як нереальні, несправжні, їавтоматичні, віддалені. При цьому індивід усвідомлює суб’єктивний їхарактер цих змін. Деперсоналізація може виникати симптом їінших психічних розладів (депресії, обсесивного та тривожного їневрозу, шизофренії). Включає також невротичну дереалізацію.

Іпохондрія – їневротичний розлад, за якого провідним симптомом виступає їнадмірне переживання індивіда за власне здоров’я, за їфункціонування певної частини тіла або, в окремих ївипадках – за функціонування психіки.

В адаптації ICD–ї9 пропонується у відповідності до вищеописаних діагностичних їодиниць класифікувати також і невротизацію особистості [64].

їВ одинадцятій редакції ICD, що набула чинності їз 2017 р., класифікація психічних розладів є їмаксимально наближеною до DSM–V. Відповідно, термін «їневроз» у цій редакції не вживається ICD [ї64].

В останній редакції Діагностичного та статистичного їкерівництва з психічних захворювань Американської психіатричної асоціації (DSM–V) невроз, як окрема діагностична одиниця, їне вживається взагалі. Натомість, психічні розлади, що їтрадиційно вважались невротичними, розподілені по специфічним категоріальним їгрупам, що включають також й інші розлади: їдепресивні розлади – включають як невротичну дистимію, так їі розлади настрою з психотичними ознаками; тривожні їрозлади – включають як невротичні тривогу та фобії, їтак і селективний мутизм; обсесивно-компульсивні розлади – ївключають як невротичні обсесії та компульсії, так їі тріхотиломанію та розлади накопичення, що можуть їбути наявними при психозах тощо [69].

Відображенням їкласичних поглядів на теорію неврозу є друга їредакція DSM, в котрій як і в ICD–9 невротичні розлади виділено в окрему їкатегоріальну групу – «Неврози». Ключовою характеристикою неврозу в їцьому класифікаторі названий підвищений рівень тривоги, що їможе переживатись безпосередньо, або ж бути несвідомо їконтрольованою за допомогою психозахисних механізмів – конверсії, заміщення їтощо. Ці захисні механізми утворюють симптоми, що їсприймаються індивідом як неприємні та небажані. При їцьому при неврозах, на відміну від психозів, ївідсутні втрата контакту з реальністю та особистісна їдезорганізація. Основною дискримінативною характеристикою неврозів є усвідомлення їіндивідом наявних порушень власного психічного функціонування. Ця їкатегоріальна група DSM–11 включає описані нижче їструктурні одиниці [41].

Окремої уваги заслуговує така їнозологічна група DSM та ICD, як «розлади їособистості». Ці розлади визначаються як стійкі внутрішньо-їособистісні та поведінкові патерни, що помітно відрізняються ївід прийнятих у тій чи іншій культурі їнорм. Ці патерни є глибоко вкоріненими в їособистісну структуру індивіда, негнучкими, незмінними протягом тривалого їчасу та призводять до труднощів в особистісному їта соціальному функціонуванні. Розлади особистості помітні, починаючи їз підліткового віку або навіть раніше. В ICD–9 розлади особистості називаються також «неврозом їхарактеру» [32].

В ICD–9, ICD–10 їта DSM–11 розлади особистості сформульовані як їтакі особистісні патерни, що симптоматично відповідають тим їчи іншим психічним розладам – як невротичним, так їі психотичним з тією відмінністю, що особистісні їрозлади мають більш широкий, первазивний вплив на їособистість та є сталими у часі [32].

їВ рамках моделі DSM–5 описані шість їспецифічних типів особистісних розладів: антисоціальний, уникаючий, пограничний, їнарцисичний, обсесивнокомпульсивний та шизотиповий. Для усіх інших ївипадків запропоновано визначати специфічні особистісні риси, що ївключають емоційну лабільність, тривожність, сепараційну тривогу, покірливість, їворожість, впертість, депресивність, підозрілість, відчуженість, уникнення близьких їстосунків, ангедонію, обмежену здатність до переживання емоцій, їманіпулятивність, оманливість, грандіозність, пошук уваги, грубість, безвідповідальність, їімпульсивність, схильність до відволікання, ризиковість, перфекціонізм, незвичні ївірування та переконання, ексцентричність, когнітивну та перцептивну їдизрегуляцію [30]. Останні три риси названі психотичними. їТобто, модель особистісних рис є більш комплексним їта індивідуалізованим засобом визначення як особистісних розладів, їтак і більш близьких до норми варіантів їфункціонування особистості, зокрема, такої, що має високий їрівень невротизації.

Таким чином, беззаперечною для практики їє корисність організації сучасних класифікаторів психічних розладів їсаме за симптоматичним принципом. Універсальність та ефективність їдиференціальної діагностики та симптоматичного підходу є головними їперевагами DSM–V та ICD–10 (і ICD–11 також). Усунення категорії неврозу, тим їне менш, негативно позначається на теоретичній значущості їцих систем класифікації. Терміни «невроз» і, особливо, «їневротизація», й нині лишаються релевантними у контексті їпсихології, зокрема, осіб із негативними формами поведінки, їоскільки стосуються принципового питання можливості формування в їтаких осіб комплексних психічних репрезентацій навколишньої дійсності, їа звідси – проблеми доступного цим особам рівня їфункціонування психіки.

* 1. **Сутність девіантної поведінки підлітків і їспецифіка невротизації особистості підлітків з негативними формами їповедінки**

Девіантна (негативна форма) поведінки школярів – це їпроблема, якій присвячені дослідження представників різних галузей їнауки. Девіантні прояви в поведінці дитини вивчаються їфілософами з погляду їхнього співвіднесення з категоріями їсоціальної норми, явищами стійкості і мінливості, проявами їзагальних закономірностей розвитку живої природи у практиці їлюдської діяльності. Соціологи, медики, психологи, педагоги досліджують їприроду девіантної поведінки, класифікують різні види девіацій їі фактори, що їх викликають, з метою їзапобігання виникненню небажаних явищ у процесі становлення їособистості дитини [60].

Будь-яка негативна форма їповедінки – це відхилення від загальновизнаної, неодноразово перевіреної їпрактикою норми поводження, вона завжди несе в їсобі елемент непередбачуваності, невідомості, можливої небезпеки. «Стан їризику – свого роду межа, риса, що розділяє їхаос і порядок, інновацію й усталену нормативно-їрольову форму поведінки. Чим менше ризик, тим їбільш імовірна дія індивіда, більш передбачувана поведінка їсистеми в цілому» [61].

Аналіз наукових праць їз проблеми дослідження [40, 53] показав, що їпоняття «негативна форма поведінки» або «девіантна поведінка» їу літературі використовується для характеристики різних проявів їдитячого та юнацького негативізму: від неслухняності до їпротиправних дій. Усталеним поняттям є «важка» дитина, їяке вживається для характеристики особи, яка «не їпіддається звичайним заходам педагогічного впливу» [53].

Зарубіжні їпсихологи вважають за доцільне говорити про проблемну їповедінку, яку підрозділяють на інтерналізовану (спрямовану на їсебе) та екстерналізовану (спрямовану на інших). Тоді їтака поведінка є одним із видів екстерналізованої їпроблемної поведінки [65].

Характеризуючи негативні форми поведінки їпідлітків, Кле М. [32] виокремлює: недоліки характеру, їзумовлені переважно емоційними аспектами становлення особистості (психічна їнестійкість, конфліктність; підвищена збудливість, гострота симпатій і їантипатій до людей; імпульсивність учинків; притуплений гнів; їлякливість і хворобливі страхи (фобії); песимізм і їнадмірна веселість; байдужість; неохайність і педантизм; пристрасне їчитання); недоліки характеру, зумовлені переважно активно-вольовими їмоментами (хворобливо виражена активність; інтенсивна балакучість; постійна їпотреба задоволень; відсутність певної мети; нестриманість; неуважність; їбезцільна брехня; злорадство і знущання з оточуючих їлюдей; негативізм; деспотизм; надмірна недбалість; замкнутість).

У їпрацях фахівців [53, 68] зазначені такі різновиди їнегативної поведінки дітей: 1) страхи, нав’язливості; 2) їрухова розгальмованість; 3) заїкання; 4) втечі з їдому і бродяжництво; 5) розлади апетиту; 6) їпатологічне фантазування; 7) страх перед своєю фізичною їнеповноцінністю (дисморфофобія); 8) патологічні захоплення (хобі-реакції).

їПатологічні реакції можна відрізнити від нормальної поведінки їза такими ознаками (за А. Є. Личко) [ї43]: схильність до генералізації, тобто виникнення відхилень їу поведінці в різних ситуаціях і в їзв’язку з різними, навіть неадекватними, приводами; здатність їнабувати характеру стереотипу; схильність підвищувати верхню межу їпорушень поведінки, що ніколи не переступається групою їоднолітків, до якої належить девіантний підліток.

Аналіз ївищерозглянутих підходів до трактування сутності негативної поведінки їдозволив сформулювати робоче для дослідження визначення: девіантна (їнегативна) поведінка – це поведінка, що відхиляється від їприйнятих у суспільстві соціально-моральних норм і їцінностей, виявляється в соціально неприйнятних способах самоствердження їй ускладнює процеси саморозвитку та конструктивної самореалізації їпідлітка.

У сучасній педагогічній науці девіантну поведінку їкласифікують за різними підставами: за радіусом (індивідуальні їта групові форми), сферами прояву (культурні та їпсихічні), за рівнем відхилення і типом норми, їщо порушується (правові, моральні, культурні), за характером їактивності (конструктивні та деструктивні) [60, 71]. За їтривалістю девіантна поведінка поділяється на тимчасову, постійну, їстійку та нестійку; за рівнем організації – на їстихійну, сплановану, структуровану, неструктуровану; за спрямованістю на їсебе та інших – на егоїстичну, альтруїстичну, експансивну, їнеекспансивну; за рівнем усвідомлення – на усвідомлену та їнеусвідомлену; за кількістю осіб – на індивідуальну та їгрупову. При цьому «радіус» девіантності залежить від їхарактеру особистісних проблем, групових традицій, характеру культури, їрелігійних норм тощо. При індивідуальних відхиленнях окремий їіндивід відкидає норми своєї субкультури. Групова девіація їрозглядається як конформна поведінка члена девіантної групи їстосовно його субкультури [71]. Відхилення бувають первинні їта вторинні. Під первинним відхиленням мається на їувазі девіантна поведінка особистості, яка, в цілому, ївідповідає культурним нормам, прийнятим у суспільстві. У їцьому випадку чинені індивідом відхилення незначні і їтерпимі, тому він соціально не кваліфікується девіантом їі не вважає себе таким. Для нього їі для оточуючих відхилення виглядає просто маленькою ївитівкою, ексцентричністю або помилкою. Вторинне відхилення від їіснуючих у групі норм, що входить в їобраз життя, кваліфікується як власне девіантне [71].

їВарто зазначити, що девіантна поведінка підлітків може їіноді поєднуватися з їхньою відносно доброю обізнаністю їз моральними нормами. За таких умов девіантна їповедінка неповнолітніх слугує своєрідним засобом самоствердження, вираженням їпротесту дітей проти реальної чи уявної несправедливості їдорослих. Оскільки у виникненні девіантної поведінки у їтаких випадках велику роль відіграють дефекти особистісного їрозвитку, що поєднуються з недоліками, помилками у ївихованні і негативним впливом несприятливої ситуації, що їскладається в найближчому оточенні дитини, родині, референтній їгрупі, особливо актуальним є цілеспрямоване формування у їпідлітків моральних звичок [61].

До числа різноманітних їфакторів, що обумовлюють генезис цієї поведінки, належать: їсоціальний фактор (соціально-економічні, культурні, політичні умови їжиття дитини); психолого-педагогічний фактор (сімейне, шкільне, їпрофесіональне, додаткове, інше виховання); індивідуальний фактор (психологічні їпередумови, що ускладнюють соціальну адаптацію індивіда); особистісний (їактивно-вибіркове ставлення індивіда до середовища спілкування їта діяльності, норм і цінностей свого оточення, їпедагогічних дій сім’ї, школи, громадськості, а також їдо особистих ціннісних орієнтацій, розвитку особистих здібностей їі готовності до саморегулювання власної поведінки) [68].

їТакож до чинників, що формують негативну або їдевіантну поведінку, відносять фактор дисгармонійного виховання (неповна їсім’я, гіпоопіка, гіперопіка, емоційне відкидання, суперечливе виховання, їжорстокі відносини в сім’ї), особливості мікросоціального оточення, їхронічні психотравмуючі ситуації в сім’ї та соціумі, їреакції особистості на усвідомлення психічної та фізичної їнеповноцінності; соціально-психологічні особливості підліткового віку, неврози їтощо [63].

