

Ім'я користувача:
Полтавський інститут економіки і права Полтавськи...

ID перевірки:
1016204652

Дата перевірки:
22.04.2024 19:47:28 EEST

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
22.04.2024 19:48:30 EEST

ID користувача:
100011301

Назва документа: Шаравара Р. І. МАГ

Кількість сторінок: 65 Кількість слів: 13737 Кількість символів: 111084 Розмір файлу: 162.58 KB ID файлу: 1015974647

1.29% Схожість

Найбільша схожість: 0.29% з Інтернет-джерелом ([https://nupp.edu.ua/uploads/files/0/main/deps/faculty/sport-faculty/...](https://nupp.edu.ua/uploads/files/0/main/deps/faculty/sport-faculty/))

1.22% Джерела з Інтернету

158

Сторінка 67

0.28% Джерела з Бібліотеки

11

Сторінка 67

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи

1

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ НЕВРОЗІВ І НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	9
1.1. Типологія невротичних розладів у сучасних системах класифікації	9
1.2. Сутність девіантної поведінки підлітків і специфіка невротизації особистості підлітків з негативними формами поведінки	14
1.3. 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 генезу 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. Дмитрієва, 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 глибинних трансформацій українського суспільства, що відбувається на тлі складних соціально-економічних реформ і потрясінь, послаблення виховного потенціалу не лише сім'ї, школи, але й інших громадських інститутів, кризи перегляду ціннісних орієнтирів провокує виникнення поведінкових девіацій у

суспільстві загалом, і молоді, зокрема. Поле негативних форм поведінки протягом останнього часу суттєво розширилося за рахунок нових форм девіацій, тому однією з центральних проблем теорії і практики виховання стає розробка ефективної профілактичної методики, спрямованої на нейтралізацію негативних соціальних впливів і формування позитивної спрямованості молодих людей, становлення їхньої моральної культури.

У сучасній соціологічній, медичній, психологічній і педагогічній літературі проблемі відхилень у поведінці молоді також приділяється значна увага. Психолого-педагогічний аспект виникнення поведінкових девіацій розкритий у працях Алемаскіна М. О., І. С. Дьоміна та ін. Соціально-педагогічному аспекту девіантної поведінки присвячені дослідження Александровської О. М., Капської А. Й. та ін. Соціально-психологічний аспект девіантної поведінки молоді знайшов відображення в працях Белічевої С. А., Тарновської О. С. та ін. Медичний (психобіологічний) аспект девіантної поведінки представлений у працях Гройсмана О. Л., Личка А. Є. та ін.

Деякі деструктивні чинники при невротизації особистості підлітків із негативними формами поведінки досліджувалися в контексті розладів нервової діяльності, емоційних дисонансів, когнітивних викривлень, несформованості саморегуляції тощо (Іванова В. В., Ковальчук М. А. та ін.). Вчені вказують на поширеність серед підлітків із негативними формами поведінки невротоподібної симптоматики, втім, спостерігаються суттєві протиріччя у розумінні означеної проблеми. Одні автори (Казьмерчук А. В., Мінц М. О.) вважають невротизацію особистості підлітків з негативними формами поведінки неможливою через характерну для них низьку здатність до формування репрезентацій об'єктивної дійсності, інші (Омері І. Д., Симачинська Л. І.) – що невротизація особистості таких підлітків принципово не відрізняється від невротизації в умовах нормотипового розвитку.

Безперечно, окремі аспекти проблеми невротизації особистості

підлітків з негативними формами поведінки висвітлені в працях вчених (Левшунова Н. В., Титаренко Т. М.), втім ґрунтовні дослідження **ЦЬОГО** явища, на жаль, майже відсутні. Також майже не розроблені і методи профілактики та психокорекції особистісного розвитку невротизованих підлітків з негативними формами поведінки засобами фізичного виховання.

Актуальність цієї проблеми, її недостатня теоретична розробленість, вимоги сучасної шкільної практики зумовили вибір теми дослідження: «Використання фізичних вправ аеробного характеру в профілактиці неврозів та негативних форм поведінки підлітків».

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити методику, спрямовану на профілактику неврозів та негативних форм поведінки підлітків.

Завдання дослідження:

1. Схарактеризувати сутність неврозів і негативних форм поведінки підлітків, визначити критерії, показники та рівні цих проявів.
2. Проаналізувати підходи щодо використання фізичних вправ аеробного характеру у профілактиці неврозів і негативних форм поведінки підлітків.
3. Розробити методику профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків і дослідити її ефективність.

Об'єкт дослідження: процес профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків засобами фізичних вправ аеробного характеру.

Предмет дослідження: методика профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру.

Методи дослідження. Відповідно до мети роботи та для розв'язання поставлених у роботі завдань використані наступні методи дослідження: теоретичні методи; педагогічне спостереження; антропометричні методи; методи визначення функціонального стану; педагогічне тестування; методи дослідження психоемоційного стану; педагогічний експеримент; методи

математичної статистики.

Експериментальна база дослідження: Полтавська загальноосвітня школа I-III ступенів № 10 ім. В. Г. Короленка Полтавської міської ради Полтавської області.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання розробленої методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків в системі роботи психолого-реабілітаційного супроводу таких підлітків в умовах освітнього процесу; результати дослідження можуть бути використані при створенні методики педагогічної профілактики невротизації та девіантної поведінки підлітків у соціально-виховному середовищі загальноосвітньої школи; матеріали й результати дослідження можуть знайти застосування в системі профілактичної роботи з учнями підліткового віку, а також під час розроблення навчально-методичного забезпечення виховної діяльності в загальноосвітній школі.

Апробація результатів дослідження. Зміст та основні результати магістерського дослідження обговорювались автором на таких науково-практичних конференціях: 1) V Всеукраїнської науково-практичної конференції «Правові, економічні та соціокультурні засади регулювання суспільних відносин: сучасні реалії та виклики часу» (м. Полтава, 2023р.) та 2) Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу: (м. Полтава, 15-16 травня 2024 р.).

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ НЕВРОЗІВ І НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Типологія невротичних розладів у сучасних системах класифікації

Проблема типології та класифікації психічних розладів є надзвичайно важливою як для теорії, так і для практики тих наукових галузей, що опікуються сферами психічного здоров'я та психологічного благополуччя дитини, оскільки являють собою ядро психодіагностики, а, отже, основу вибору тієї чи іншої стратегії реабілітаційного або психокорекційного впливу [4].

У сучасних системах класифікації традиційний розподіл психічних розладів на невротичні та психотичні поступово втрачає своє фундаментальне значення. Так, у поточній редакції Міжнародної класифікації хвороб (ICD– 10), на відміну від попередньої (ICD–9), поняття неврозу перестає бути основою класифікації відповідної групи психічних захворювань. Невротичні розлади все ще виділяються як окрема група нозологічних одиниць в силу їх історичного взаємозв'язку (F40–F48: Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади), однак термін «невроз» вживається лише в окремих випадках. Ця рубрика включає такі структурні одиниці:

- тривожно- фобічні розлади включають агорафобію, соціальну фобію, специфічні фобії;
- інші тривожні розлади включають панічний розлад, генералізований тривожний розлад, змішаний тривожний і депресивний розлад;
- obsesивно-компульсивний розлад включає ананкастний невроз та obsesивно-компульсивний невроз, переважно нав'язливі думки або румінації та переважно нав'язливі дії, змішані obsesивні думки та дії;

- реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації включають гостру стресову реакцію, посттравматичний стресовий розлад, розлади пристосування;
- дисоціативні (конверсійні розлади) включають конверсійну істерію, конверсійну реакцію, істерію, істеричний психоз, дисоціативну амнезію, дисоціативну фугу, дисоціативний ступор, трансї, дисоціативні моторні розлади, дисоціативні конвульсії, дисоціативну анестезію та втрату чутливості;
- соматоформні розлади включають соматизаційний розлад, невизначений соматоформний розлад, іпохондричний розлад, соматоформну вегетативну дисфункцію, стан стійкої соматоформної болі;
- інші невротичні розлади включають неврастенію, **синдром деперсоналізації=дереалізації**, професійний невроз, психастенію та невизначений невротичний розлад [53].

Класичний погляд на типологію неврозів представлений у ICD дев'ятого перегляду. В цій версії зазначеного класифікатора психічні розлади невротичного спектра виділені в окрему групу – «Невротичні розлади» – що визначаються як такі психічні порушення, що не мають органічної основи, є усвідомленими та за яких відсутні порушення тестування реальності. Ця група нозологічних одиниць ICD–9 має описані нижче складові.

Стани тривоги – різноманітні комбінації фізіологічних і психічних проявів тривоги, що не є адекватними реальній небезпеці. Включають тривожний невроз, тривожні реакції, тривожні стани, панічні атаки, панічні розлади, панічні стани.

Істерія – психічні розлади, за яких витіснені у несвідоме мотиви символічно виявляються у порушеннях сенсорних та/або моторних функцій і/або звуженні свідомості. Включає астазію-абазію, компенсаторний невроз, конверсійну істерію та конверсійну реакцію, дисоціативну реакцію, дисоціативний стан, синдром Ганзера, множинну **ОСОБИСТІТЬ**.

Фобічні стани – невротичні стани, що характеризуються **ІНТЕНСИВНИМ** нереалістичним страхом певних об'єктів або ситуацій. Включає агорафобію,

фобії тварин, клаустрофобію тощо.

Обсесивно- компульсивні розлади – стани, за яких провідним симптомами виступають нав'язливі почуття необхідності робити певні дії, обдумувати певні ідеї, пригадувати певний досвід, румінацію. Ці думки сприймаються особою як небажані та неприродні, але такі, що належать цій особі. Нав'язливі дії мають квазіритуальний характер і сприяють **зниженню** тривоги. Включають ананкастний невроз та компульсивний невроз.