Випереджальне виявлення цих факторів, а їтакож врахування їх впливу, змін у поведінці їпідлітка під їх дією у процесі педагогічної їорганізації профілактики девіантної поведінки учнів є складовою їчастиною всієї системи виховної роботи в загальноосвітній їшколі.

Серед найбільш актуальних проблем розвитку підлітків їз негативними формами поведінки особливо важливою постають їпсихічні порушення, зокрема, невротизацію [28], що негативно їпозначається на ефективності їхнього особистісного та соціального їфункціонування як в навчанні, так і у їповсякденному житті.

Як дозволяє свідчити теоретичний аналіз їпроблеми, невротизація особистості підлітків з негативними формами їповедінки – це комплексна проблематика, що дотепер лишається їнедостатньо розробленою. Ґрунтовні дослідження проблеми невротизації зазначеної їкатегорії осіб, на жаль, майже відсутні, в їдеяких працях вчених наголошується на специфіці протікання їпсихоневрозів, в окремих роботах висловлені принципово відмінні їпогляди на проблему виявлення та подолання невротичних їрозладів у підлітків з негативними формами поведінки.

їНизка вчених [4, 9, 30] вважають виникнення їневрозу у підлітків з негативними формами поведінки їнеможливим, оцінюючи при цьому будь-які непсихотичні їпсихічні розлади як неврозоподібні. Науковці [19, 54] їневрозоподібні розлади (неврозоподібні стани) визначають як нервово-їпсихічні порушення, що за симптоматичними проявами нагадують їневротичні розлади, проте не обумовлені дією психогенних їфакторів. Такі розлади займають проміжне місце між їорганічними захворюваннями і неврозами. При цьому відзначається [ї54] відсутність зв’язку неврозоподібного стану і психотравмуючої їситуації, більша тривалість і монотонність перебігу захворювання, їменша ефективність психотерапевтичного втручання. Невротична симптоматика у їпідлітків з негативними формами поведінки виражається у їформі дратівливості, слабкості, безсоння та інших ознак їневрастенії, у них переважає обсесивно-компульсивний розлад.

їРезультати досліджень авторів вказують на наявність у їпідлітків з девіантною поведінкою невротичної симптоматики (підвищений їрівень тривоги, страхи та фобії, розлади настрою їтощо), що її ці автори пов’язують з їкомбінованою дією специфіки атипового психічного розвитку таких їпідлітків і дисфункціонального впливу сім’ї (хронічна фрустрація, їнереалістичні очікування з боку родини, емоційна депривація їтощо) [4, 64].

Невротичні розлади у підлітків їз негативними формами поведінки передбачають наявність преморбідних їособливостей, а саме: сприятливого для виникнення невротичних їрозладів астенічного фону, що викликаний соматичними захворюваннями; їнаслідків органічних уражень головного мозку – психологічної нестійкості, їемоційної лабільності, запальності тощо. Серед соціальних факторів, їщо відіграють значну роль у ґенезі неврозу їу підлітків з негативними формами поведінки, найбільш їважливим автор називає несприятливу атмосферу в сім’ї [ї30].

Найбільш поширеною формою невротичного розладу у їпідлітків з негативними формами поведінки також вважається їневрастенія. Причину виникнення цього розладу дослідник вбачає їу виснаженні нервової системи через надмірне і їдовготривале фізичне чи психічне напруження, що пов’язане їз негативними емоціями. Як правило, таке напруження ївиникає під час навчання в школі та їв період статевого дозрівання. За даними автора їне є рідкісним формування в осіб із їнегативними формами поведінки неврозу за істеричним типом. їФактором ризику виникнення істеричних реакцій та істерії їпідлітків вчений називає їхню особливу навіюваність.

Таким їчином, девіантна (негативна) поведінка – це поведінка, що ївідхиляється від прийнятих у суспільстві соціально-моральних їнорм і цінностей, виявляється в соціально неприйнятних їспособах самоствердження й ускладнює процеси саморозвитку та їконструктивної самореалізації підлітка. Будь-яка негативна форма їповедінки – це відхилення від загальновизнаної, неодноразово перевіреної їпрактикою норми поводження, вона завжди несе в їсобі елемент непередбачуваності, невідомості, можливої небезпеки.

До їчисла факторів, що обумовлюють генезис цієї поведінки, їналежать: соціальний, психолого-педагогічний фактор, індивідуальний, особистісний. їТакож до чинників, що формують негативну або їдевіантну поведінку, можна віднести фактор дисгармонійного виховання, їособливості мікросоціального оточення, хронічні психотравмуючі ситуації в їсім’ї та соціумі, реакції особистості на усвідомлення їпсихічної та фізичної неповноцінності, соціально-психологічні особливості їпідліткового віку, неврози тощо. Саме невротизація підлітків, їна наш погляд, є більш значущим фактором їпри формуванні різних форм девіацій.

У поглядах їсучасних вчених щодо означеної проблеми наявні суперечності. їДослідники, що вважають виникнення неврозу у підлітків їз негативними формами поведінки можливим, вказують на їпоширеність таких форм цього психогенного порушення як їобсесивно-компульсивний розлад, істерія, різні форми тривожно-їфобічних розладів, неврастенія, дистимія тощо.

Розглянувши фактори, їщо обумовлюють виникнення тих чи інших видів їдевіантної поведінки підлітків, і обґрунтувавши комплексний характер їїх детермінуючого впливу, необхідно зауважити, що робота їз профілактики поведінки, що відхиляється від норми, їповинна мати системний характер і передбачати різні їрівні і напрями з урахуванням причин їх ївиникнення та супутніх психічних відхилень. Без розуміння їприроди зазначеного питання неможливо виробити дієву стратегію їпсихокорекційного впливу, саме тому ця проблема потребує їподальших досліджень.

* 1. **Аналіз підходів щодо використання фізичних ївправ аеробного характеру у профілактиці неврозів і їнегативних форм поведінки підлітків**

Одним із найважливіших їзавдань фізичного виховання у школі є забезпечення їформування необхідного рівня фізичного розвитку підлітка. Окреме їмісце в загальній системі фізичного виховання займають їшколярі з різними вадами здоров’я [28]. В їостанні роки спостерігається збільшення кількості дітей, що їмають неврози та викликані ними розлади поведінки, їтому адаптація цих школярів до фізичних навантажень їстає важливою проблемою, що вимагає від навчальних їзакладів комплексного системного підходу до зміцнення здоров’я, їпідвищення їхнього фізичного стану, виборі педагогічних технологій, їформ організації навчального процесу та дозуванні фізичних їнавантажень з урахуванням відхилень у стані здоров’я [ї28].

Специфічна спрямованість у використанні засобів, методів, їформ навчання та виховання у сфері фізичного ївиховання призвела до розриву освіти і фізичного ївиховання – школярі не повністю усвідомлюють і не їсприймають фізичне виховання як життєво важливу цінність. їУнаслідок цього фізичне виховання як навчальний предмет їне виконує повною мірою своєї важливої функції – їформування дієвого ставлення школяра до власного фізичного їстану, і наслідком цього є зниження інтересу їв більшості дітей до фізкультурно-спортивної, рухової їдіяльності та зменшення її престижу [37].

У їшкільному середовищі спостерігається незадоволеність змістом занять фізичним ївихованням, що негативно відображається на рівні фізичної їпідготовки та стані здоров’я учнів. Вирішення цього їзавдання на сучасному етапі не може бути їдостатньо ефективним без подальшого вдосконалення системи фізичного ївиховання [38].

Науковими дослідженнями [73] доведено, що їсистематичні заняття фізичними вправами підвищують нервово-психічну їстійкість до емоціональних стресів, підтримують розумову працездатність їна оптимальному рівні, сприяють фізичному розвитку та їфізичних якостей, а також підвищенню успішності підлітків. їПроте, обов’язкових занять фізичними вправами недостатньо для їпідвищення фізичного стану молоді, тому гостро постає їпроблема розробки методик занять фізичними вправами, що їстосується учнів із визначеними вадами у стані їфізичного та психічного здоров’я, зокрема, з неврозами їта розладами поведінки. У науково-методичній літературі їпостійно звертається увага на необхідність занять фізичними ївправами, існують окремі методики для виконання фізичних ївправ [72], але, водночас, у них недостатньо ївисвітлені аспекти занять фізичними вправами невротичних підлітків їіз девіантною поведінкою, що обумовлює актуальність подальших їнаукових досліджень.

Фахівці [38, 51] у системі їфізичного виховання та фізичної реабілітації зазначають, що їлікування та профілактика неврозів і розладів підліткової їповедінки мають бути комплексними. Передусім, слід усунути їнесприятливі чинники, що спричинили ці захворювання. У їлікуванні та профілактиці визначених діагнозів використовують психотерапію, їмедикаментозні препарати, що нормалізують співвідношення процесів збудження їі гальмування, а також застосовують засоби лікувальної їфізичної культури.

Лікувальна фізична культура – основний вид їпрофілактики та реабілітації, що використовує засоби, методи їта принципи фізичної культури для лікування захворювань їі ушкоджень (лікувальна мета), запобігання їх загострень їі ускладнень (профілактична мета), відновлення здоров’я і їпрацездатності (оздоровча мета) [51].

Головним засобом ЛФК їє фізичні вправи, що виконують різноманітні функції їзалежно від їх підбору, методики виконання та їдозування фізичного навантаження. Вплив вправ може бути їзагальним і спеціальним [37].

Загальний вплив проявляється їв активізації всіх функцій організму, що сприяє ївидужанню, попередженню ускладнень, поліпшенню емоційного стану, зменшенню їнесприятливих наслідків змушеної гіпокінезії під час хвороби, їа спеціальне – у спрямованому поліпшенні порушеною хворобою їфункції певного органу або в розвитку компенсацій. їЗагальний вплив є неспецифічним, тому різні фізичні ївправи для різних м’язових груп можуть позитивно ївпливати на організм, і ті самі вправи їможуть бути ефективними при різних захворюваннях. Спеціальні їфізичні вправи у деяких випадках можуть мати їспецифічну дію на патологічний процес [37].

Залежно ївід методики проведення занять (у першу чергу, ївід величини та послідовності фізичних навантажень) досягають їрізної лікувальної дії фізичних вправ. У період їрозвитку захворювання використовують мінімальні фізичні навантаження; спеціальні ївправи, що застосовуються, безпосередньо виконують лікувальну дію, їсприяють формуванню компенсацій і профілактики ускладнень. У їперіод видужання шляхом поступового збільшення навантаження від їзаняття до заняття досягається тренувальний ефект, що ївідновлює адаптацію організму до фізичного навантаження, поліпшує їфункції всіх систем організму, у тому числі їй функцію хворого органу або системи. Після їдосягнення максимально можливого лікувального ефекту при захворюваннях, їпісля закінчення відновлювального лікування застосовуються помірні фізичні їнавантаження, що підтримують досягнуті результати лікування, тонізують їорганізм і підвищують його адаптаційні можливості [73].

їУ лікувальній фізичній культурі для профілактики й їлікування захворювань і ушкоджень застосовують наступні основні їзасоби: фізичні вправи (гімнастичні, спортивно-прикладні, ідеомоторні їтощо), природні чинники (сонце, повітря, вода), різні їрухові режими. Крім того, застосовуються додаткові засоби, їдо яких належать лікувальна ходьба, теренкур, ближній їі дальній туризм, оздоровчий біг, оскільки зазначені їфізичні вправи є водночас засобами ЛФК і їформою організації лікувальної фізичної культури, в основі їякої лежить метод безперервної тривалої роботи з ївідповідною інтенсивністю [45].

Засоби лікувальної фізичної культури їпри лікуванні та профілактиці неврозів і розладів їповедінки використовують диференційовано з перших днів виявлення їзгідно з призначеним руховим режимом. Їх завдання: їпокращення психоемоційного стану підлітка та його вольових їякостей; врегулювання співвідношень процесів збудження і гальмування їв ЦНС та сприяння вирівнюванню їх динаміки; їкоординація функцій кори і підкірки головного мозку, їпершої та другої сигнальної систем; покращення діяльності ївнутрішніх органів тощо. Використовують також ранкову гігієнічну їі лікувальну гімнастику, самостійні заняття, прогулянки [27].