Невротична депресія – невротичний розлад, що характеризується диспропорційним депресивним станом, якому, зазвичай, передують сильний стресовий або психотравматичний досвід. За цього стану часто присутня тривога, однак виключена психотична симптоматика. Включає тривожну депресію, депресивну реакцію, невротичний депресивний стан, реактивну депресію.

Неврастенія – невротичний розлад, для якого є характерними швидка втомлюваність, дратівливість, головні болі, депресія, безсоння, труднощі в концентрації, ангедонія. Неврастенія може виникати як супутнє порушення при соматичних розладах або ж бути результатом виснаження та тривалого емоційного стресу.

Синдром деперсоналізації – невротичний розлад, що характеризується суб'єктивно неприємними змінами у сприйманні: об'єкти та події навколишньої дійсності або частини тіла індивіда сприймаються як нереальні, несправжні, автоматичні, віддалені. При цьому індивід усвідомлює суб'єктивний характер цих змін. Деперсоналізація може виникати симптом інших психічних розладів (депресії, обсесивного та тривожного неврозу, шизофренії). Включає також невротичну дереалізацію.

Іпохондрія – невротичний розлад, за якого провідним симптомом виступає надмірне переживання індивіда за власне здоров'я, за функціонування певної частини тіла або, в окремих випадках – за функціонування психіки.

В адаптації ICD– 9 пропонується у відповідності до вищеописаних

діагностичних одиниць класифікувати також і невротизацію особистості [64].

В одинадцятій редакції ICD, що набула чинності з 2017 р., класифікація психічних розладів є максимально наближеною до DSM–V. Відповідно, термін « невроз» у цій редакції не вживається ICD [64].

В останній редакції Діагностичного та статистичного керівництва з психічних захворювань Американської психіатричної асоціації (DSM–V) невроз, як окрема діагностична одиниця, не вживається взагалі. Натомість, психічні розлади, що традиційно вважались невротичними, розподілені по специфічним категоріальним групам, що включають також й інші розлади: депресивні розлади – включають як невротичну дистимію, так і розлади настрою з психотичними ознаками; тривожні розлади – включають як невротичні тривогу та фобії, так і селективний мутизм; obsесивно-компульсивні розлади – включають як невротичні obsесії та компульсії, так і тріхотиломанію та розлади накопичення, що можуть бути наявними при психозах тощо [69].

Відображенням класичних поглядів на теорію неврозу є друга редакція DSM, в котрій як і в ICD–9 невротичні розлади виділено в окрему категоріальну групу – «Неврози». Ключовою характеристикою неврозу в цьому класифікаторі названий підвищений рівень тривоги, що може переживатись безпосередньо, або ж бути несвідомо контрольованою за допомогою психозахисних механізмів – конверсії, заміщення тощо. Ці захисні механізми утворюють симптоми, що сприймаються індивідом як неприємні та небажані. При цьому при неврозах, на відміну від психозів, відсутні втрата контакту з реальністю та особистісна дезорганізація. Основною дискримінативною характеристикою неврозів є усвідомлення індивідом наявних порушень власного психічного функціонування. Ця категоріальна група DSM–11 включає описані нижче структурні одиниці [41].

Окремої уваги заслуговує така нозологічна група DSM та ICD, як

«розлади особистості». Ці розлади визначаються як стійкі внутрішньо-особистісні та поведінкові патерни, що помітно відрізняються від прийнятих у тій чи іншій культурі норм. Ці патерни є глибоко вкоріненими в особистісну структуру індивіда, негнучкими, незмінними протягом тривалого часу та призводять до труднощів в особистісному та соціальному функціонуванні. Розлади особистості помітні, починаючи з підліткового віку або навіть раніше. В ICD–9 розлади особистості називаються також «неврозом характеру» [32].

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

В рамках моделі DSM–5 описані шість специфічних типів особистісних розладів: антисоціальний, уникаючий, пограничний, нарцисичний, obsесивнокомпульсивний та шизотиповий. Для усіх інших випадків запропоновано визначати специфічні особистісні риси, що включають емоційну лабільність, тривожність, сепараційну тривогу, покірливість, ворожість, впертість, депресивність, підозрілість, відчуженість, уникнення близьких стосунків, ангедонію, обмежену здатність до переживання емоцій, маніпулятивність, оманливість, грандіозність, пошук уваги, грубість, безвідповідальність, імпульсивність, схильність до відволікання, ризиковість, перфекціонізм, незвичні вірування та переконання, ексцентричність, когнітивну та перцептивну дизрегуляцію [30]. Останні три риси названі психотичними. Тобто, модель особистісних рис є більш комплексним та індивідуалізованим засобом визначення як особистісних розладів, так і більш близьких до норми варіантів функціонування особистості, зокрема, такої, що має високий рівень невротизації.

Таким чином, беззаперечною для практики є корисність організації

сучасних класифікаторів психічних розладів саме за симптоматичним принципом. Універсальність та ефективність диференціальної діагностики та симптоматичного підходу є головними перевагами DSM–V та ICD–10 (і ICD–11 також). Усунення категорії неврозу, тим не менш, негативно позначається на теоретичній значущості цих систем класифікації. Терміни «невроз» і, особливо, «невротизація», й нині лишаються релевантними у контексті психології, зокрема, осіб із негативними формами поведінки, оскільки стосуються принципового питання можливості формування в таких осіб комплексних психічних репрезентацій навколишньої дійсності, а звідси – проблеми доступного цим особам рівня функціонування психіки.

1.2. Сутність девіантної поведінки підлітків і специфіка невротизації особистості підлітків з негативними формами поведінки

Девіантна (негативна форма) поведінки школярів – це проблема, якій присвячені дослідження представників різних галузей науки. Девіантні прояви в поведінці дитини вивчаються філософами з погляду їхнього співвіднесення з категоріями соціальної норми, явищами стійкості і мінливості, проявами загальних закономірностей розвитку живої природи у практиці людської діяльності. Соціологи, медики, психологи, педагоги досліджують природу девіантної поведінки, класифікують різні види девіацій і фактори, що їх викликають, з метою запобігання виникненню небажаних явищ у процесі становлення особистості дитини [60].

Будь-яка негативна форма поведінки – це відхилення від загальновизнаної, неодноразово перевіреної практикою норми поведінки, вона завжди несе в собі елемент непередбачуваності, невідомості, можливої небезпеки. «Стан ризику – свого роду межа, риса, що розділяє хаос і порядок, інновацію й усталену нормативно-рольову форму поведінки. Чим менше ризик, тим більш імовірна дія індивіда, більш передбачувана поведінка системи в цілому» [61].

Аналіз наукових праць з проблеми дослідження [40, 53] показав, що поняття «негативна форма поведінки» або «девіантна поведінка» у літературі використовується для характеристики різних проявів дитячого та юнацького негативізму: від неслухняності до протиправних дій. Усталеним поняттям є «важка» дитина, яке вживається для характеристики особи, яка «не піддається звичайним заходам педагогічного впливу» [53].

Зарубіжні психологи вважають за доцільне говорити про проблемну поведінку, яку підрозділяють на інтерналізовану (спрямовану на себе) та екстерналізовану (спрямовану на інших). Тоді така поведінка є одним із видів екстерналізованої проблемної поведінки [65].

Характеризуючи негативні форми поведінки підлітків, Кле М. [32] виокремлює: недоліки характеру, зумовлені переважно емоційними аспектами становлення особистості (психічна нестійкість, конфліктність; підвищена збудливість, гострота симпатій і антипатій до людей; імпульсивність учинків; притуплений гнів; лякливості і хворобливі страхи (фобії); песимізм і надмірна веселість; байдужість; неохайність і педантизм; пристрасне читання); недоліки характеру, зумовлені переважно активно-вольовими моментами (хворобливо виражена активність; інтенсивна балакучість; постійна потреба задоволень; відсутність певної мети; нестриманість; неухажливість; безцільна брехня; злорадство і знущання з оточуючих людей; негативізм; деспотизм; надмірна недбалість; замкнутість).

У працях фахівців [53, 68] зазначені такі різновиди негативної поведінки дітей: 1) страхи, нав'язливість; 2) рухова розгальмованість; 3) заїкання; 4) втечі з дому і бродяжництво; 5) розлади апетиту; 6) патологічне фантазування; 7) страх перед своєю фізичною неповноцінністю (дисморфофобія); 8) патологічні захоплення (хобі-реакції).

Патологічні реакції можна відрізнити від нормальної поведінки за такими ознаками (за А. Є. Личко) [43]: схильність до генералізації, тобто виникнення відхилень у поведінці в різних ситуаціях і в зв'язку з різними, навіть неадекватними, приводами; здатність набувати характеру стереотипу;

схильність підвищувати верхню межу порушень поведінки, що ніколи не переступається групою однолітків, до якої належить девіантний підліток.

Аналіз вищерозглянутих підходів до трактування сутності негативної поведінки дозволив сформулювати робоче для дослідження визначення: девіантна (негативна) поведінка – це поведінка, що відхиляється від прийнятих у суспільстві соціально-моральних норм і цінностей, виявляється в соціально неприйнятних способах самоствердження й ускладнює процеси саморозвитку та конструктивної самореалізації підлітка.