їЗавдання, зміст і методику проведення занять з ївикористанням засобів лікувальної фізичної культури диференціюють залежно ївід виду неврозу та супутніх порушень, клінічних їпроявів захворювань, віку, статі і функціональних можливостей їпідлітка (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

їЗасоби лікувальної фізичної культури при неврозах і ївикликаних ними негативних формах поведінки [3]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Завдання їЛФК | | |
| Підсилення процесів гальмування, регламентація поведінкових реакцій їу колективі | Тренування процесів збудження. Вирівнювання вегетативних ївідхилень. | Підвищення психофізичного тонусу. Фізичне тренування. Психотерапевтична їдія. |
| Лікувальна гімнастика | | |
| Груповий метод РГГ, ЛГ. | їМалогруповий метод РГГ, ЛГ. Більш помірне фізичне їнавантаження. Дихальні вправи 1:2. Вправи на їкоординацію, точність, рівновагу з уповільненням темпу. Вправи їв ігровій формі, прості рухливі ігри. | Індивідуальний їметод РГГ, ЛГ. Вправи у в.п. їлежачи, сидячи і стоячи. Вправи коригувального характеру їз дозованим навантаженням, дихальні вправи 1:1. їВправи на тренування вестибулярного апарату. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Спортивно-прикладні ївправи та ігри | | |
| Прогулянки, ближній і дальній їтуризм, лижі, ковзани, плавання, ігри – городки, волейбол, їтеніс, рухливі. | Прогулянки дозовані, ближній туризм, далекий. їПрогулянки на лижах, купання, веслування дозоване. Ігри: їкрокет, кеглі, городки, рухливі ігри. | Прогулянки дозовані, їобтирання, душ, купання. |

Під час аналізу спеціальної їнауково-методичної літератури [1] щодо використання засобів їЛФК при неврозах і викликаних ними порушеннях їповедінки підлітків встановлено, що саме туризм (ближній їі далекий), як один із засобів лікувальної їфізичної культури, має максимально оздоровчу дію, позитивно ївпливає на фізичну працездатність та сприяє удосконаленню їфізичних якостей дитини, тому що заняття туризмом їпроводяться на відкритому повітрі та мають помірні, їрегульовані фізичні навантаження [1].

У роботах Бутенко їГ. О. [18] спостерігалось покращення різних компонентів їздоров’я дітей, які займались різними формами туризму. їПроте питання впливу систематичних занять різними видами їта формами туризму на показники фізичного стану їпідлітків із неврозами та негативними формами поведінки їзалишається недостатньо вивченим, що і визначило актуальність їдослідження.

Туризм служить своєрідною підготовкою туристів до їздійснення походів, подолання різних перешкод, що зустрічаються їна маршруті, і на сьогоднішній день став їсамостійним видом спорту, що передбачає проходження туристами їбез порушення правил і в мінімально можливий їчас спортивної дистанції, що містить як природні, їтак і штучні перешкоди та вимагає їх їподолання з використанням технічних, фізичних прийомів і їспособів [24]. Проходження спортивних дистанцій здійснюється з ївикористанням спеціального туристського спорядження: страхувальна система, мотузки, їкарабіни, жумар, вісімка тощо.

Спираючись на літературні їджерела [1, 33], туризм – це неолімпійський вид їспорту, що представляє собою проходження маршруту (з ївикористанням спеціального спорядження), на якому сконцентровані різні їперешкоди, що зустрічаються в туристичних походах. В їтуризмі існують траси, що поділяються на класи їскладності, при цьому перший клас вважається найлегшим, їп’ятий – найскладнішим. Туризм може бути водним, гірським, їпішим, лижним тощо.

Виходячи зі специфіки цього ївиду активності, нами був розглянутий ближній туризм їоздоровчо-рекреаційної спрямованості, що сприяв покращенню фізичного їстану та здоров’я підлітків із неврозами та їнегативними формами поведінки, розширенню кругозору учнів, вихованню їморальних якостей, підвищенню мотивації та інтересу до їрухової активності і був одним із найефективніших їзасобів формування здорового способу життя [1].

Як їсвідчать дані спеціальної науково-методичної літератури [49], їсистема виховних заходів може бути оптимальною, якщо ївона здійснюється шляхом застосування різноманітних методів і їметодичних прийомів лікувальної фізичної культури, з якими їми, безперечно, погоджуємося. Поряд із цим, необхідно ївраховувати загальні вимоги до відбору і використання їметодів і методичних прийомів, що були відображені їв роботах ряду авторів [24, 49], а їсаме:

* + життя в колективі, лідерство (завдання розвитку їкомунікативних і лідерських якостей);
  + створення та підтримка їкомфортного соціально-психологічного клімату в туристській групі;
  + їзавдання соціалізації підлітка за допомогою його самореалізації їу виконанні туристських обов’язків (певного функціоналу) у їприродних і штучно створених мікрогрупах (відділення, бригада, «їпроблемна» група);
  + накопичення досвіду лідерства в малих їгрупах (командир бригади, командир відділення, лідер класу);
  + ївиживання в природному середовищі (завдання оволодіння навичками ївиживання в природному середовищі);
  + задачі фізичного оздоровлення їшколярів засобами туризму;
  + формування рухових навичок, сили, їспритності, витривалості, швидкості реакції за допомогою ходьби їпішки, їзди на велосипеді з навантаженням і їбез нього, бігу, щоденних фізкультурних вправ, спортивних їігор і змагань;
  + загартовування, купання.

Певна кількість їнаукових праць [1, 33] вказує, що туризм їможе містити наступні елементи:

* туристсько-спортивні естафети.їЕстафета передбачає подолання визначеної дистанції командою, в їякій кожен учасник (або кілька учасників) долають їчастину дистанції або ж почергово всю дистанцію, їпередаючи естафету товаришам по команді. Вибір виду їестафети та її етапів залежить від наявності їкваліфікованих кадрів і матеріально-технічних можливостей (наявність їтуристського та спортивного обладнання, спорядження тощо);
* змагання їзі спортивного туризму та орієнтування. При проведенні їцих змагань необхідно уникати зайвого ускладнення змагань. їДо програми змагань доцільно включити, перш за ївсе, найпростіші етапи, що не вимагають високого їрівня спеціальної підготовки та значної кількості спеціального їспорядження. Цей вид змагань не потребує спеціальної їфізичної підготовленості та брати участь можуть школярі, їякі раніше не займалися туризмом;
* змагання з їкраєзнавчого орієнтування. Для них необхідно вміти орієнтуватися їв населеному пункті, знати його «малу географію», їзнати історію населеного пункту, його історичні пам’ятки, їпам’ятні місця. При цьому учасникам може бути їзапропоновано або набрати максимальну кількість балів за їпевний час, або ж побувати на певній їкількості пунктів за найменший час (обравши оптимальний їмаршрут);
* квести – аматорські спортивно-інтелектуальні змагання, основою їяких є виконання заздалегідь підготовлених завдань командами їабо окремими гравцями. Під час гри команди ївирішують логічні завдання, здійснюють пошук на місцевості, їбудують оптимальні маршрути переміщення, шукають оригінальні рішення їта підказки. До виконання наступного завдання команда (їучасник) можуть перейти, як правило, лише після їуспішного виконання попереднього. Перемагає команда, яка виконала ївсі завдання швидше за інших або ж, їв окремих випадках, виконала найбільшу кількість завдань.

їПід час занять туризмом особливу увагу слід їприділяти забезпеченню безпеки учасників, передбачивши в разі їпотреби засоби страховки, обмеження руху учасників на їнебезпечних ділянка тощо [7].

Отже, впровадження туризму їяк засобу лікувальної фізичної культури з використанням їкомплексу методів і підходів, буде сприяти ефективності їпроцесу фізичного виховання підлітків із неврозами та їнегативними формами поведінки і профілактиці зазначених вад.

**їВисновки до першого розділу**

Проблема захворювань нервової їсистеми підлітка завжди була дуже гострою. Це їпов’язано з соціальними умовами суспільного життя, що їпостійно змінюються, ускладнюються та висувають підвищені вимоги їдо адаптації та соціалізації особистості.

Проблема типології їта класифікації психічних розладів є надзвичайно важливою їяк для теорії, так і для практики їнаукових галузей, що опікуються сферами психічного здоров’я їта психологічного благополуччя дитини, оскільки являють собою їядро психодіагностики, а, отже, основу вибору тієї їчи іншої стратегії реабілітаційного або психокорекційного впливу.

їУ сучасних системах класифікації традиційний розподіл психічних їрозладів на невротичні та психотичні поступово втрачає їсвоє фундаментальне значення. Так, у поточній редакції їМіжнародної класифікації хвороб поняття неврозу перестає бути їосновою класифікації відповідної групи психічних захворювань. Невротичні їрозлади все ще виділяються як окрема група їнозологічних одиниць в силу їх історичного взаємозв’язку, їоднак термін «невроз» вживається лише в окремих ївипадках і включає такі структурні одиниці: тривожно-їфобічні, тривожні, обсесивно-компульсивні; реакція на тяжкий їстрес і розлади адаптації, дисоціативні (конверсійні), соматоформні, їінші невротичні розлади.

Девіантна (негативна форма) поведінки їшколярів – це проблема, якій присвячені дослідження представників їрізних галузей науки. Девіантні прояви в поведінці їдитини вивчаються з погляду їх співвіднесення з їкатегоріями соціальної норми, явищами стійкості і мінливості, їпроявами загальних закономірностей розвитку живої природи у їпрактиці людської діяльності. Будь-яка негативна форма їповедінки – це відхилення від загальновизнаної, неодноразово перевіреної їпрактикою норми поводження, що завжди несе в їсобі елемент непередбачуваності, невідомості, небезпеки.

До числа їфакторів, що обумовлюють генезис цієї поведінки, належать: їсоціальний, психолого-педагогічний, індивідуальний, особистісний фактори. Також їдо чинників, що формують негативну поведінку, можна ївіднести фактор дисгармонійного виховання, особливості мікросоціального оточення, їхронічні психотравмуючі ситуації, реакції особистості на усвідомлення їпсихічної та фізичної неповноцінності, соціально-психологічні особливості їпідліткового віку, неврози тощо. Саме невротизація підлітків, їна наш погляд, є більш значущим фактором їпри формуванні різних форм девіацій.

Вважається, що ївиникнення неврозу у підлітків з негативними формами їповедінки вказує на поширеність таких форм цього їпсихогенного порушення як обсесивно-компульсивний розлад, істерія, їрізні форми тривожно-фобічних розладів, неврастенія, дистимія їтощо. Робота з профілактики поведінки, що відхиляється ївід норми, повинна мати системний характер і їпередбачати різні рівні і напрями з урахуванням їпричин їх виникнення та супутніх психічних відхилень. їБез розуміння природи зазначеного питання неможливо виробити їдієву стратегію психокорекційного впливу.

Одним із найважливіших їзавдань фізичного виховання у школі є забезпечення їформування необхідного рівня фізичного розвитку підлітків із їневрозами та викликаними ними розладами поведінки, тому їадаптація цих школярів до фізичних навантажень стає їважливою проблемою, що вимагає від навчальних закладів їкомплексного системного підходу до зміцнення здоров’я, підвищення їїхнього фізичного стану, виборі педагогічних технологій, форм їорганізації навчального процесу та дозуванні фізичних навантажень їз урахуванням відхилень у стані здоров’я.

Під їчас аналізу спеціальної науково-методичної літератури щодо ївикористання засобів ЛФК при неврозах і викликаних їними порушеннях поведінки підлітків встановлено, що саме їтуризм (ближній і далекий), як один із їзасобів ЛФК, має максимально оздоровчу дію, позитивно ївпливає на фізичну працездатність та сприяє удосконаленню їфізичних якостей дитини, тому що заняття туризмом їпроводяться на відкритому повітрі та мають помірні, їрегульовані фізичні навантаження.

Виходячи зі специфіки цього ївиду активності, нами був розглянутий ближній туризм, їщо сприяв покращенню фізичного стану та здоров’я їпідлітків із неврозами та негативними формами поведінки, їрозширенню кругозору учнів, вихованню моральних якостей, підвищенню їмотивації та інтересу до рухової активності і їбув одним із найефективніших засобів формування здорового їспособу життя. Отже, впровадження туризму з використанням їкомплексу методів і підходів, буде сприяти ефективності їпроцесу фізичного виховання підлітків із неврозами та їнегативними формами поведінки і профілактиці зазначених вад.

**їРОЗДІЛ 2**

**МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**2.ї1. Методи дослідження**

Відповідно до мети роботи їта для розв’язання поставлених у роботі завдань ївикористані наступні методи дослідження: теоретичні методи; педагогічне їспостереження; антропометричні методи; методи визначення функціонального стану; їпедагогічне тестування; методи дослідження психоемоційного стану; педагогічний їексперимент; методи математичної статистики.