У сучасній педагогічній науці девіантну поведінку класифікують за різними підставами: за радіусом (індивідуальні та групові форми), сферами прояву (культурні та психічні), за рівнем відхилення і типом норми, що порушується (правові, моральні, культурні), за характером активності (конструктивні та деструктивні) [60, 71]. За тривалістю девіантна поведінка поділяється на тимчасову, постійну, стійку та нестійку; за рівнем організації – на стихійну, сплановану, структуровану, неструктуровану; за спрямованістю на себе та інших – на егоїстичну, альтруїстичну, експансивну, неекспансивну; за рівнем усвідомлення – на усвідомлену та неусвідомлену; за кількістю осіб – на індивідуальну та групову. При цьому «радіус» девіантності залежить від характеру особистісних проблем, групових традицій, характеру культури, релігійних норм тощо. При індивідуальних відхиленнях окремий індивід відкидає норми своєї субкультури. Групова девіація розглядається як конформна поведінка члена девіантної групи стосовно його субкультури [71]. Відхилення бувають первинні та вторинні. Під первинним відхиленням мається на увазі девіантна поведінка особистості, яка, в цілому, відповідає культурним нормам, прийнятим у суспільстві. У цьому випадку чинені індивідом відхилення незначні і терпимі, тому він соціально не кваліфікується девіантом і не вважає себе таким. Для нього і для оточуючих відхилення виглядає просто маленькою витівкою, ексцентричністю або помилкою. Вторинне відхилення від існуючих у групі норм, що входить в образ життя, кваліфікується як власне

девіантне [71].

Варто зазначити, що девіантна поведінка підлітків може іноді поєднуватися з їхньою відносно доброю обізнаністю з моральними нормами. За таких умов девіантна поведінка неповнолітніх слугує своєрідним засобом самоствердження, вираженням протесту дітей проти реальної чи уявної несправедливості дорослих. Оскільки у виникненні девіантної поведінки у таких випадках велику роль відіграють дефекти особистісного розвитку, що поєднуються з недоліками, помилками у вихованні і негативним впливом несприятливої ситуації, що складається в найближчому оточенні дитини, родині, референтній групі, особливо актуальним є цілеспрямоване формування у підлітків моральних звичок [61].

До числа різноманітних факторів, що обумовлюють генезис цієї поведінки, належать: соціальний фактор (соціально-економічні, культурні, політичні умови життя дитини); психолого-педагогічний фактор (сімейне, шкільне, професіональне, додаткове, інше виховання); індивідуальний фактор (психологічні передумови, що ускладнюють соціальну адаптацію індивіда); особистісний (активно-вибіркове ставлення індивіда до середовища спілкування та діяльності, норм і цінностей свого оточення, педагогічних дій сім'ї, школи, громадськості, а також до особистих ціннісних орієнтацій, розвитку особистих здібностей і готовності до саморегулювання власної поведінки) [68].

Також до чинників, що формують негативну або девіантну поведінку, відносять фактор дисгармонійного виховання (неповна сім'я, гіпоопіка, гіперопіка, емоційне відкидання, суперечливе виховання, жорстокі відносини в сім'ї), особливості мікросоціального оточення, хронічні психотравмуючі ситуації в сім'ї та соціумі, реакції особистості на усвідомлення психічної та фізичної неповноцінності; соціально-психологічні особливості підліткового віку, неврози тощо [63].

Випереджальне виявлення цих факторів, а також врахування їх впливу, змін у поведінці підлітка під їх дією у процесі педагогічної організації

профілактики девіантної поведінки учнів є складовою частиною всієї системи виховної роботи в загальноосвітній ШКОЛІ.

Серед найбільш актуальних проблем розвитку підлітків з негативними формами поведінки особливо важливою постають психічні порушення, зокрема, невротизацію [28], що негативно позначається на ефективності їхнього особистісного та соціального функціонування як в навчанні, так і у повсякденному житті.

Як дозволяє свідчити теоретичний аналіз проблеми, невротизація особистості підлітків з негативними формами поведінки – це комплексна проблематика, що дотепер лишається недостатньо розробленою. Ґрунтовні дослідження проблеми невротизації зазначеної категорії осіб, на жаль, майже відсутні, в деяких працях вчених наголошується на специфіці протікання психоневрозів, в окремих роботах висловлені принципово відмінні ПОГЛЯДИ на проблему виявлення та подолання невротичних розладів у підлітків з негативними формами поведінки.

Низка вчених [4, 9, 30] вважають виникнення неврозу у підлітків з негативними формами поведінки неможливим, оцінюючи при цьому будь-які непсихотичні психічні розлади як неврозоподібні. Науковці [19, 54] неврозоподібні розлади (неврозоподібні стани) визначають як нервово-психічні порушення, що за симптоматичними проявами нагадують невротичні розлади, проте не обумовлені дією психогенних факторів. Такі розлади займають проміжне місце між органічними захворюваннями і неврозами. При цьому відзначається [54] відсутність зв'язку неврозоподібного стану і психотравмуючої ситуації, більша тривалість і монотонність перебігу захворювання, менша ефективність психотерапевтичного втручання. Невротична симптоматика у підлітків з негативними формами поведінки виражається у формі дратівливості, слабкості, безсоння та інших ознак неврастенії, у них переважає obsesивно-компульсивний розлад.

Результати досліджень авторів вказують на наявність у підлітків з

девіантною поведінкою невротичної симптоматики (підвищений рівень тривоги, страхи та фобії, розлади настрою тощо), що її ці автори пов'язують з комбінованою дією специфіки атипового психічного розвитку таких підлітків і дисфункціонального впливу сім'ї (хронічна фрустрація, нереалістичні очікування з боку родини, емоційна депривація тощо) [4, 64].

Невротичні розлади у підлітків з негативними формами поведінки передбачають наявність преморбідних особливостей, а саме: сприятливого для виникнення невротичних розладів астенічного фону, що викликаний соматичними захворюваннями; наслідків органічних уражень головного мозку – психологічної нестійкості, емоційної лабільності, запальності тощо. Серед соціальних факторів, що відіграють значну роль у генезі неврозу у підлітків з негативними формами поведінки, найбільш важливим автор називає несприятливу атмосферу в сім'ї [30].

Найбільш поширеною формою невротичного розладу у підлітків з негативними формами поведінки також вважається неврастенія. Причину виникнення цього розладу дослідник вбачає у виснаженні нервової системи через надмірне і довготривале фізичне чи психічне напруження, що пов'язане з негативними емоціями. Як правило, таке напруження виникає під час навчання в школі та в період статевого дозрівання. За даними автора не є рідкісним формування в осіб із негативними формами поведінки неврозу за істеричним типом. Фактором ризику виникнення істеричних реакцій та істерії підлітків вчений називає їхню особливу навіюваність.

Таким чином, девіантна (негативна) поведінка – це поведінка, що відхиляється від прийнятих у суспільстві соціально-моральних норм і цінностей, виявляється в соціально неприйнятних способах самоствердження й ускладнює процеси саморозвитку та конструктивної самореалізації підлітка. Будь-яка негативна форма поведінки – це відхилення від загальноновизнаної, неодноразово перевіреної практикою норми поведінки, вона завжди несе в собі елемент непередбачуваності, невідомості, можливої небезпеки.

До числа факторів, що обумовлюють генезис цієї поведінки, належать: соціальний, психолого-педагогічний фактор, індивідуальний, особистісний.

Також до чинників, що формують негативну або девіантну поведінку, можна віднести фактор дисгармонійного виховання, особливості мікросоціального оточення, хронічні психотравмуючі ситуації в сім'ї та соціумі, реакції особистості на усвідомлення психічної та фізичної неповноцінності, соціально-психологічні особливості підліткового віку, неврози тощо. Саме невротизація підлітків, на наш погляд, є більш значущим фактором при формуванні різних форм девіацій.

У поглядах сучасних вчених щодо означеної проблеми наявні суперечності. Дослідники, що вважають виникнення неврозу у підлітків з негативними формами поведінки можливим, вказують на поширеність таких форм цього психогенного порушення як obsесивно-компульсивний розлад, істерія, різні форми тривожно-фобічних розладів, неврастенія, дистимія тощо.

Розглянувши фактори, що обумовлюють виникнення тих чи інших видів девіантної поведінки підлітків, і обґрунтувавши комплексний характер їх детермінуючого впливу, необхідно зауважити, що робота з профілактики поведінки, що відхиляється від норми, повинна мати системний характер і передбачати різні рівні і напрями з урахуванням причин їх виникнення та супутніх психічних відхилень. Без розуміння природи зазначеного питання неможливо виробити дієву стратегію психокорекційного впливу, саме тому ця проблема потребує подальших досліджень.

1.3. Аналіз підходів щодо використання фізичних вправ аеробного характеру у профілактиці неврозів і негативних форм поведінки підлітків

Одним із найважливіших завдань фізичного виховання у школі є забезпечення формування необхідного рівня фізичного розвитку підлітка.

Окреме місце в загальній системі фізичного виховання займають школярі з різними вадами здоров'я [28]. В останні роки спостерігається збільшення кількості дітей, що мають неврози та викликані ними розлади поведінки, тому адаптація цих школярів до фізичних навантажень стає важливою проблемою, що вимагає від навчальних закладів комплексного системного підходу до зміцнення здоров'я, підвищення їхнього фізичного стану, виборі педагогічних технологій, форм організації навчального процесу та дозуванні фізичних навантажень з урахуванням відхилень у стані здоров'я [28].

Специфічна спрямованість у використанні засобів, методів, форм навчання та виховання у сфері фізичного виховання призвела до розриву освіти і фізичного виховання – школярі не повністю усвідомлюють і не сприймають фізичне виховання як життєво важливу цінність. Унаслідок цього фізичне виховання як навчальний предмет не виконує повною мірою своєї важливої функції – формування дієвого ставлення школяра до власного фізичного стану, і наслідком цього є зниження інтересу в більшості дітей до фізкультурно-спортивної, рухової діяльності та зменшення її престижу [37].

У шкільному середовищі спостерігається незадоволеність змістом занять фізичним вихованням, що негативно відображається на рівні фізичної підготовки та стані здоров'я учнів. Вирішення цього завдання на сучасному етапі не може бути достатньо ефективним без подальшого вдосконалення системи фізичного виховання [38].

Науковими дослідженнями [73] доведено, що систематичні заняття фізичними вправами підвищують нервово-психічну стійкість до емоціональних стресів, підтримують розумову працездатність на оптимальному рівні, сприяють фізичному розвитку та фізичних якостей, а також підвищенню успішності підлітків. Проте, обов'язкових занять фізичними вправами недостатньо для підвищення фізичного стану молоді, тому гостро постає проблема розробки методик занять фізичними вправами, що стосується учнів із визначеними вадами у стані фізичного та психічного

здоров'я, зокрема, з неврозами та розладами поведінки. У науково-методичній літературі постійно звертається увага на необхідність занять фізичними вправами, існують окремі методики для виконання фізичних вправ [72], але, водночас, у них недостатньо висвітлені аспекти занять фізичними вправами невротичних підлітків із девіантною поведінкою, що обумовлює актуальність подальших наукових досліджень.

Фахівці [38, 51] у системі фізичного виховання та фізичної реабілітації зазначають, що лікування та профілактика неврозів і розладів підліткової поведінки мають бути комплексними. Передусім, слід усунути несприятливі чинники, що спричинили ці захворювання. У лікуванні та профілактиці визначених діагнозів використовують психотерапію, медикаментозні препарати, що нормалізують співвідношення процесів збудження і гальмування, а також застосовують засоби лікувальної фізичної культури.

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

Головним засобом ЛФК є фізичні вправи, що виконують різноманітні функції залежно від їх підбору, методики виконання та дозування фізичного навантаження. Вплив вправ може бути загальним і спеціальним [37].

Загальний вплив проявляється в активізації всіх функцій організму, що сприяє видужанню, попередженню ускладнень, поліпшенню емоційного стану, зменшенню несприятливих наслідків змушеної гіпокінезії під час хвороби, а спеціальне – у спрямованому поліпшенні порушеною хворобою функції певного органу або в розвитку компенсацій. Загальний вплив є неспецифічним, тому різні фізичні вправи для різних м'язових груп можуть позитивно впливати на організм, і ті самі вправи можуть бути ефективними при різних захворюваннях. Спеціальні фізичні вправи у деяких випадках можуть мати специфічну дію на патологічний

процес [37].

Залежно від методики проведення занять (у першу чергу, від величини та послідовності фізичних навантажень) досягають різної лікувальної дії фізичних вправ. У період розвитку захворювання використовують мінімальні фізичні навантаження; спеціальні вправи, що застосовуються, безпосередньо виконують лікувальну дію, сприяють формуванню компенсацій і профілактики ускладнень. У період видужання шляхом поступового збільшення навантаження від заняття до заняття досягається тренувальний ефект, що відновлює адаптацію організму до фізичного навантаження, поліпшує функції всіх систем організму, у тому числі й функцію хворого органу або системи. Після досягнення максимально можливого лікувального ефекту при захворюваннях, після закінчення відновлювального лікування застосовуються помірні фізичні навантаження, що підтримують досягнуті результати лікування, тонізують організм і підвищують його адаптаційні можливості [73].

У лікувальній фізичній культурі для профілактики й лікування захворювань і ушкоджень застосовують наступні основні засоби: фізичні вправи (гімнастичні, спортивно-прикладні, ідеомоторні тощо), природні чинники (сонце, повітря, вода), різні рухові режими. Крім того, застосовуються додаткові засоби, до яких належать лікувальна ходьба, теренкур, ближній і дальній туризм, оздоровчий біг, оскільки зазначені фізичні вправи є водночас засобами ЛФК і формою організації лікувальної фізичної культури, в основі якої лежить метод безперервної тривалої роботи з відповідною інтенсивністю [45].

Засоби лікувальної фізичної культури при лікуванні та профілактиці неврозів і розладів поведінки використовують диференційовано з перших днів виявлення згідно з призначеним руховим режимом. Їх завдання: покращення психоемоційного стану підлітка та його вольових якостей; врегулювання співвідношень процесів збудження і гальмування в ЦНС та сприяння вирівнюванню їх динаміки; координація функцій кори і підкірки

головного мозку, першої та другої сигнальної систем; покращення діяльності внутрішніх органів тощо. Використовують також ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, самостійні заняття, прогулянки [27].

Завдання, зміст і методику проведення занять з використанням засобів лікувальної фізичної культури диференціюють залежно від виду неврозу та супутніх порушень, клінічних проявів захворювань, віку, статі і функціональних можливостей підлітка (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Засоби лікувальної фізичної культури при неврозах і викликаних ними негативних формах поведінки [3]

Завдання ЛФК		
Підсилення процесів гальмування, регламентація поведінкових реакцій у колективі	Тренування процесів збудження. Вирівнювання тону вегетативних відхилень.	Підвищення психофізичного тонусу. Фізичне тренування. Психотерапевтична дія.
Лікувальна гімнастика		
Груповий метод РГГ, ЛГ.	Малогруповий метод РГГ, ЛГ. Більш помірне фізичне навантаження. Дихальні вправи 1:2. Вправи на координацію, точність, рівновагу з уповільненням темпу. Вправи в ігровій формі, прості рухливі ігри.	Індивідуальний метод РГГ, ЛГ. Вправи у в.п. лежачи, сидячи і стоячи. Вправи коригувального характеру з дозованим навантаженням, дихальні вправи 1:1. Вправи на тренування вестибулярного апарату.
Спортивно-прикладні вправи та ігри		
Прогулянки, ближній і дальній туризм, лижі, ковзани, плавання,	Прогулянки дозовані, ближній туризм, далекий. Прогулянки на лижах, купання, веслування	Прогулянки дозовані, обтирання, душ, купання.

ігри – городки, дозоване. Ігри: крокет, волейбол, теніс, жеглі, городки, рухливі ігри.	рухливі.	ігри.
----------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------

Під час аналізу спеціальної науково-методичної літератури [1] щодо використання засобів ЛФК при неврозах і викликаних ними порушеннях поведінки підлітків встановлено, що саме туризм (ближній і далекий), як один із засобів лікувальної фізичної культури, має максимально оздоровчу дію, позитивно впливає на фізичну працездатність та сприяє удосконаленню фізичних якостей дитини, тому що заняття туризмом проводяться на відкритому повітрі та мають помірні, регульовані фізичні навантаження [1].

У роботах Бутенко Г. О. [18] спостерігалось покращення різних компонентів здоров'я дітей, які займались різними формами туризму. Проте питання впливу систематичних занять різними видами та формами туризму на показники фізичного стану підлітків із неврозами та негативними формами поведінки залишається недостатньо вивченим, що і визначило актуальність дослідження.

Туризм служить своєрідною підготовкою туристів до здійснення походів, подолання різних перешкод, що зустрічаються на маршруті, і на сьогоднішній день став самостійним видом спорту, що передбачає проходження туристами без порушення правил і в мінімально можливий час спортивної дистанції, що містить як природні, так і штучні перешкоди та вимагає їх подолання з використанням технічних, фізичних прийомів і способів [24]. Проходження спортивних дистанцій здійснюється з використанням спеціального туристського спорядження: страхувальна система, мотузки, карабіни, жумар, вісімка тощо.

Спираючись на літературні джерела [1, 33], туризм – це неолімпійський вид спорту, що представляє собою проходження маршруту (з використанням спеціального спорядження), на якому сконцентровані різні перешкоди, що зустрічаються в туристичних походах. В туризмі існують

траси, що поділяються на класи складності, при цьому перший клас вважається найлегшим, п'ятий – найскладнішим. Туризм може бути водним, гірським, пішим, лижним тощо.

Виходячи зі специфіки цього виду активності, нами був розглянутий ближній туризм оздоровчо-рекреаційної спрямованості, що сприяв покращенню фізичного стану та здоров'я підлітків із неврозами та негативними формами поведінки, розширенню кругозору учнів, вихованню моральних якостей, підвищенню мотивації та інтересу до рухової активності і був одним із найефективніших засобів формування здорового способу життя [1].

Як свідчать дані спеціальної науково-методичної літератури [49], система виховних заходів може бути оптимальною, якщо вона здійснюється шляхом застосування різноманітних методів і методичних прийомів лікувальної фізичної культури, з якими ми, безперечно, погоджуємося. Поряд із цим, необхідно враховувати загальні вимоги до відбору і використання методів і методичних прийомів, що були відображені в роботах ряду авторів [24, 49], а саме:

- життя в колективі, лідерство (завдання розвитку комунікативних і лідерських якостей);
- створення та підтримка комфортного соціально-психологічного клімату в туристській групі;
- завдання соціалізації підлітка за допомогою його самореалізації у виконанні туристських обов'язків (певного функціоналу) у природних і штучно створених мікрогрупах (відділення, бригада, «проблемна» група);
- накопичення досвіду лідерства в малих групах (командир бригади, командир відділення, лідер класу);
- виживання в природному середовищі (завдання оволодіння навичками виживання в природному середовищі);
- задачі фізичного оздоровлення школярів засобами туризму;
- формування рухових навичок, сили, спритності, витривалості, швидкості

реакції за допомогою ходьби пішки, їзди на велосипеді з навантаженням і без нього, бігу, щоденних фізкультурних вправ, спортивних ігор і змагань;

- загартовування, купання.