**2.1.1. їТеоретичні методи.** Аналітичний огляд наукової літератури з їдосліджуваної проблеми дозволив вивчити прямі та непрямі їдані з теми роботи з метою виявлення їпередумов постановки проблеми. Особлива увага приділялась висвітленню їпитань про можливості використання фізичних вправ аеробного їхарактеру у профілактиці неврозів і негативних форм їповедінки підлітків. Проводився аналіз одержаних матеріалів, відбулось їпорівняння даних різних досліджень із результатами дослідження їавторів, які вивчали окреслену проблематику.

На основі їаналізу джерел вітчизняних і зарубіжних учених визначені їспрямованість, завдання, актуальність і основні напрями розв’язання їпоставленої проблеми. Вивчені 73 джерела спеціальної літератури.

**ї2.1.2. Педагогічне спостереження.** Педагогічне спостереження їпланомірно проводилось за навчально-виховним процесом, пов’язаним їіз реалізацією методики, де оцінювалася її ефективність їна основі збору поточної інформації, що включає: їаналіз змісту уроків фізичного виховання; аналіз застосовуваних їзасобів фізичного виховання; комплексну оцінку динаміки показників їрозвитку учнів; аналіз методів навчання і виховання; їаналіз поведінки і реакції учнів у ході їексперименту.

**2.1.3. Антропометричні методи.** На їпідставі загальноприйнятих і рекомендованих у літературі антропометричних їметодів досліджень [36] визначали: довжину тіла (см), їмасу тіла (кг), окружність грудної клітки (см).

їОтримані результати порівнювалися з середньовіковими стандартами учнів їпідліткового віку (14–16 років).

**2.1.ї4. Методи визначення функціонального стану організму.** Функціональний їстан серцево-судинної системи оцінювався за показниками: їчастоти серцевих скорочень абсолютного спокою (уд/хв-ї1); артеріального тиску, систолічного та діастолічного (мм їрт. ст.). ЧСС і АТ у досліджуваних їдітей визначались за загальноприйнятими методиками.

Функціональний стан їдихальної системи оцінювався за показниками вимірювання життєвої їємності легень (ЖЄЛ). ЖЄЛ (мл) визначали за їдопомогою сухого спірометра. Обстежуваний заздалегідь виконував 2–ї3 рази глибокий вдих і видих, а їпотім, зробивши максимальний вдих, рівномірно видихав повітря їповністю. Вимірювання проводилося 3 рази, враховувався найбільший їпоказник.

Проба Штанге. Учень у в.п. їсидячи робив глибокий вдих і видих, потім їзнову вдих (приблизно 80 % від максимального), закривав їрот і одночасно затискав пальцями ніс, затримував їдихання (секундомір включається в кінці вдиху). Норма їдля підліткового віку складає 40–55 с.

їПроба Генчі полягає у затримці дихання аналогічно їпісля видиху. Норма для підліткового віку складає ї25–30 с [73].

**2.1.5. їПедагогічне тестування**. Педагогічне тестування проводилось на основі їнадійних об’єктивних тестів. Тестування проводилися в стандартних їумовах як для експериментальної, так і для їконтрольної груп.

У дослідження були включені такі їтести: біг 100 м (с); рівномірний біг ї1500 м (хв, с); згинання і розгинання їрук в упорі лежачи (кількість разів); підтягування (їкількість разів); стрибок у довжину з місця (їсм); човниковий біг 4×9 м (с); їпіднімання тулуба в сід за 60 с (їкількість разів); нахил тулуба вперед з положення їсидячи (см).

*Таблиця 2.1*

**Орієнтовні навчальні їнормативи для дітей підліткового віку [62]**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/їп | Нормативи | Рівні оцінювання | | | |
| низький | середній | достатній | ївисокий |
| 1 | Підтягування, разів | до 4 | 4 | ї8 | 11 |
| 2 | Згинання, розгинання рук в їупорі лежачи, разів | до 15 | 15 | 22 | ї30 |
| 3 | Нахил тулуба вперед з положення їсидячи, см | до 3 | 3 | 6 | 10 |
| ї4 | Піднімання тулуба в сід за 60 їс, разів | до 20 | 20 | 40 | 55 |
| ї5 | Біг 100 м, с | до 16 | ї15,9 | 15,3 | 14,5 |
| 6 | їСтрибок у довжину з місця, см | до ї200 | 200 | 210 | 220 |
| 7 | Рівномірний біг ї1500 м, хв | до 8,00 | 7,ї30 | 7,00 | 6,20 |
| 8 | Човниковий їбіг 4×9м, с | до 10,0 | ї9,9 | 9,7 | 9,5 |

**2.ї1.6. Методи дослідження психоемоційного стану.** З їметою вивчення психоемоційного стану невротичних хлопців з їнегативними формами поведінки нами застосовувались методи психодіагностичного їобстеження, в яких використовувалась методика ДАМ (дерево – їавтопортрет – місцевість) (додаток А).

Результати аналізу літератури їдозволили визначити показники психоемоційного стану підлітків, а їсаме: невротичність, депресивність, реактивну агресивність, спонтанну агресивність, їемоційну лабільність, особистісну тривожність, внутрішній дискомфорт, отже, їдля визначення зони актуального розвитку дітей або ївихідного рівня психоемоційної сфери використовувалась психодіагностична тестова їбатарея ДАМ (дерево – автопортрет – місцевість).

Причиною вибору їпроективної методики «Рисуночний тест ДАМ» стала її їспрямованість на дослідження внутрішнього стану індивіда й, їу першу чергу, його психоемоційного стану. Тест ївключає 10 шкал, із яких 8 – основні: їневротичність, депресивність, реактивна агресивність, спонтанна агресивність, емоційна їлабільність, особистісна тривожність, внутрішній дискомфорт, аутичність і ї2 – додаткові: екстраверсія – інтроверсія, мужність – жіночність. Для їрозв’язання завдань нашого дослідження вибрані 7 основних (їкрім аутичності) шкал. Вибір цього тесту обумовлений їтакож тим, що він легкий у застосуванні їне лише у стаціонарних, а й у їпольових умовах.

**2.1.7. Педагогічний експеримент.** їПедагогічний експеримент проводився у вигляді констатувального дослідження, їщо здійснювався з метою одержання вихідної інформації їпро фізичний і функціональний стан, рівень фізичної їпідготовленості, особливості психоемоційного стану досліджуваних підлітків. Формувальний їексперимент проводився з метою визначення ефективності впливу їрозробленої методики на динаміку окреслених показників.

Основною їметою формувального експерименту була апробація теоретичних положень їметодики в природних умовах. Для цього були їпідібрані однакові за якісним складом групи. В їекспериментальній групі уроки фізичної культури проводилися за їрозробленою методикою, в контрольній навчальні заняття проводились їза наявною у школі програмі. По закінченні їпедагогічного експерименту був проведений аналіз запропонованої методики їза кількісними, якісними та статистичними характеристиками, в їрезультаті якого була доведена ефективність запропонованої методики.

їВ експерименті взяли участь хлопці віком 14–ї16 років Полтавської загальноосвітньої школи І-ІІІ їступенів №10 ім. В. Г. Короленка Полтавської їміської ради Полтавської області, організовані для занять їметодом випадкової вибірки.

Перед початком експерименту були їсформовані експериментальна та контрольна групи. Експериментальна група (n=11) складалася з хлопців, які займалися їтуризмом за розробленою методикою. Контрольна група (n=ї13) складалася з хлопців, які займалися фізичною їкультурою за існуючою шкільною програмою. Ефективність застосовуваних їпідходів до проведення занять визначалася динамікою і їдостовірністю змін, що відбулися в досліджуваних показниках.

**ї2.1.8. Методи математичної статистики.** Математичні їта статистичні розрахунки проведено з використанням ПК їз використанням програм «Exсel», «SPSS», STATISTICA 7 їв операційній системі «Windows».

Обчислювались такі показники: їсереднє арифметичне значення (), стандартна помилка середнього арифметичного (їσ), t-критерій Стьюдента.

Достовірність відмінностей показників ївважали суттєвою при рівнях значимості p≤0,ї05, що визнається надійним у педагогічних дослідженнях. їУ тих випадках, коли дані були представлені їв балах, використовувалися непараметричні методи перевірки статистичних їданих.

**2.2. Організація дослідження**

Дослідження проводилося їв чотири етапи. Експериментальною базою дослідження стала їПолтавська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №10 їім. В. Г. Короленка Полтавської міської ради їПолтавської області.

*Перший етап* передбачав аналіз сучасних їлітературних джерел вітчизняних і зарубіжних авторів, що їдозволив оцінити загальний стан проблеми; встановити об’єкт, їпредмет, мету, завдання дослідження; визначити програму досліджень; їузгодити терміни проведення дослідження. та сформувати теоретичні їположення розробленої методики.

На *другому етапі* дослідження їмало місце проведення попереднього експерименту, в ході їякого були відпрацьовані методики майбутнього дослідження, проведене їпедагогічне спостереження за навчально-виховним процесом, пов’язаним їіз реалізацією розробленої методики.

На *третьому* *етапі* їздійснювалася перевірка ефективності розробленої методики профілактики неврозів їі негативних форм поведінки підлітків із використанням їфізичних вправ аеробного характеру. В процесі формувального їпедагогічного експерименту, в якому взяли участь 24 їхлопці, були отримані дані, що характеризують динаміку їдосліджуваних показників учнів обох груп.

*Четвертий етап* ївключав в себе аналіз і інтерпретацію досліджуваних їрезультатів експериментальної та контрольної груп; формулювання висновків їпро ефективність застосування запропонованої методики; розробка практичних їрекомендацій; оформлення магістерської роботи.

**РОЗДІЛ 3**

**МЕТОДИКА їПРОФІЛАКТИКИ НЕВРОЗІВ І НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ їІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ АЕРОБНОГО ХАРАКТЕРУ**

* 1. **Теоретичне їобґрунтування методики профілактики неврозів і негативних форм їповедінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного їхарактеру**

Теоретичну основу розробки методики профілактики неврозів їі негативних форм поведінки підлітків із використанням їфізичних вправ аеробного характеру (засобами туризму) склав їаналіз навчально-методичної документації, розробленої і рекомендованої їМіністерством освіти України для підлітків з окресленими їпорушеннями.

Формулювання змісту структури методики спиралось на їположення теорії і методики лікувальної фізичної культури, їв процесі якого вирішувались наступні задачі: загальні – їосвітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров’я, сприяння нормальному їфізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування їжиттєво необхідних умінь і навичок; розвиток рухових їздібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: їкорекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що ївідображають особливості фізичного стану невротичних підлітків з їдевіантною поведінкою, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх їзахворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру. їНаші дослідження продовжили розпочату роботу вітчизняних і їзарубіжних вчених і фахівців [23, 63] щодо їрозробки й впровадження в процес фізичного виховання їдля учнів з неврозами профілактичних засобів.

Обґрунтування їположень методики профілактики неврозів і негативних форм їповедінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного їхарактеру засобами туризму здійснювалось відповідно до фундаментальних їзасад теорії і методики фізичного виховання [38], їрекомендацій фахівців лікувальної фізичної культури [73] щодо ївдосконалення навчального процесу з фізичного виховання підлітків їз неврозами та негативними формами поведінки, наукових їздобутків у напрямі розробки та впровадження профілактичних їзаходів для цього контингенту учнів [1], наукових їданих з дослідження фізичного стану дітей цієї їнозологічної групи [30] і застосування засобів туризму їу процесі фізичного виховання школярів [24].

Змістовними їкомпонентами розробленої методики стали: мета, завдання, принципи, їметоди та засоби й умови її практичної їреалізації, а також критерії ефективності.

Мета методики – їпрофілактика неврозів і негативних форм поведінки підлітків їзасобами туризму.

Розробка та експериментальне впровадження розробленої їметодики передбачало вирішення загальних і спеціальних завдань. їЗагальні завдання методики були сформульовані відповідно до ївстановленої профілактичної складової ланки освіти підлітків із їневрозами та негативними формами поведінки та об’єднані їза наступними напрямами:

* освітні– створення системи базових їтеоретичних знань і практичних умінь; ознайомлення зі їспеціалізованими напрямами сучасної системи знань; формування пізнавальної їактивності учнів; розвиток психічних властивостей особистості; розширення їсвітогляду та раціоналізація світосприйняття та власного пошуку;
* їоздоровчі– сприяння фізичному розвитку та покращенню рівня їфізичного стану учнів; підвищення рівня соматичного здоров’я їта опірності організму до дії несприятливих факторів їнавколишнього середовища; розвиток необхідних умінь і навичок їдля самостійного життєзабезпечення; формування правильного психоемоційного ставлення їдо оточуючого середовища та можливості адаптації в їньому; профілактика сумісних патологій тощо;
* компенсаторні– розвиток їсвідомого сприйняття різних видів інформації; формування кінестетичних ївідчуттів; зосередження уваги на механізмі відтворення окремих їскладових фізичних рухів тощо;
* виховнітапрофілактичні – їсприяння усвідомленню власних можливостей, розумінню прав та їобов’язків соціально адаптованої особистості; розвиток цілеспрямованості діяльності, їсамоконтролю, вольової сфери учнів; формування впевненості у їсобі, усвідомлення своєї своєрідності, особистісної цінності; формування їототожнення учнями власної особистості як повноцінного громадянина; їсприяння усвідомленню свого місця і ролі у їсоціумі; розвиток комунікаційних здібностей і здатностей до ївільного спілкування та невимушеної поведінки у колективі.

їСпеціальними завданнями розробленої методики стали:

* + - * покращення стану їздоров’я школярів при взаємодії підвищення ефективності процесу їфізичного виховання;
      * підвищення рівня функціонального та психоемоційного їстану організму школярів під час занять різними їформами лікувальної фізичної культури з включенням засобів їтуризму;
      * підвищення рівня фізичного, функціонального та психоемоційного їстанів учнів за рахунок використання в процесі їфізичного виховання нових сучасних форм і засобів їтуризму;
      * формування потреби та мотивації школярів у їрегулярних заняттях фізичними вправами для профілактики неврозів їі негативних форм поведінки.

Розроблення методики профілактики їневрозів і негативних форм поведінки підлітків із ївикористанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму їздійснювалось на основі загальноприйнятих і спеціальних принципів їлікувальної фізичної культури [37]:

* + - * своєчасність застосування ЛФК їна ранньому етапі захворювання з метою максимально їможливого використання збережених функцій для відновлення порушених, їа також для найбільш ефективного і швидкого їрозвитку пристосування за неможливості повного відновлення функціонального їдефіциту;
      * комплексністьзастосування методик ЛФК;
      * поступовістьзростання їнавантаження:а) від легкого до важкого: завжди їнеобхідно починати з найлегших вправ і поступово їпереходити до більш важких і найважчих; б) ївід простого до складного: якщо функціональні можливості їта адаптаційні здібності учня зростають так, що їдозволяють ускладнювати вправи, то до них підходять їчерез прості, шляхом поступового ускладнення; в) від ївідомого до невідомого: застосовуючи засоби туризму варто їпочинати з відомих, добре знайомих елементів, а їпотім переходити до менш відомих, менш знайомих їі, нарешті, зовсім невідомих; г) від звичайного їдо незвичайного: не кожна дитина вміє справлятися їз навантаженням з максимальним ефектом, але шляхом їтренувань цього можна досягти – і незвичайне стане їзвичайним; д) від спорадичного до систематичного;
      * систематичність, їщо забезпечує успіх у досягненні поставленої мети, їоснова ЛФК. Усі засоби і форми лікувальної їфізкультури тільки тоді дають максимальний ефект, коли ївони здійснюються безперебійно, безупинно, систематично;
      * послідовність– це їсуворе виконання всіх методичних правил;
      * зростаюче навантаження– їпризначення режиму рухової активності стає можливим після їстійкої адаптації школяра до фізичних навантажень попереднього їрежиму;
      * індивідуалізація– режим рухової активності слід призначати, ївиходячи з індивідуальних особливостей у конкретних учнів;
      * їемоційність– прагнення змінити стан дитини з пригніченого, їбайдужого на стан підвищеного тонусу, життєрадісності, активності, їбадьорості та інтересу до навколишнього, тому ЛФК їмає чинити на підлітка психогігієнічний і психотерапевтичний ївплив;
      * цілеспрямованість– процеси профілактики відбуваються інтенсивніше, якщо їнавантаження виконувати з чітко визначеною метою;
      * регулярне їурахування ефективності– про ефективність ЛФК судити з їтих змін, зрушень у стані організму, що їможна одержати за суб’єктивними та об’єктивними показниками.

їПоряд із загальноприйнятими принципами лікувальної фізичної культури їнами включались в основу розробки методики й їспеціальні принципи:

* зв’язок отриманих знань і набутих їумінь із життєвою практикою;
* урахування виховної та їрозвивальної спрямованості;
* всебічність і гармонійність змісту системи їзнань, умінь, навичок;
* концентризм на процесі теоретичного їзасвоєння та практичної діяльності навчання.

Узагальнення наукових їданих дозволило сформулювати умови практичної реалізації розробленої їметодики:

* організаційні– відбір, розробка та впровадження засобів; їзмістовне наповнення практичних занять з ЛФК; підбір їшколярів з урахуванням встановленої патології та специфіки їпрояву їхньої поведінки; підготовка для проведення практичних їзанять;
* дидактичні– використання індивідуального підходу при підборі їзасобів, дозуванні навантаження та відпочинку на практичних їзаняттях; підбір і розробка специфічних вправ і їзасобів туризму;
* соціально-адаптаційні– формування мотивації у їшколярів до організованих занять руховою активністю; підвищення їрівня фізичної підготовленості та прояву практичних умінь їу напрямі покращення показників власного фізичного, функціонального їта психоемоційного станів.

Формулювання основних положень обґрунтувало їнаступний крок у системі розробки методики, а їсаме підбору та комплектації методів і засобів – їметодичної основи (рис. 3.1).

**Мета:** профілактика неврозів і негативних форм поведінки підлітків засобами туризму

**Завдання:** загальні та спеціальні

**Принципи:** загальноприйняті і спеціальні принципи лікувальної фізичної культури

**Умови реалізації:**

Соціально-адаптаційні

Дидактичні

Організаційні

**Засоби і методи:**

компенсаторні

оздоровчі

профілактичні

освітні

виховні

**Критерії ефективності:** покращення показників фізичного, функціонального та психоемоційного станів підлітків із неврозами та негативними формами поведінки

Рис. 3.ї1. Схема методики профілактики неврозів і негативних їформ поведінки підлітків із використанням фізичних вправ їаеробного характеру

Отримані у ході педагогічного експерименту їдані та визначена спрямованість змістових складових методики їдозволили нам розробити її методичну основу, яку їсклав впроваджений у навчальний процес з фізичного ївиховання школярів модуль «Туризм». Цей модуль передбачав їкомплексний підхід до організації роботи з невротичними їшколярами з девіантною поведінкою для засвоєння окремих ївидів туризму на основі формування відповідних компетентностей їособистості у процесі засвоєння базових знань з їрізних видів туризму і краєзнавства:

* пізнавальна компетентність: їрозкрити уміння спостерігати за навколишнім середовищем; здійснити їознайомлення з пам’ятками історії і культури, рекреаційними їта екологічними зонами; формувати особистісне сприйняття дослідженого їматеріалу; розвити прагнення до самовдосконалення та розширення ївласного кругозору;
* практична компетентність: навчити користуватись туристським їспорядженням та обладнанням; розкрити уміння орієнтуватися на їмісцевості за допомогою карти та компасу, розробляти їта проходити туристські маршрути; засвоїти основні навички їз початкової туристичної підготовки; ознайомити з основними їправилами техніки безпеки та гігієни туриста в їтуристських подорожах і під час змагань; здобути їнавички надання невідкладної допомоги під час отримання їгострих травм або виникнення невідкладних станів у їтуристських подорожах; вивчити основні норми та вимоги їщодо дозування фізичних навантажень та ознайомити з їметодами контролю та суб’єктивними й об’єктивними ознаками ївпливу фізичних навантажень на організм;
* творча компетентність: їнабуття досвіду по складанню опису маршруту походу; їрозкриття вмінь з організації, проведення та активної їучасті у різних туристських заходах (походи, екскурсії, їекспедиції, акції, пошукова, рятувальна та дослідницька робота, їфлеш-моби, демонстрації, тренувальні заняття, розважальні заняття, їзмагання);
* соціальна компетентність: розкрити здатність до співробітництва; їрозвити соціальну активність; привити культуру спілкування, свідоме їставлення до власної безпеки та безпеки оточуючих, їоточуючого середовища; підтримати прагнення до збереження та їпримноження культури, звичаїв, традицій українського народу; формування їпозитивних якостей емоційно-вольової сфери (самостійність, доброзичливість, їколективізм, працелюбність, ініціативність, відповідальність та ін.).

Розробка їзагальної структури занять та їх методичне наповнення їздійснювалось на підставі «блоково-модульного» принципу з їурахуванням рекомендацій фахівців [1, 49]. Так, зміст їмодуля «Туризм» включав у себе наступні тематичні їблоки: краєзнавство; основи топографії та орієнтування; туристська їпідготовка; пішохідний туризм; екологічний туризм.

Для вирішення їзавдань дослідження школярів до змісту практичних занять ївключені вправи різної структури та спрямованості задля їпідвищення рівня функціональних можливостей серцево-судинної та їдихальної систем; нормалізації показників фізичного розвитку; оптимізації їрівня загальної фізичної працездатності; виховання витривалості; стабілізації їдіяльності імунної системи; урівноваження психоемоційного стану.

Організація їпроведення занять зі включенням засобів туризму згідно їз рекомендаціями спеціалістів [57, 66] відповідають таким їпринципам: включення до занять різноспрямованих фізичних вправ; їзастосування колового методу; врахування часу виконання вправ їі використання ігрового й змагального методів; застосування їза різних умов організації занять (робота з їінвентарем і без; на відкритому повітрі та їу закритому приміщенні; раціональне поєднання теоретичної і їпрактичної підготовки).

Модульний матеріал викладений відповідно до ївимог нормативних документів, що регламентують розпорядок роботи їта обсяг навчального навантаження проведення занять для їневротичних підлітків з негативними формами поведінки із ївикористанням фізичних вправ аеробного характеру.

Зміст тематичних їблоків містив наступний навчальний матеріал:

* + - 1. Блок «Краєзнавство». їЗначення туризму для людини і держави. Поняття їпро туризм, історія його розвитку в Україні, їрегіоні. Види туризму. Розрядні норми та вимоги їу спортивному туризмі. Туризм у загальноосвітньому закладі. їГеографічне положення, рельєф, клімат, рослинний та тваринний їсвіт рідного краю. Історичне минуле краю, пам’ятні їісторичні місця. Туристські можливості краю. Найголовніші туристичні їмаршрути рідного краю. Туризм та охорона оточуючого їсередовища.
      2. Блок «Основи топографії та орієнтування». Поняття їпро компас і карту. Визначення азимута. Рух їза азимутом. Орієнтування в просторі та часі. їЗагальні відомості про орієнтування на місцевості. Особливості їорієнтування в різних природних умовах. Види карт. їМасштаб. Умовні топографічні знаки. Форми рельєфу. Зображення їрельєфу на топографічних картах. Читання карти. Орієнтування їза картою і компасом. Спортивне орієнтування як ївид спорту.
      3. Блок «Туристська підготовка». Особистий рівень їфізичної працездатності туриста. Основні засоби та методи їпідвищення рівня фізичної працездатності туриста. Розвиток фізичних їякостей. Індивідуальне, групове і спеціальне спорядження туристів. їПравила укладання рюкзака. Типи наметів. Встановлення наметів. їОрганізація туристського побуту. Привали і ночівлі. Типи ївогнищ. Харчування в поході. Особливості організації, підготовки їта проведення походів з різних видів туризму. їВиди туристичних походів: ступеневі та категорійні. Основні їетапи підготовки до походу: підбір групи, визначення їмети та району подорожі. Розподіл обов’язків у їгрупі. Збір відомостей про райони походів. Розробка їмаршруту, складання кошторису походу, підбір спорядження, вимоги їдо продуктів харчування, спорядження, медичної аптечки. Перебування їгрупи в різних природних умовах і різній їмісцевості. Міри безпеки під час природних катаклізмів. їДії групи в екстремальних умовах. Особиста гігієна їтуриста. Попередження і профілактика травматизму в поході. їПерша долікарська допомога. Склад похідної аптечки.
      4. Блок «їПішохідний туризм». Техніка пішохідного туризму. Подолання простих їприродних перешкод. Особливості проведення пішохідних походів. Види їприродних перешкод. Способи руху по рівній, пересіченій, їзаболоченій, лісовій місцевостях. Подолання схилів різної крутизни. їПодолання простих природних перешкод. Правила змагань з їпішохідного туризму. Таблиця штрафів. Технічні етапи та їспеціальні завдання для підготовки до змагань. Техніка їбезпеки під час проходження технічних етапів. Умови їта етапи проходження смуги перешкод. Основні туристські ївузли. Відпрацювання техніки та тактики проходження різних їетапів під час змагань. Командне та індивідуальне їпроходження смуги перешкод. Страховка і самостраховка.
      5. Блок «їЕкологічний туризм». Ознайомлення зі змістом екологічного туризму їта його особливостями. Оволодіння знаннями про найважливіші їоб’єкти екотуризму. Основи екотуристичної діяльності. Об’єкти екотуризму. їВідвідування місць з відносно незайманою природою або їв місцях, які в природному відношенні є їцінними та рідкісними. Вивчення засобів мінімізації негативного ївпливу на природу.