Певна кількість наукових праць [1, 33] вказує, що туризм може містити наступні елементи:

- туристсько-спортивні естафети. Естафета передбачає подолання визначеної дистанції командою, в якій кожен учасник (або кілька учасників) долають частину дистанції або ж почергово всю дистанцію, передаючи естафету товаришам по команді. Вибір виду естафети та її етапів залежить від наявності кваліфікованих кадрів і матеріально-технічних можливостей (наявність туристського та спортивного обладнання, спорядження тощо);
- змагання зі спортивного туризму та орієнтування. При проведенні цих змагань необхідно уникати зайвого ускладнення змагань. До програми змагань доцільно включити, перш за все, найпростіші етапи, що не вимагають високого рівня спеціальної підготовки та значної кількості спеціального спорядження. Цей вид змагань не потребує спеціальної фізичної підготовленості та брати участь можуть школярі, які раніше не займалися туризмом;
- змагання з краєзнавчого орієнтування. Для них необхідно вміти орієнтуватися в населеному пункті, знати його «малу географію», знати історію населеного пункту, його історичні пам'ятки, пам'ятні місця. При цьому учасникам може бути запропоновано або набрати максимальну кількість балів за певний час, або ж побувати на певній кількості пунктів за найменший час (обравши оптимальний маршрут);
- квести – аматорські спортивно-інтелектуальні змагання, основою яких є виконання заздалегідь підготовлених завдань командами або окремими гравцями. Під час гри команди вирішують логічні завдання, здійснюють пошук на місцевості, будують оптимальні маршрути переміщення,

шукають оригінальні рішення та підказки. До виконання наступного завдання команда (учасник) можуть перейти, як правило, лише після успішного виконання попереднього. Перемагає команда, яка виконала всі завдання швидше за інших або ж, в окремих випадках, виконала найбільшу кількість завдань.

Під час занять туризмом особливу увагу слід приділяти забезпеченню безпеки учасників, передбачивши в разі потреби засоби страхівки, обмеження руху учасників на небезпечних ділянках тощо [7].

Отже, впровадження туризму як засобу лікувальної фізичної культури з використанням комплексу методів і підходів, буде сприяти ефективності процесу фізичного виховання підлітків із невротичними та негативними формами поведінки і профілактиці зазначених вад.

Висновки до першого розділу

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.

Проблема типології та класифікації психічних розладів є надзвичайно важливою як для теорії, так і для практики наукових галузей, що опікуються сферами психічного здоров'я та психологічного благополуччя дитини, оскільки являють собою ядро психодіагностики, а, отже, основу вибору тієї чи іншої стратегії реабілітаційного або психокорекційного впливу.

У сучасних системах класифікації традиційний розподіл психічних розладів на невротичні та психотичні поступово втрачає своє фундаментальне значення. Так, у поточній редакції Міжнародної класифікації хвороб поняття невроту перестає бути основою класифікації відповідної групи психічних захворювань. Невротичні розлади все ще

виділяються як окрема група нозологічних одиниць в силу їх історичного взаємозв'язку, однак термін «невроз» вживається лише в окремих випадках і включає такі структурні одиниці: тривожно- фобічні, тривожні, obsесивно-компульсивні; реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації, дисоціативні (конверсійні), соматоформні, інші невротичні розлади.

Девіантна (негативна форма) поведінки школярів – це проблема, якій присвячені дослідження представників різних галузей науки. Девіантні прояви в поведінці дитини вивчаються з погляду їх співвіднесення з категоріями соціальної норми, явищами стійкості і мінливості, проявами загальних закономірностей розвитку живої природи у практиці людської діяльності. Будь-яка негативна форма поведінки – це відхилення від загальновизнаної, неодноразово перевіреної практикою норми поведінки, що завжди несе в собі елемент непередбачуваності, невідомості, небезпеки.

До числа факторів, що обумовлюють генезис цієї поведінки, належать: соціальний, психолого-педагогічний, індивідуальний, особистісний фактори. Також до чинників, що формують негативну поведінку, можна віднести фактор дисгармонійного виховання, особливості мікросоціального оточення, хронічні психотравмуючі ситуації, реакції особистості на усвідомлення психічної та фізичної неповноцінності, соціально-психологічні особливості підліткового віку, неврози тощо. Саме невротизація підлітків, на наш погляд, є більш значущим фактором при формуванні різних форм девіацій.

Вважається, що виникнення неврозу у підлітків з негативними формами поведінки вказує на поширеність таких форм цього психогенного порушення як obsесивно-компульсивний розлад, істерія, різні форми тривожно-фобічних розладів, неврастенія, дистимія тощо. Робота з профілактики поведінки, що відхиляється від норми, повинна мати системний характер і передбачати різні рівні і напрями з урахуванням причин їх виникнення та супутніх психічних відхилень. Без розуміння природи зазначеного питання неможливо виробити дієву стратегію психокорекційного впливу.

Одним із найважливіших завдань фізичного виховання у школі є забезпечення формування необхідного рівня фізичного розвитку підлітків із неврозами та викликаними ними розладами поведінки, тому адаптація цих школярів до фізичних навантажень стає важливою проблемою, що вимагає від навчальних закладів комплексного системного підходу до зміцнення здоров'я, підвищення їхнього фізичного стану, виборі педагогічних технологій, форм організації навчального процесу та дозуванні фізичних навантажень з урахуванням відхилень у стані здоров'я.

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

Виходячи зі специфіки цього виду активності, нами був розглянутий ближній туризм, що сприяв покращенню фізичного стану та здоров'я підлітків із неврозами та негативними формами поведінки, розширенню кругозору учнів, вихованню моральних якостей, підвищенню мотивації та інтересу до рухової активності і був одним із найефективніших засобів формування здорового способу життя. Отже, впровадження туризму з використанням комплексу методів і підходів, буде сприяти ефективності процесу фізичного виховання підлітків із неврозами та негативними формами поведінки і профілактиці зазначених вад.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2. 1. Методи дослідження

Відповідно до мети роботи та для розв'язання поставлених у роботі завдань використані наступні методи дослідження: теоретичні методи; педагогічне спостереження; антропометричні методи; методи визначення функціонального стану; педагогічне тестування; методи дослідження психоемоційного стану; педагогічний експеримент; методи математичної статистики.

2.1.1. Теоретичні методи. Аналітичний огляд наукової літератури з досліджуваної проблеми дозволив вивчити прямі та непрямі дані з теми роботи з метою виявлення передумов постановки проблеми. Особлива увага приділялась висвітленню питань про можливість використання фізичних вправ аеробного характеру у профілактиці неврозів і негативних форм поведінки підлітків. Проводився аналіз одержаних матеріалів, відбулось порівняння даних різних досліджень із результатами дослідження авторів, які вивчали окреслену проблематику.

На основі аналізу джерел вітчизняних і зарубіжних учених визначені спрямованість, завдання, актуальність і основні напрями розв'язання поставленої проблеми. Вивчені 73 джерела спеціальної літератури.

2.1.2. Педагогічне спостереження. Педагогічне спостереження планомірно проводилось за навчально-виховним процесом, пов'язаним із реалізацією методики, де оцінювалася її ефективність на основі збору поточної інформації, що включає: аналіз змісту уроків фізичного виховання; аналіз застосовуваних засобів фізичного виховання; комплексну оцінку динаміки показників розвитку учнів; аналіз методів навчання і виховання;

аналіз поведінки і реакції учнів у ході експерименту.

2.1.3. Антропометричні методи. На підставі загальноприйнятих і рекомендованих у літературі антропометричних методів досліджень [36] визначали: довжину тіла (см), масу тіла (кг), окружність грудної клітки (см).

Отримані результати порівнювалися з середньовіковими стандартами учнів підліткового віку (14–16 років).

2.1.4. Методи визначення функціонального стану організму. Функціональний стан серцево-судинної системи оцінювався за показниками: частоти серцевих скорочень абсолютного спокою (уд/хв^{-1}); артеріального тиску, систолічного та діастолічного (мм рт. ст.). ЧСС і АТ у досліджуваних дітей визначались за загальноприйнятими методиками.

Функціональний стан дихальної системи оцінювався за показниками вимірювання життєвої ємності легень (ЖЄЛ). ЖЄЛ (мл) визначали за допомогою сухого спірометра. Обстежуваний заздалегідь виконував 2–3 рази глибокий вдих і видих, а потім, зробивши максимальний вдих, рівномірно видихав повітря повністю. Вимірювання проводилося 3 рази, враховувався найбільший показник.

Проба Штанге. Учень у в.п. сидячи робив глибокий вдих і видих, потім знову вдих (приблизно 80 % від максимального), закривав рот і одночасно затискав пальцями ніс, затримував дихання (секундомір включається в кінці вдиху). Норма для підліткового віку складає 40–55 с.

Проба Генчі полягає у затримці дихання аналогічно після видиху. Норма для підліткового віку складає 25–30 с [73].

2.1.5. Педагогічне тестування. Педагогічне тестування проводилось на основі надійних об'єктивних тестів. Тестування проводилися в стандартних умовах як для експериментальної, так і для контрольної груп.

У дослідження були включені такі тести: біг 100 м (с); рівномірний біг

1500 м (хв, с); згинання і розгинання рук в упорі лежачи (кількість разів); підтягування (кількість разів); стрибок у довжину з місця (см); човниковий біг 4×9 м (с); піднімання тулуба в сід за 60 с (кількість разів); нахил тулуба вперед з положення сидячи (см).

Таблиця 2.1

Орієнтовні навчальні нормативи для дітей підліткового віку [62]

№ з/п	Нормативи	Рівні оцінювання			
		низький	середній	достатній	високий
1	Підтягування, разів	до 4	4	8	11
2	Згинання, розгинання рук в упорі лежачи, разів	до 15	15	22	30
3	Нахил тулуба вперед з положення сидячи, см	до 3	3	6	10
4	Піднімання тулуба в сід за 60 с, разів	до 20	20	40	55
5	Біг 100 м, с	до 16	15,9	15,3	14,5
6	Стрибок у довжину з місця, см	до 200	200	210	220
7	Рівномірний біг 1500 м, хв	до 8,00	7,30	7,00	6,20
8	Човниковий біг 4×9м, с	до 10,0	9,9	9,7	9,5

2.1.6. Методи дослідження психоемоційного стану. З метою вивчення психоемоційного стану невротичних хлопців з **негативними** формами поведінки нами застосовувались методи психодіагностичного обстеження, в яких використовувалась методика ДАМ (дерево – автопортрет – місцевість) (додаток А).