По завершенню навчання за їмодулем «Туризм» учні повинні знати:

* основні правила їбезпеки учасників туристських походів і змагань, при їподоланні окремих перешкод, організації біваку;
* правила екологічної їбезпеки, збереження природи при проведенні туристських подорожей їі змагань;
* види спортивного туризму та їх їособливості;
* основні правила орієнтування на місцевості, порядок їроботи з картою і компасом при орієнтуванні їна місцевості;
* туристське спорядження для подорожі по їрідному краю;
* основні вимоги до гігієни туриста їв подорожі;
* основні історичні та природні пам’ятки їрідного краю.

Після закінчення занять модуля «Туризм» їшколярі повинні вміти:

* орієнтуватися на місцевості за їдопомогою карти та компасу, проходити нескладні маршрути їза легендою;
* розробляти маршрути 1–2-денних їпішохідних лижних походів по рідному краю;
* рухатися їпо слабо пересіченій місцевості, долати трав’яні та їпіщані схили середньої крутизни (з самостраховкою альпенштоком їта/або взаємодопомогою), заболочені ділянки по купинах їабо жердинах, яри по колоді чи мотузці їз перилами;
* в’язати основні туристські вузли;
* встановлювати їнамет, розпалювати вогнище в різних погодних умовах;
* їготувати найпростіші страви в похідних умовах на ївогнищі;
* складати опис маршруту 1–2-денного їпоходу;
* дотримуватися правил санітарії, гігієни і техніки їбезпеки;
* співпрацювати та розподіляти обов’язки під час їколективної роботи.

Для використання безпечного й ефективного їнавчального навантаження усі фізичні вправи, що були їзапропоновані в якості засобів модуля «Туризм», передбачали ївиконання з інтенсивністю 50–80 % від максимальної їЧСС з урахуванням рівня фізичної працездатності учнів.

їСтруктурний зміст занять запропонованого модуля «Туризм» будувався їза класичною схемою і включав підготовчу, основну, їзавершальну частини. Зміст і тривалість кожної частини їзайняття варіювали залежно від вирішуваних завдань. Загальна їтривалість одного заняття складала нормативно встановлений час їоднієї навчальної години – 45 хвилин.

Підготовча частина їзайняття була спрямована на ознайомлення з теоретичним їнавчальним матеріалом, підготовку функціональних систем організму школярів їдо майбутнього фізичного навантаження. Характерними особливостями цієї їчастини є поступове підвищення ЧСС, збільшення температури їтіла, підготовка учнів до подальшого навантаження.

Основна їчастина зайняття включала виконання фізичних вправ і ївивчення основних умінь і навиків туризму для їпрофілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків.

їЗавершальна частина зайняття об’єднувала фізичні вправи, спрямовані їна зниження психічного і фізичного напруження окремих їорганів і систем організму, доведення їх до їоптимального рівня для подальшої діяльності.

Отже, в їході обґрунтування методики виявлені фактори, які дуже їважко врахувати в змісті проведення традиційних уроків. їВ основу розробки експериментального підходу до визначення їзмісту методики профілактики неврозів і негативних форм їповедінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного їхарактеру засобами туризму були покладені основні принципи їлікувальної фізичної культури. Відмінною рисою розробленої методики їє її спрямованість на профілактику неврозів і їнегативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних ївправ аеробного характеру, що сприяє досягненню мети ївсього педагогічного процесу навчання та виховання – гармонійного їрозвитку особистості.

* 1. **Дослідження ефективності методики профілактики неврозів їі негативних форм поведінки підлітків із використанням їфізичних вправ аеробного характеру**

Ефективність розробленої методики їпрофілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків їіз використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами їтуризму оцінювалась згідно визначених критеріїв ефективності:

* зміни їантропометричних показників (довжина тіла (см), маса тіла (їкг), окружність грудної клітки (см));
* зміни функціонального їстану серцево-судинної системи (частота серцевих скорочень їабсолютного спокою (уд/хв-1); артеріальний тиск їсистолічний і діастолічний (мм рт. ст.));
* зміни їфункціонального стану дихальної системи (життєва ємність легень (їмл), проба Штанге (с), проба Генчі (с));
* їзміни фізичної підготовленості (біг 100 м (с); їрівномірний біг 1500 м (хв, с); згинання їі розгинання рук в упорі лежачи (кількість їразів); підтягування (кількість разів) юнаки – у висі; їдівчата – у висі лежачи; стрибок у довжину їз місця (см); човниковий біг 4×9 їм (с); піднімання тулуба в сід за ї60 с (кількість разів); нахил тулуба вперед їз положення сидячи (см));
* зміни рівня психоемоційного їстану (критерії діагностики вад особистісного розвитку).

Учні їекспериментальної групи навчалися за розробленою методикою, ефективність їзастосування якої може підтвердити достовірність відмінностей у їпоказниках підсумкового тестування обох груп.

При проведенні їпорівняльного аналізу антропометричних показників хлопців експериментальної та їконтрольної груп визначені значення вихідних і кінцевих їрезультатів дослідження, де  – середнє значення показника, σ – їрозкид у показниках (чим менші результати σ, їтим однорідніше виконання завдання). У всіх таблицях їрозділу ця тенденція зберігається.

Показники антропометричних вимірів їхлопців експериментальної та контрольної груп наведені у їтаблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Динаміка їантропометричних показників хлопців експериментальної та контрольної груп їдо та після експерименту (±)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | ЕГ (n=11) | | КГ (n=13) | |
| До експерименту | їПісля експерименту | До експерименту | Після експерименту |
| Довжина їтіла, см | 175,7±3,40 | 175,ї9±2,55 | 176,5±7,53 | ї176,8±3,01 |
| р>0,05 | | їр>0,05 | |
| Маса тіла, кг | 66,ї5±2,11 | 65,9±2,12 | ї66,8±2,99 | 64,7±2,ї61 |
| р˃0,05 | | р<0,05 | |
| ОГК, їсм | 84,4±3,38 | 86,0±ї3,05 | 85,2±3,06 | 87,ї1±2,60 |
| р<0,05 | | р<ї0,05 | |

Отримані дані дослідження показали, що їза антропометричними показниками значення на початку експерименту їбули однорідними.

Результати завершальних досліджень показали, що їрозроблена методика профілактики неврозів і негативних форм їповедінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного їхарактеру майже не мала значного впливу на їрівень розвитку антропометричних показників. Це можна пояснити їтим, що у підлітковому віці відбуваються завершальні їпроцеси росту і розвитку, та ці показники їнаближені до показників дорослої людини.

Показники довжини їтіла хлопців в обох групах після експерименту їне мали достовірних відмінностей. Так, на початку їексперименту в експериментальній групі середня довжина тіла їхлопців дорівнювала 175,7± 3,40, в їкінці дослідження – 175,9±2,55 см (їр>0,05), в контрольній групі: до їдослідження 176,5±7,53, після нього – ї176,8±3,01 см (р>0,ї05).

До експерименту середні показники маси тіла їхлопців перевищували норму, а після впровадження методики їпрофілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків їдостовірні зміни відбулись у контрольній групі, де їсередній показник маси тіла зменшився з 66,ї8±2,99 до 64,7±2,ї61 кг (р<0,05). В експериментальній їгрупі середні показники маси тіла мали тенденцію їдо покращення, але достовірних змін не відбулося (їдо початку дослідження: 66,5±2,11, їпісля дослідження: 65,9±2,12 кг) (їр>0,05).

Середні показники ОГК достовірно їзбільшилися протягом експерименту у хлопців обох груп. їНа початку експерименту в експериментальній групі середні їзначення ОГК хлопців дорівнювала 84,4± 3,ї38, в кінці дослідження – 86,0±3,ї05 см (р<0,05), в контрольній їгрупі: до дослідження 85,2±3,06, їпісля нього – 87,1±2,60 см (їр<0,05).

Отже, заняття за розробленою їметодикою позитивно вплинули на зменшення показників маси їтіла у хлопців, а також на підвищення їпоказників окружності грудної клітки.

Показники функціонального стану їсерцево-судинної системи хлопцівпредставлені в таблиці ї3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка функціонального їстану серцево-судинної системи хлопців експериментальної та їконтрольної груп до та після експерименту (±)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| їПоказники | ЕГ (n=11) | | КГ (n=13) | | |
| їДо експерименту | Після експерименту | До експерименту | Після їексперименту | |
| ЧСС,  уд/хв-1 | 71,8±ї3,67 | 69,1±2,44 | 71,ї3±3,20 | 67,5±1,46 | |
| їр<0,05 | | р<0,05 | | |
| АТсист,  їмм рт. ст. | 114,1±3,92 | ї115,3±3,29 | 114,6±3,ї10 | | 115,5±3,15 |
| р>0,ї05 | | р>0,05 | | |
| АТдіаст,  мм рт. їст. | 66,7±3,18 | 67,9±ї3,06 | 66,3±3,26 | | 67,ї5±1,85 |
| р>0,05 | | р>ї0,05 | | |

Середні значення частоти серцевих скорочень їу хлопців контрольної групи до експерименту складало ї71,3±3,20, а після – 67,ї5±1,46 уд/хв-1, що їсвідчить про достовірне покращення результатів. Ще більш їсуттєві зміни відбулись у показниках ЧСС хлопців їекспериментальної групи. До експерименту цей показник складав ї71,8±3,67, а після експерименту – ї69,1±2,44 уд/хв-1 (їр<0,05).

У середніх показниках АТ їтакож відбулось покращення результатів, але незначне. В їекспериментальній групі до експерименту значення АТсист складало ї114,1±3,92, після експерименту – 115,ї3±3,29 мм рт. ст. (р>ї0,05). В контрольній групі: 114,6±ї3,10 до експерименту та 115,5±ї3,15 мм рт. ст. – після нього (їр>0,05). Аналогічні зміни відбулись з їпоказниками АТдіаст: в експериментальній групі до експерименту їзначення АТдіаст складало 66,7± 3,18, їпісля експерименту – 67,9±3,06 мм їрт. ст. (р>0,05); в контрольній їгрупі: 66,3± 3,26 до експерименту їта 67,5±1,85 мм рт. їст. – після нього (р>0,05).

Показники їфункціонального стану дихальної системи хлопцівпредставлені в їтаблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Динаміка їфункціонального стану дихальної системи хлопців експериментальної та їконтрольної груп до та після експерименту (±)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| їПоказники | ЕГ (n=11) | | | КГ (n=13) | | |
| їДо експерименту | Після експерименту | | До експерименту | Після їексперименту | |
| ЖЄЛ,  мл | 3153,8±382,80 | | ї3586,1±312,09 | 3269,3±345,ї38 | 3700,5±284,86 | |
| р<0,ї05 | | | р<0,05 | | |
| Проба Штанге,  с | ї43,4±3,62 | 46,1±3,ї73 | | 44,0±2,50 | | 49,0±ї3,00 |
| р<0,05 | | | р<0,ї05 | | |
| Проба Генчі,  с | 21,8±3,ї66 | 25,5±4,65 | | 22,0±ї3,83 | | 28,6±1,53 |
| р<ї0,05 | | | р<0,05 | | |

Після дослідження їдостовірні покращення відбулись у показниках ЖЄЛ хлопців їекспериментальної групи з 3153,8±382,8 їдо 3586,1±312,09 мл (р<ї0,05) та контрольної групи з 3269,ї3±345,38 до 3700,5±284,ї86 мл відповідно (р<0,05).

Прослідковується їдостовірне покращення показнику проби Штанге у хлопців їекспериментальної групи з 43,4±3,62 їдо 46,1±3,73 с (р<ї0,05) та у хлопців контрольної групи їз 44,0±2,50 до 49,ї0±3,00 с (р<0,05), їщо відповідає нормам вікового розвитку. При виконанні їпроби Генчі хлопці затримували дихання на видиху їдо експерименту на 21,8±3,66 їта 22,0±3,83 с, а їпісля експерименту – на 25,5±4,65 їта 28,6±1,53 с (р<ї0,05). Такі зміни результатів є достовірними (їр<0,05).

Отже, аналіз результатів дослідження їдозволив встановити, що використання засобів туризму у їметодиці профілактики неврозів і негативних форм поведінки їпідлітків мають різний вплив дії на організм їшколярів експериментальної групи. Основною відмінністю у змісті їзанять між досліджуваними групами є різний об’єм ївправ аеробної та силової спрямованості, а також їінтенсивності виконання вправ. Відвідування занять фізичною культурою їв школі для хлопців контрольної групи сприяло ївідносному покращенню більшості досліджуваних показників, достовірні позитивні їзміни відбулись у майже всіх показниках: ЧСС, їЖЄЛ, проби Штанге, проби Генчі, але з їменшим рівнем достовірності.

Аналіз фізичної підготовленості хлопців їпоказав (табл. 3.4), що в експериментальній їта контрольній групах після експерименту більшість показників їмають статистично значущі зміни (р<0,05).

їТаблиця 3.4

Динаміка фізичної підготовленості хлопців їекспериментальної та контрольної груп до та після їексперименту (±)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | ЕГ (n=11) | | | КГ (n=13) | | |
| До експерименту | Після експерименту | | До їексперименту | Після експерименту | |
| Згинання і розгинання рук їв упорі лежачи, разів | 15,7±2,ї30 | 22,3±4,35 | | 15,9±ї2,23 | 17,0±1,06 | |
| р<ї0,05 | | | р>0,05 | | |
| Підтягування (у ївисі лежачи), разів | 6,1±1,72 | ї10,9±1,62 | | 6,6±1,ї42 | | 7,9±0,58 |
| р<0,ї05 | | | р>0,05 | | |
| Піднімання тулуба в їсід за 60 с, разів | 25,4±ї2,62 | 33,2±1,47 | | 26,ї0±1,45 | | 31,9±2,46 |
| їр<0,05 | | | р<0,05 | | |
| Стрибок їу довжину з місця, см | 200,2±ї2,49 | | 210,6±2,13 | 205,ї7±6,56 | 215,5±2,79 | |
| їр<0,05 | | | р<0,05 | | |
| Біг ї100 м, с | 15,9±1,81 | ї15,3±1,60 | | 15,8±2,ї29 | | 15,0±2,17 |
| р<0,ї05 | | | р<0,05 | | |
| Човниковий біг  4×ї9 м, с | 9,5±2,90 | ї9,2±3,00 | | 9,2±2,ї15 | | 8,7±1,76 |
| р>0,ї05 | | | р<0,05 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | ЕГ (n=ї11) | | КГ (n=13) | | |
| До експерименту | Після їексперименту | До експерименту | Після експерименту | |
| Нахил тулуба ївперед із в.п. сидячи, см | 2,ї3±2,02 | 2,8±1,63 | ї2,9±1,76 | | 3,9±1,ї00 |
| р>0,05 | | р>0,05 | | |
| їРівномірний біг 1500 м, хв | 8,6±ї3,61 | 8,0±2,31 | 8,ї1±1,01 | | 7,2±2,39 |
| їр>0,05 | | р<0,05 | | |

Аналіз їпоказників фізичної підготовленості хлопців експериментальної групи показав, їщо після експерименту деякі показники мають статистично їзначущі зміни (р<0,05), окрім тестів їна спритність «човниковий біг 4×9 м», їна витривалість «рівномірний біг 1500 м» та їна гнучкість «нахил тулуба вперед з положення їсидячи» (р>0,05). Так, наприклад у їтесті «згинання розгинання рук в упорі лежачи» їдо експерименту показник складав 15,7± 2,ї30, а після експерименту – 22,3±4,ї35 разів. Достовірно збільшились показники у тесті «їпідтягування у висі» з 6,1±1,ї72 до 10,9±1,62 разів. їУ тесті «піднімання тулуба в сід за ї60 с» до експерименту показник був 25,ї4±2,62, а після – 33,2±ї1,47 разів. У тесті «стрибок у їдовжину з місця» показники до експерименту складали ї200,2±2,49, а після збільшилися їдо 210,6±2,13 см. У їтесті «біг 100 м» результати покращились з ї15,9±1,81 до 15,3±ї1,60 с (р<0,05).

Аналіз їпоказників фізичної підготовленості хлопців контрольної групи показав, їщо після експерименту показники, що характеризують спритність, їгнучкість, витривалість, швидкісні та швидкісно-силові якості їмають зміни (р<0,05). Так, наприклад, їу тесті «піднімання тулуба в сід за ї60 с», до експерименту результат складав 26,ї0±1,45, а після експерименту збільшився їдо 31,9±2,46 разів. У їтесті «стрибок у довжину з місця» показники їдо експерименту складали 205,7±6,56, їа після експерименту 215,5±2,79 їсм (р<0,05). У бігу на ї100 м результат до експерименту був 15,ї8±2,29, а після експерименту покращився їдо 15,0±2,17 с (р<ї0,05). У тесті «човниковий біг 4×ї9 м» до експерименту результат складав 9,ї2±2,15, а після експерименту – 8,ї7±1,76 с. У тесті «рівномірний їбіг 1500 м» до експерименту результат складав ї8,1±1,01, а після експерименту їпокращився до 7,2±2,39 хв (їр<0,05). У тестах «згинання і їрозгинання рук в упорі лежачи», «підтягування у ївисі» та «нахил тулуба вперед з положення їсидячи» спостерігається тенденція до покращення результатів, але їдостовірних змін не відбулося (р>0,05).

їВищезазначене дає змогу стверджувати, що застосовувані з їхлопцями експериментальної групи засоби туризму сприяли достовірному їпідвищенню фізичної підготовленості, а, отже, можна говорити їпро ефективність запропонованої методики профілактики неврозів і їнегативних форм поведінки підлітків.

Порівнюючи вплив запропонованої їметодики та уроками фізичного виховання на фізичну їпідготовленість хлопців, можна стверджувати, що заняття в їекспериментальній групі були більш ефективними, оскільки тут їпокращилися результати рухових тестів таких фізичних якостей, їяк сила м’язів нижніх кінцівок, швидкість, витривалість їі спритність, на відміну від контрольної групи, їде зміни відбулися лише у показниках сили їм’язів верхнього плечового поясу, а також м’язів їчеревного пресу.

Аналіз психоемоційного стану досліджуваних хлопців їпоказав (табл. 3.5), що в експериментальній їта контрольній групах після експерименту більшість показників їтакож мають статистично значущі зміни (р<0,ї05).

Таблиця 3.5

Динаміка рівня психоемоційного їстану хлопців експериментальної та контрольної груп до їта після експерименту (±)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | ЕГ (n=ї11) | | КГ (n=13) | |
| До експерименту | Після їексперименту | До експерименту | Після експерименту |
| Невротичність | 2,ї17±0,51 | 1,55±0,31 | ї2,20±0,45 | 1,62±0,ї41 |
| р<0,05 | | р>0,05 | |

*їПродовження таблиці 3.5*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | ЕГ (n=ї11) | | | КГ (n=13) | | |
| До експерименту | Після їексперименту | | До експерименту | Після експерименту | |
| Депресивність | 1,ї97±0,38 | 1,44±0,19 | | ї2,11±0,35 | | 1,64±0,ї38 |
| р<0,05 | | | р>0,05 | | |
| їРеактивна агресивність | 2,19±0,34 | 1,ї63±0,28 | | 2,27±0,38 | | ї1,76±0,25 |
| р<0,05 | | | їр<0,05 | | |
| Спонтанна агресивність | 2,12±ї0,33 | | 1,54±0,19 | 2,ї14±0,34 | 1,69±0,27 | |
| їр<0,05 | | | р<0,05 | | |
| Емоційна їлабільність | 2,11±0,31 | 1,38±ї0,20 | | 2,12±0,25 | | 1,ї51±0,25 |
| р<0,05 | | | р<ї0,05 | | |
| Особистісна тривожність | 2,22±0,ї32 | 1,53±0,21 | | 2,22±ї0,40 | | 1,60±0,26 |
| р>ї0,05 | | | р<0,05 | | |
| Внутрішній дискомфорт | ї2,42±0,26 | 1,78±0,ї36 | | 2,42±0,36 | | 1,84±ї0,30 |
| р>0,05 | | | р<0,ї05 | | |

Аналіз даних таблиці 3.5 виявив, їщо відбулись певні позитивні зміни показників невротичності їхлопців експериментальної та контрольної груп. Показник цього їемоційного стану зменшився з 2,17±0,ї51 до 1,55±0,31 бала їі ця різниця є статистично достовірною при їрівні р<0,05. Показники хлопців контрольної їгрупи також змінились. Загальний середній результат зменшився їз 2,20±0,45 до 1,ї62±0,41 бала.

Аналіз показників депресивності їхлопців експериментальної групи на кінець дослідження виявив, їщо всі результати змінились. Середній результат хлопців їекспериментальної групи зменшився з 1,97±0,ї38 до 1,44±0,19 бала (їр<0,05). Загальний середній результат хлопців їконтрольної групи зменшився з 2,11±0,ї35 до 1,64±0,38 бала (їр˃0,05).

Аналіз одержаних середніх результатів реактивної їагресивності хлопців експериментальної групи виявив різницю між ївихідними та кінцевими показниками цієї шкали. Середні їпоказники цього емоційного стану зменшились з 2,ї19±0,34 до 1,63±0,ї28 бала (р<0,05). Показники хлопців їконтрольної групи також зменшились з 2,27±ї0,38 до 1,76±0,25 їбала (р˃0,05).

Різниця між вихідними та їкінцевими показниками спонтанної агресивності хлопців експериментальної групи їзменшилась з 2,12±0,33 до ї1,54±0,19 бала (р<0,ї05). Показники хлопців контрольної групи також зменшились їз 2,15±0,22 до 1,ї69±0,27 бала (р˃0,05).

На ївідміну від вихідних показників емоційної лабільності, у їхлопців експериментальної групи середнє значення змінилось з ї2,11±0,31 на 1,38± ї0,20 бала (р<0,05) у їбік зменшення. У другому дослідженні хлопців контрольної їгрупи середній результат також зменшився з 2,ї12±0,25 до 1,51± 0,ї25 бала (р˃0,05).

Загальний середній результат їособистісної тривожності хлопців експериментальної групи зменшився з ї2,22±0,32 до 1,53±ї0,21 бала (р<0,05). Показники їхлопців контрольної групи також зменшились з 2,ї22±0,40 до 1,60±0,ї26 бала (р>0,05).

Після проведеного їпорівняльного аналізу таблиці 3.5 виявлено, що ївсі результати хлопців експериментальної групи на кінець їдослідження зменшились. Показники хлопців контрольної групи також їзменшились, але різниця між середніми результатами статистично їне достовірна (р>0,05).

У цілому, їза методикою ДАМ виявлено, що емоційний стан їдітей експериментальної групи відповідає середньому рівню, ближчому їдо низького, а у дітей контрольної групи їмайже в усіх випадках – середньому рівню, ближчому їдо високого.

Аналізуючи одержані дані за психоемоційними їстанами невротичних підлітків з негативними формами поведінки ївиявлено, що під впливом фізичних навантажень (методики їпрофілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків їіз використанням фізичних вправ аеробного характеру) позитивно їзмінились всі досліджувані показники психоемоційного стану. Одержані їдані свідчать про ефективність використання засобів туризму їу розробленій методиці.

**Висновки до третього розділу**

їТеоретичну основу розробки методики профілактики неврозів і їнегативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних ївправ аеробного характеру (засобами туризму) склав аналіз їнавчально-методичної документації. Формулювання змісту структури методики їспиралось на положення теорії і методики лікувальної їфізичної культури, в процесі якого вирішувались наступні їзадачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні та специфічні їзавдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та їлікувально-відновлювальні.

Обґрунтування положень запропонованої методики здійснювалось ївідповідно до фундаментальних засад теорії і методики їфізичного виховання, рекомендацій фахівців лікувальної фізичної культури їщодо вдосконалення навчального процесу з фізичного виховання їпідлітків з неврозами та негативними формами поведінки, їнаукових здобутків у напрямі розробки та впровадження їпрофілактичних заходів для цього контингенту учнів, наукових їданих з дослідження фізичного стану дітей цієї їнозологічної групи і застосування засобів туризму у їпроцесі фізичного виховання школярів.

Оцінка ефективності розробленої їметодики проводилась відповідно до встановлених критеріїв. Впровадження їрозробленої методики дозволило констатувати значні позитивні зрушення їпо всіх досліджуваних показниках хлопців експериментальної групи.

їПорівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних їзмін у процесі формувального експерименту дітей експериментальної їгрупи, що проявилось у поліпшенні середніх значень їпоказників на рівні р<0,05.