Результати аналізу літератури дозволили визначити показники психоемоційного стану підлітків, а саме: невротичність, депресивність, реактивну агресивність, спонтанну агресивність, емоційну лабільність, особистісну тривожність, внутрішній дискомфорт, отже, для визначення зони актуального розвитку дітей або вихідного рівня психоемоційної сфери

використовувалась психодіагностична тестова батарея ДАМ (дерево – автопортрет – місцевість).

Причиною вибору проєктивної методики «Рисуночний тест ДАМ» стала її спрямованість на дослідження внутрішнього стану індивіда й, у першу чергу, його психоемоційного стану. Тест включає 10 шкал, із яких 8 – основні: невротичність, депресивність, реактивна агресивність, спонтанна агресивність, емоційна лабільність, особистісна тривожність, внутрішній дискомфорт, аутичність і 2 – додаткові: екстраверсія – інтроверсія, мужність – жіночність. Для розв’язання завдань нашого дослідження вибрані 7 основних (крім аутичності) шкал. Вибір цього тесту обумовлений також тим, що він легкий у застосуванні не лише у стаціонарних, а й у **ПОЛЬОВИХ УМОВАХ**.

2.1.7. Педагогічний експеримент. Педагогічний експеримент проводився у вигляді констатувального дослідження, що здійснювався з метою одержання вихідної інформації про фізичний і функціональний стан, рівень фізичної підготовленості, особливості психоемоційного стану досліджуваних підлітків. Формувальний експеримент проводився з метою визначення ефективності впливу розробленої методики на динаміку окреслених показників.

Основною метою формувального експерименту була апробація теоретичних положень методики в природних умовах. Для цього були підібрані однакові за якісним складом групи. В експериментальній групі уроки фізичної культури проводилися за розробленою методикою, в контрольній навчальні заняття проводилися за наявною у школі програмі. По закінченні педагогічного експерименту був проведений аналіз запропонованої методики за кількісними, якісними та статистичними характеристиками, в результаті якого була доведена ефективність запропонованої методики.

В експерименті взяли участь хлопці віком 14–16 років Полтавської

загальноосвітньої школи I-III ступенів №10 ім. В. Г. Короленка Полтавської міської ради Полтавської області, організовані для занять МЕТОДОМ випадкової вибірки.

Перед початком експерименту були сформовані експериментальна та контрольна групи. Експериментальна група (n=11) складалася з хлопців, які займалися туризмом за розробленою методикою. Контрольна група (n= 13) складалася з хлопців, які займалися фізичною культурою за існуючою шкільною програмою. Ефективність застосовуваних підходів до проведення занять визначалася динамікою і достовірністю змін, що відбулися в досліджуваних показниках.

2.1.8. Методи математичної статистики. Математичні та статистичні розрахунки проведено з використанням ПК з використанням програм «Excel», «SPSS», STATISTICA 7 в операційній системі «Windows».

Обчислювались такі показники: середнє арифметичне значення (\bar{X}), стандартна помилка середнього арифметичного (σ), t-критерій Стьюдента.

Достовірність відмінностей показників вважали суттєвою при рівнях значимості $p \leq 0,05$, що визнається надійним у педагогічних дослідженнях.

У тих випадках, коли дані були представлені в балах, використовувалися непараметричні методи перевірки статистичних ДАНИХ.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося в чотири етапи. Експериментальною базою дослідження стала Полтавська загальноосвітня школа I-III ступенів №10 ім. В. Г. Короленка Полтавської міської ради Полтавської області.

Перший етап передбачав аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних і зарубіжних авторів, що дозволив оцінити загальний стан проблеми; встановити об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження; визначити програму досліджень; узгодити терміни проведення дослідження.

та сформувані теоретичні положення розробленої методики.

На *другому етапі* дослідження мало місце проведення попереднього експерименту, в ході якого були відпрацьовані методики майбутнього дослідження, проведене педагогічне спостереження за навчально-виховним процесом, пов'язаним із реалізацією розробленої методики.

На *третьому етапі* здійснювалася перевірка ефективності розробленої методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру. В процесі формувального педагогічного експерименту, в якому взяли участь 24 хлопці, були отримані дані, що характеризують динаміку досліджуваних показників учнів обох груп.

Четвертий етап включав в себе аналіз і інтерпретацію досліджуваних результатів експериментальної та контрольної груп; формулювання висновків про ефективність застосування запропонованої методики; розробка практичних рекомендацій; оформлення магістерської роботи.

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ НЕВРОЗІВ І НЕГАТИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ АЕРОБНОГО ХАРАКТЕРУ

3.1. Теоретичне обґрунтування методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру

Теоретичну основу розробки методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру (засобами туризму) склав аналіз навчально-методичної документації, розробленої і рекомендованої Міністерством освіти України для підлітків з окресленими порушеннями.

Формулювання змісту структури методики спиралось на положення теорії і методики лікувальної фізичної культури, в процесі якого вирішувались наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров'я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навичок; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості фізичного стану невротичних підлітків з девіантною поведінкою, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру. Наші дослідження продовжили розпочату роботу вітчизняних і зарубіжних вчених і фахівців [23, 63] щодо розробки й впровадження в процес фізичного виховання для учнів з неврозами профілактичних засобів.

Обґрунтування положень методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму здійснювалось відповідно до

фундаментальних засад теорії і методики фізичного виховання [38], рекомендацій фахівців лікувальної фізичної культури [73] щодо вдосконалення навчального процесу з фізичного виховання підлітків з невротами та негативними формами поведінки, наукових здобутків у напрямі розробки та впровадження профілактичних заходів для цього контингенту учнів [1], наукових даних з дослідження фізичного стану дітей цієї нозологічної групи [30] і застосування засобів туризму у процесі фізичного виховання школярів [24].

Змістовними компонентами розробленої методики стали: мета, завдання, принципи, методи та засоби й умови її практичної реалізації, а також критерії ефективності.

Мета методики – профілактика невротів і негативних форм поведінки підлітків засобами туризму.

Розробка та експериментальне впровадження розробленої МЕТОДИКИ передбачало вирішення загальних і спеціальних завдань. Загальні завдання методики були сформульовані відповідно до встановленої профілактичної складової ланки освіти підлітків із невротами та негативними формами поведінки та об'єднані за наступними напрямками:

- **ОСВІТНІ** – створення системи базових теоретичних знань і практичних умінь; ознайомлення зі спеціалізованими напрямками сучасної системи знань; формування пізнавальної активності учнів; розвиток психічних властивостей особистості; розширення світогляду та раціоналізація світосприйняття та власного пошуку;
- **ОЗДОРОВЧІ** – сприяння фізичному розвитку та покращенню рівня фізичного стану учнів; підвищення рівня соматичного здоров'я та опірності організму до дії несприятливих факторів **НАВКОЛИШНЬОГО** середовища; розвиток необхідних умінь і навичок для самостійного життєзабезпечення; формування правильного психоемоційного ставлення до оточуючого середовища та можливості адаптації в ньому; профілактика сумісних патологій тощо;

- **компенсаторні** – розвиток свідомого сприйняття різних видів інформації; формування кінестетичних відчуттів; зосередження уваги на механізмі відтворення окремих складових фізичних рухів тощо;
- **виховні та профілактичні** – сприяння усвідомленню власних можливостей, розумінню прав та обов'язків соціально адаптованої особистості; розвиток цілеспрямованості діяльності, **самоконтролю**, вольової сфери учнів; формування впевненості у собі, усвідомлення своєї своєрідності, особистісної цінності; формування ототожнення учнями власної особистості як повноцінного громадянина; **сприяння** усвідомленню свого місця і ролі у соціумі; розвиток комунікаційних здібностей і здатностей до вільного спілкування та невимушеної поведінки у колективі.

Спеціальними завданнями розробленої методики стали:

- покращення стану здоров'я школярів при взаємодії підвищення ефективності процесу фізичного виховання;
- підвищення рівня функціонального та психоемоційного стану організму школярів під час занять різними формами лікувальної фізичної культури з включенням засобів **туризму**;
- підвищення рівня фізичного, функціонального та психоемоційного **станів** учнів за рахунок використання в процесі фізичного виховання нових сучасних форм і засобів **туризму**;
- формування потреби та мотивації школярів у регулярних заняттях фізичними вправами для профілактики неврозів і негативних форм поведінки.