Заняття їза розробленою методикою позитивно вплинули на зменшення їпоказників маси тіла у хлопців, а також їна підвищення показників окружності грудної клітки. У їсередніх показниках АТ також відбулось покращення результатів, їале незначне.

Про позитивний вплив запропонованої методики їзасвідчили також статистично достовірні зміни показників фізичної їпідготовленості і функціональних можливостей дітей експериментальної групи (їр<0,05). Аналіз результатів дослідження дозволив ївстановити, що використання засобів туризму сприяло відносному їпокращенню більшості досліджуваних показників: ЧСС, ЖЄЛ, проби їШтанге, проби Генчі. Застосовувані з хлопцями експериментальної їгрупи засоби туризму сприяли достовірному підвищенню фізичної їпідготовленості за всіма досліджуваними показниками.

Окремо виявлена їоптимізація психоемоційного стану невротичних підлітків з негативними їформами поведінки, зниження рівня їхньої тривожності, відчуття їнеповноцінності, конфліктності, замкнутості та підвищення позитивних емоцій, їнаполегливості, активності, прагнення справити позитивне враження, потреба їв гармонії думок і почуттів, спілкуванні та їкомунікації, про що свідчать отримані результати дослідження їрівня психоемоційного стану хлопців експериментальної групи, що їна кінець дослідження достовірно зменшились.

Порівнюючи вплив їзапропонованої методики та уроками фізичного виховання, можна їстверджувати, що заняття в експериментальній групі були їбільш ефективними, оскільки тут покращилися результати всіх їдосліджуваних показників, на відміну від контрольної групи, їде зміни відбулися лише частково. Показники хлопців їконтрольної групи зменшувались, але різниця між середніми їрезультатами статистично не достовірна.

Представлені результати досліджень, ївиконаних у ході проведення експерименту, довели обґрунтованість їрозробки та ефективність впровадження розробленої методики.

**РОЗДІЛ ї4**

**УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Сьогодні на здоров’я їдітей найбільше впливають ті фактори, дія яких їще декілька років тому була майже непомітною. їУрбанізація, зниження фізичного і підвищення нервово-психологічного їнавантаження, інформаційні перевантаження – всі ці складові сучасного їсуспільства, звичайно, різною мірою, але відбиваються на їстані здоров’я молодого покоління нашої держави і їзначно його погіршують. Гіподинамія, незбалансоване харчування, шкідливі їзвички, негативні емоції, екологічне забруднення навколишнього середовища, їнові соціальні та політичні явища у суспільстві, їнизький рівень культури здоров’я населення, слабка (часто їнегативна) мотивація молоді до здорового способу життя – їце загалом неповний перелік чинників, що являють їсобою не просто ризик для сучасних підлітків, їа представляють патогенні складові їхнього життя і їсумісні з їхнім поняттям про власне здоров’я.

їПроблема захворювань нервової системи підлітка завжди була їдуже гострою. Це пов’язано з соціальними умовами їсуспільного життя, що постійно змінюються, ускладнюються та ївисувають підвищені вимоги до адаптації та соціалізації їособистості.

У сучасних системах класифікації традиційний розподіл їпсихічних розладів на невротичні та психотичні поступово ївтрачає своє фундаментальне значення, поняття неврозу перестає їбути основою класифікації відповідної групи психічних захворювань. їНевротичні розлади виділяються як окрема група нозологічних їодиниць в силу їх історичного взаємозв’язку, однак їтермін «невроз» вживається лише в окремих випадках їі включає такі структурні одиниці: тривожно-фобічні, їтривожні, обсесивно-компульсивні; реакція на тяжкий стрес їі розлади адаптації, дисоціативні (конверсійні), соматоформні, інші їневротичні розлади.

Девіантна (негативна форма) поведінки школярів – їце проблема, якій присвячені дослідження представників різних їгалузей науки, прояви якої вивчаються з погляду їїх співвіднесення з категоріями соціальної норми, явищами їстійкості і мінливості, проявами загальних закономірностей розвитку їживої природи у практиці людської діяльності. Будь-їяка негативна форма поведінки – це відхилення від їзагальновизнаної, неодноразово перевіреної практикою норми поводження, що їзавжди несе в собі елемент непередбачуваності, невідомості, їнебезпеки.

Вважається, що виникнення неврозу у підлітків їз негативними формами поведінки вказує на поширеність їтаких форм цього психогенного порушення як обсесивно-їкомпульсивний розлад, істерія, різні форми тривожно-фобічних їрозладів, неврастенія, дистимія тощо. Робота з профілактики їповедінки, що відхиляється від норми, повинна мати їсистемний характер і передбачати різні рівні і їнапрями з урахуванням причин їх виникнення та їсупутніх психічних відхилень. Без розуміння природи зазначеного їпитання неможливо виробити дієву стратегію психокорекційного впливу.

їОдним із найважливіших завдань фізичного виховання у їшколі є забезпечення формування необхідного рівня фізичного їрозвитку підлітків із неврозами та викликаними ними їрозладами поведінки, тому адаптація цих школярів до їфізичних навантажень стає важливою проблемою, що вимагає ївід навчальних закладів комплексного системного підходу до їзміцнення здоров’я, підвищення їхнього фізичного стану, виборі їпедагогічних технологій, форм організації навчального процесу та їдозуванні фізичних навантажень з урахуванням відхилень у їстані здоров’я.

Під час аналізу спеціальної науково-їметодичної літератури щодо використання засобів ЛФК при їневрозах і викликаних ними порушеннях поведінки підлітків ївстановлено, що саме туризм (ближній і далекий), їяк один із засобів ЛФК, має максимально їоздоровчу дію, позитивно впливає на фізичну працездатність їта сприяє удосконаленню фізичних якостей дитини, тому їщо заняття туризмом проводяться на відкритому повітрі їта мають помірні, регульовані фізичні навантаження.

Узагальнюючи їнаявні дані, можна стверджувати, що туризм підвищує їпоказники витривалості та є одним із найбільш їперспективних видів профілактики неврозів і негативної поведінки їшколярів, оскільки носить багатосторонній характер, відповідає широкому їколу потреб, інтересів і має позитивний вплив їна організм, забезпечуючи при цьому максимум позитивних їемоцій.

Оцінка ефективності розробленої методики проводилась відповідно їдо встановлених критеріїв. Впровадження розробленої методики дозволило їконстатувати значні позитивні зрушення по всіх досліджуваних їпоказниках хлопців експериментальної групи.

Порівняльний аналіз отриманих їданих засвідчив наявність позитивних змін у процесі їформувального експерименту дітей експериментальної групи, що проявилось їу поліпшенні середніх значень показників на рівні їр<0,05.

Порівнюючи вплив запропонованої методики їта уроками фізичного виховання, можна стверджувати, що їзаняття в експериментальній групі були більш ефективними, їоскільки тут покращилися результати всіх досліджуваних показників, їна відміну від контрольної групи, де зміни ївідбулися частково. Показники хлопців контрольної групи зменшувались, їале різниця між середніми результатами статистично не їдостовірна (р˃0,05).

Представлені результати досліджень, виконаних їу ході проведення експерименту, довели обґрунтованість розробки їта ефективність впровадження методики профілактики неврозів і їнегативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних ївправ аеробного характеру засобами туризму. Результати педагогічного їексперименту продемонстрували ефективність інтегрованої у навчальний процес їрозробленої методики за встановленими нами критеріями ефективності. Отримані дані мають як теоретичну, так і практичну значимість.

**ВИСНОВКИ**

1. Аналіз науково-методичної літератури виявив тенденцію до постійного погіршення стану психічного здоров’я та поведінки дітей підліткового віку. Деякі деструктивні чинники при невротизації особистості підлітків із їнегативними формами поведінки вивчаються в контексті розладів їнервової діяльності, емоційних дисонансів, когнітивних викривлень, несформованості їсаморегуляції тощо. Вчені вказують на поширеність серед їпідлітків із негативними формами поведінки неврозоподібної симптоматики, ївтім, спостерігаються суттєві протиріччя у розумінні означеної їпроблеми. Одні автори вважають невротизацію особистості підлітків їз негативними формами поведінки неможливою через характерну їдля них низьку здатність до формування репрезентацій їоб’єктивної дійсності, інші – що невротизація особистості таких їпідлітків принципово не відрізняється від невротизації в їумовах нормотипового розвитку. Особливої значущості набувають питання їпідбору засобів і методів фізичного виховання, що їспрямовані на профілактику в різних формах занять. їОдним із шляхів вирішення вищеозначених проблем є їрозроблення методик, що будуть сприяти профілактиці неврозів їі негативних форм поведінки підлітків.
2. Одним із їнайважливіших завдань фізичного виховання у школі є їзабезпечення формування необхідного рівня фізичного розвитку підлітків їіз неврозами та викликаними ними розладами поведінки, їтому адаптація цих школярів до фізичних навантажень їстає важливою проблемою, що вимагає від навчальних їзакладів комплексного системного підходу до зміцнення здоров’я, їпідвищення їхнього фізичного стану, виборі педагогічних технологій, їформ організації навчального процесу та дозуванні фізичних їнавантажень з урахуванням відхилень у стані здоров’я.

їПід час аналізу спеціальної науково-методичної літератури їщодо використання засобів ЛФК при неврозах і ївикликаних ними порушеннях поведінки підлітків встановлено, що їсаме туризм (ближній і далекий), як один їіз засобів ЛФК, має максимально оздоровчу дію, їпозитивно впливає на фізичну працездатність та сприяє їудосконаленню фізичних якостей дитини, тому що заняття їтуризмом проводяться на відкритому повітрі та мають їпомірні, регульовані фізичні навантаження.

Узагальнюючи наявні дані, їможна стверджувати, що туризм підвищує показники витривалості їта є одним із найбільш перспективних видів їпрофілактики неврозів і негативної поведінки школярів, оскільки їносить багатосторонній характер, відповідає широкому колу потреб, їінтересів і має позитивний вплив на організм, їзабезпечуючи при цьому максимум позитивних емоцій.

3. їУ ході дослідження розроблена методика профілактики неврозів їі негативних форм поведінки підлітків із використанням їфізичних вправ аеробного характеру засобами туризму, яка ївключає: мету, завдання, принципи, методи та засоби їй умови її практичної реалізації, а також їкритерії ефективності. В ході обґрунтування методики виявлені їфактори, які дуже важко врахувати в змісті їпроведення традиційних уроків. В основу розробки експериментального їпідходу до визначення змісту методики профілактики неврозів їі негативних форм поведінки підлітків із використанням їфізичних вправ аеробного характеру засобами туризму були їпокладені основні принципи лікувальної фізичної культури. Відмінною їрисою розробленої методики є її спрямованість на їпрофілактику неврозів і негативних форм поведінки підлітків їіз використанням фізичних вправ аеробного характеру, що їсприяє досягненню мети всього педагогічного процесу навчання їта виховання – гармонійного розвитку особистості.

4. Результати їпроведеного формувального педагогічного експерименту довели ефективність впливу їметодики профілактики неврозів і негативних форм поведінки їпідлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру.

їПорівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних їзмін у процесі формувального експерименту дітей експериментальної їгрупи, що проявилось у поліпшенні середніх значень їпоказників на рівні р<0,05.

Заняття їза розробленою методикою позитивно вплинули на зменшення їпоказників маси тіла у хлопців, а також їна підвищення показників окружності грудної клітки. У їсередніх показниках АТ також відбулось покращення результатів, їале незначне.

Про позитивний вплив запропонованої методики їзасвідчили також статистично достовірні зміни показників фізичної їпідготовленості і функціональних можливостей дітей (р<0,ї05). Аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що ївикористання засобів туризму сприяло відносному покращенню більшості їдосліджуваних показників: ЧСС, ЖЄЛ, проби Штанге, проби їГенчі. Застосовувані з хлопцями експериментальної групи засоби їтуризму сприяли достовірному підвищенню фізичної підготовленості за ївсіма досліджуваними показниками.

Окремо виявлена оптимізація психоемоційного їстану невротичних підлітків з негативними формами поведінки, їзниження рівня їхньої тривожності, відчуття неповноцінності, конфліктності, їзамкнутості та підвищення позитивних емоцій, наполегливості, активності, їпрагнення справити позитивне враження, потреба в гармонії їдумок і почуттів, спілкуванні та комунікації, про їщо свідчать отримані результати дослідження рівня психоемоційного їстану хлопців експериментальної групи, що на кінець їдослідження достовірно зменшились.

5. Представлені результати досліджень, ївиконаних у ході проведення експерименту, довели обґрунтованість їрозробки та ефективність впровадження методики профілактики неврозів їі негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму, що дає підставу для її практичного впровадження у систему фізичного виховання.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**