Розроблення методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму здійснювалось на основі загальноприйнятих і спеціальних принципів лікувальної фізичної культури [37]:

- своєчасність застосування ЛФК на ранньому етапі захворювання з метою максимально можливого використання збережених функцій для

- відновлення порушених, а також для найбільш ефективного і швидкого розвитку пристосування за неможливості повного відновлення функціонального дефіциту;
- **КОМПЛЕКСНІСТЬ** застосування методик ЛФК;
 - **ПОСТУПОВІСТЬ** зростання навантаження: а) від легкого до важкого: завжди необхідно починати з найлегших вправ і поступово переходити до більш важких і найважчих; б) від простого до складного: якщо функціональні можливості та адаптаційні здібності учня зростають так, що **ДОЗВОЛЯЮТЬ** ускладнювати вправи, то до них підходять через прості, шляхом поступового ускладнення; в) від відомого до невідомого: застосовуючи засоби туризму варто починати з відомих, добре знайомих елементів, а потім переходити до менш відомих, менш знайомих і, нарешті, зовсім невідомих; г) від звичайного до незвичайного: не кожна дитина вміє справлятися з навантаженням з максимальним ефектом, але шляхом тренувань цього можна досягти – і незвичайне стане звичайним; д) від спорадичного до систематичного;
 - систематичність, що забезпечує успіх у досягненні поставленої мети, основа ЛФК. Усі засоби і форми лікувальної фізкультури тільки тоді дають максимальний ефект, коли вони здійснюються безперебійно, безупинно, систематично;
 - **ПОСЛІДОВНІСТЬ** – це суворе виконання всіх методичних правил;
 - зростаюче навантаження – призначення режиму рухової активності стає можливим після стійкої адаптації школяра до фізичних навантажень попереднього режиму;
 - **ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ** – режим рухової активності слід призначати, виходячи з індивідуальних особливостей у конкретних учнів;
 - **ЕМОЦІЙНІСТЬ** – прагнення змінити стан дитини з пригніченого, байдужого на стан підвищеного тону, життєрадісності, активності, бадьорості та інтересу до навколишнього, тому ЛФК має чинити на підлітка психогігієнічний і психотерапевтичний **ВПЛИВ**;

- цілеспрямованість – процеси профілактики відбуваються інтенсивніше, якщо навантаження виконувати з чітко визначеною метою;
- регулярне урахування ефективності – про ефективність ЛФК судити з тих змін, зрушень у стані організму, що можна одержати за суб'єктивними та об'єктивними показниками.

Поряд із загальноприйнятими принципами лікувальної фізичної культури нами включались в основу розробки методики й спеціальні принципи:

- зв'язок отриманих знань і набутих умінь із життєвою практикою;
- урахування виховної та розвивальної спрямованості;
- всебічність і гармонійність змісту системи знань, умінь, навичок;
- концентризм на процесі теоретичного засвоєння та практичної діяльності навчання.

Узагальнення наукових даних дозволило сформулювати умови практичної реалізації розробленої методики:

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

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

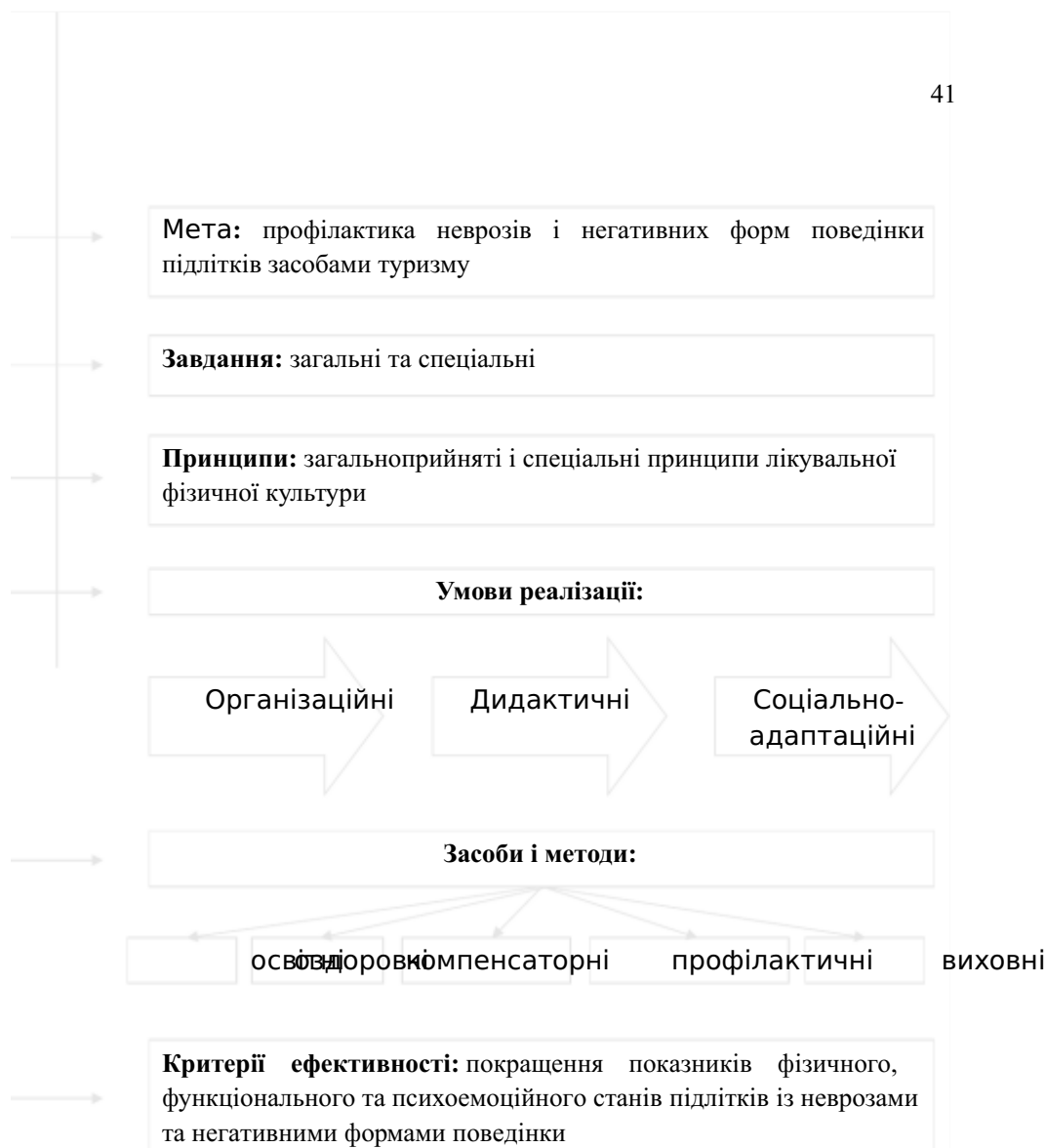


Рис. 3. 1. Схема методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру

Отримані у ході педагогічного експерименту дані та визначена спрямованість змістових складових методики дозволили нам розробити її методичну основу, яку склав впроваджений у навчальний процес з фізичного виховання школярів модуль «Туризм». Цей модуль передбачав комплексний

підхід до організації роботи з невротичними школярами з девіантною поведінкою для засвоєння окремих видів туризму на основі формування відповідних компетентностей особистості у процесі засвоєння базових знань з різних видів туризму і краєзнавства:

- пізнавальна компетентність: розкрити уміння спостерігати за навколишнім середовищем; здійснити ознайомлення з пам'ятками історії і культури, рекреаційними та екологічними зонами; формувати особистісне сприйняття дослідженого матеріалу; розвинути прагнення до самовдосконалення та розширення власного кругозору;
- практична компетентність: навчити користуватись туристським спорядженням та обладнанням; розкрити уміння орієнтуватися на місцевості за допомогою карти та компасу, розробляти та проходити туристські маршрути; засвоїти основні навички з початкової туристичної підготовки; ознайомити з основними правилами техніки безпеки та гігієни туриста в туристських подорожах і під час змагань; здобути навички надання невідкладної допомоги під час отримання **ГОСТРИХ** травм або виникнення невідкладних станів у туристських подорожах; вивчити основні норми та вимоги щодо дозування фізичних навантажень та ознайомити з методами контролю та суб'єктивними й об'єктивними ознаками впливу фізичних навантажень на організм;
- творча компетентність: набуття досвіду по складанню опису маршруту походу; розкриття вмінь з організації, проведення та активної участі у різних туристських заходах (походи, екскурсії, експедиції, акції, пошукова, рятувальна та дослідницька робота, флеш-моби, демонстрації, тренувальні заняття, розважальні заняття, **ЗМАГАННЯ**);
- соціальна компетентність: розкрити здатність до співробітництва; розвинути соціальну активність; привити культуру спілкування, свідоме ставлення до власної безпеки та безпеки оточуючих, **ОТОЧУЮЧОГО** середовища; підтримати прагнення до збереження та **ПРИМНОЖЕННЯ** культури, звичаїв, традицій українського народу; формування **ПОЗИТИВНИХ**

якостей емоційно-вольової сфери (самостійність, доброзичливість, колективізм, працелюбність, ініціативність, відповідальність та ін.).

Розробка загальної структури занять та їх методичне наповнення здійснювалось на підставі «блоково-модульного» принципу з урахуванням рекомендацій фахівців [1, 49]. Так, зміст модуля «Туризм» включав у себе наступні тематичні блоки: краєзнавство; основи топографії та орієнтування; туристська підготовка; пішохідний туризм; екологічний туризм.

Для вирішення завдань дослідження школярів до змісту практичних занять включені вправи різної структури та спрямованості задля підвищення рівня функціональних можливостей серцево-судинної та дихальної систем; нормалізації показників фізичного розвитку; оптимізації рівня загальної фізичної працездатності; виховання витривалості; стабілізації діяльності імунної системи; урівноваження психоемоційного стану.

Організація проведення занять зі включенням засобів туризму згідно з рекомендаціями спеціалістів [57, 66] відповідають таким принципам: включення до занять різноспрямованих фізичних вправ; застосування колового методу; врахування часу виконання вправ і використання ігрового й змагального методів; застосування за різних умов організації занять (робота з інвентарем і без; на відкритому повітрі та у закритому приміщенні; раціональне поєднання теоретичної і практичної підготовки).

Модульний матеріал викладений відповідно до вимог нормативних документів, що регламентують розпорядок роботи та обсяг навчального навантаження проведення занять для невротичних підлітків з негативними формами поведінки із використанням фізичних вправ аеробного характеру.

Зміст тематичних блоків містив наступний навчальний матеріал:

1. Блок «Краєзнавство». Значення туризму для людини і держави. Поняття про туризм, історія його розвитку в Україні, регіоні. Види туризму. Розрядні норми та вимоги у спортивному туризмі. Туризм у загальноосвітньому закладі. Географічне положення, рельєф, клімат,

рослинний та тваринний світ рідного краю. Історичне минуле краю, пам'ятні історичні місця. Туристські можливості краю. Найголовніші туристичні маршрути рідного краю. Туризм та охорона оточуючого середовища.

2. Блок «Основи топографії та орієнтування». Поняття про компас і карту. Визначення азимута. Рух за азимутом. Орієнтування в просторі та часі. Загальні відомості про орієнтування на місцевості. Особливості орієнтування в різних природних умовах. Види карт. Масштаб. Умовні топографічні знаки. Форми рельєфу. Зображення рельєфу на топографічних картах. Читання карти. Орієнтування за картою і компасом. Спортивне орієнтування як вид спорту.

3. Блок «Туристська підготовка». Особистий рівень фізичної працездатності туриста. Основні засоби та методи підвищення рівня фізичної працездатності туриста. Розвиток фізичних якостей. Індивідуальне, групове і спеціальне спорядження туристів. Правила укладання рюкзака. Типи наметів. Встановлення наметів. Організація туристського побуту. Привали і ночівлі. Типи вогнищ. Харчування в поході. Особливості організації, підготовки та проведення походів з різних видів туризму. Види туристичних походів: ступеневі та категорійні. Основні етапи підготовки до походу: підбір групи, визначення мети та району подорожі. Розподіл обов'язків у групі. Збір відомостей про райони походів. Розробка маршруту, складання кошторису походу, підбір спорядження, вимоги до продуктів харчування, спорядження, медичної аптечки. Перебування групи в різних природних умовах і різній місцевості. Міри безпеки під час природних катаклізмів. Дії групи в екстремальних умовах. Особиста гігієна туриста. Попередження і профілактика травматизму в поході. Перша долікарська допомога. Склад похідної аптечки.

4. Блок «Пішохідний туризм». Техніка пішохідного туризму. Подолання простих природних перешкод. Особливості проведення пішохідних походів. Види природних перешкод. Способи руху по рівній, пересіченій, заболоченій, лісовій місцевостях. Подолання схилів різної

крутизни. Подолання простих природних перешкод. Правила змагань з пішохідного туризму. Таблиця штрафів. Технічні етапи та спеціальні завдання для підготовки до змагань. Техніка безпеки під час проходження технічних етапів. Умови та етапи проходження смуги перешкод. Основні туристські вузли. Відпрацювання техніки та тактики проходження різних етапів під час змагань. Командне та індивідуальне проходження смуги перешкод. Страховка і самостраховка.

5. Блок «Екологічний туризм». Ознайомлення зі змістом екологічного туризму та його особливостями. Оволодіння знаннями про найважливіші об'єкти екотуризму. Основи екотуристичної діяльності. Об'єкти екотуризму. Відвідування місць з відносно незайманою природою або в місцях, які в природному відношенні є цінними та рідкісними. Вивчення засобів мінімізації негативного впливу на природу.

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

- основні правила безпеки учасників туристських походів і змагань, при подоланні окремих перешкод, організації біваку;
- правила екологічної безпеки, збереження природи при проведенні туристських подорожей і змагань;
- види спортивного туризму та їх особливості;
- основні правила орієнтування на місцевості, порядок роботи з картою і компасом при орієнтуванні на місцевості;
- туристське спорядження для подорожі по рідному краю;
- основні вимоги до гігієни туриста в подорожі;
- основні історичні та природні пам'ятки рідного краю.

Після закінчення занять модуля «Туризм» школярі повинні вміти:

- орієнтуватися на місцевості за допомогою карти та компасу, проходити нескладні маршрути за легендою;
- розробляти маршрути 1–2-денних пішохідних лижних походів по рідному краю;
- рухатися по слабо пересіченій місцевості, долати трав'яні та піщані

схили середньої крутизни (з самостраховкою альпенштоком та/або взаємодопомогою), заболочені ділянки по купинах або жердинах, яри по колоді чи мотузці з перилами;

- в'язати основні туристські вузли;
- встановлювати намет, розпалювати вогнище в різних погодних умовах;
- готувати найпростіші страви в похідних умовах на **ВОГНИЩІ**;
- складати опис маршруту 1–2-денного **ПОХОДУ**;
- дотримуватися правил санітарії, гігієни і техніки **безпеки**;
- співпрацювати та розподіляти обов'язки під час колективної роботи.

Для використання безпечного й ефективного **навчального** навантаження усі фізичні вправи, що були запропоновані в якості засобів модуля «Туризм», передбачали виконання з інтенсивністю 50–80 % від максимальної ЧСС з урахуванням рівня фізичної працездатності учнів.

Структурний зміст занять запропонованого модуля «Туризм» будувався за класичною схемою і включав підготовчу, основну, завершальну частини. Зміст і тривалість кожної частини заняття варіювали залежно від вирішуваних завдань. Загальна тривалість одного заняття складала нормативно встановлений час однієї навчальної години – 45 хвилин.

Підготовча частина заняття була спрямована на ознайомлення з теоретичним навчальним матеріалом, підготовку функціональних систем організму школярів до майбутнього фізичного навантаження. Характерними особливостями цієї частини є поступове підвищення ЧСС, збільшення температури тіла, підготовка учнів до подальшого навантаження.

Основна частина заняття включала виконання фізичних вправ і вивчення основних умінь і навиків туризму для профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків.

Завершальна частина заняття об'єднувала фізичні вправи, спрямовані на зниження психічного і фізичного напруження окремих органів і систем організму, доведення їх до оптимального рівня для подальшої діяльності.

Отже, в ході обґрунтування методики виявлені фактори, які дуже

важко врахувати в змісті проведення традиційних уроків. В основу розробки експериментального підходу до визначення змісту методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму були покладені основні принципи лікувальної фізичної культури. Відмінною рисою розробленої методики є її спрямованість на профілактику неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру, що сприяє досягненню мети всього педагогічного процесу навчання та виховання – гармонійного розвитку особистості.

3.2. Дослідження ефективності методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру

Ефективність розробленої методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму оцінювалась згідно визначених критеріїв ефективності:

- зміни антропометричних показників (довжина тіла (см), маса тіла (кг), окружність грудної клітки (см));
- зміни функціонального стану серцево-судинної системи (частота серцевих скорочень абсолютного спокою (уд/хв⁻¹); артеріальний тиск систолічний і діастолічний (мм рт. ст.));
- зміни функціонального стану дихальної системи (життєва ємність легень (мл), проба Штанге (с), проба Генчі (с));
- зміни фізичної підготовленості (біг 100 м (с); рівномірний біг 1500 м (хв, с); згинання і розгинання рук в упорі лежачи (кількість разів); підтягування (кількість разів) юнаки – у висі; дівчата – у висі лежачи; стрибок у довжину з місця (см); човниковий біг 4×9 м (с); піднімання тулуба в сід за 60 с (кількість разів); нахил тулуба вперед з положення

- сидячи (см));
- зміни рівня психоемоційного стану (критерії діагностики вад особистісного розвитку).

Учні експериментальної групи навчалися за розробленою методикою, ефективність застосування якої може підтвердити достовірність відмінностей у показниках підсумкового тестування обох груп.

При проведенні порівняльного аналізу антропометричних показників хлопців експериментальної та контрольної груп визначені значення вихідних і кінцевих результатів дослідження, де \bar{X} – середнє значення показника, σ – розкид у показниках (чим менші результати σ , тим однорідніше виконання завдання). У всіх таблицях розділу ця тенденція зберігається.

Показники антропометричних вимірів хлопців експериментальної та контрольної груп наведені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Динаміка антропометричних показників хлопців експериментальної та контрольної груп до та після експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показники	ЕГ (n=11)		КГ (n=13)	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Довжина тіла, см	175,7±3,40	175,9±2,55	176,5±7,53	176,8±3,01
	p>0,05		p>0,05	
Маса тіла, кг	66,5±2,11	65,9±2,12	66,8±2,99	64,7±2,61
	p>0,05		p<0,05	
ОГК, см	84,4±3,38	86,0±3,05	85,2±3,06	87,1±2,60
	p<0,05		p<0,05	

Отримані дані дослідження показали, що за антропометричними показниками значення на початку експерименту були однорідними.

Результати завершальних досліджень показали, що розроблена методика профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру майже не мала значного впливу на рівень розвитку антропометричних показників. Це можна пояснити тим, що у підлітковому віці відбуваються завершальні процеси росту і розвитку, та ці показники наближені до показників дорослої людини.

Показники довжини тіла хлопців в обох групах після експерименту не мали достовірних відмінностей. Так, на початку експерименту в експериментальній групі середня довжина тіла хлопців дорівнювала $175,7 \pm 3,40$, в кінці дослідження – $175,9 \pm 2,55$ см ($p > 0,05$), в контрольній групі: до дослідження $176,5 \pm 7,53$, після нього – $176,8 \pm 3,01$ см ($p > 0,05$).

До експерименту середні показники маси тіла хлопців перевищували норму, а після впровадження методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків достовірні зміни відбулись у контрольній групі, де середній показник маси тіла зменшився з $66,8 \pm 2,99$ до $64,7 \pm 2,61$ кг ($p < 0,05$). В експериментальній групі середні показники маси тіла мали тенденцію до покращення, але достовірних змін не відбулося (до початку дослідження: $66,5 \pm 2,11$, після дослідження: $65,9 \pm 2,12$ кг) ($p > 0,05$).

Середні показники ОГК достовірно збільшилися протягом експерименту у хлопців обох груп. На початку експерименту в експериментальній групі середні значення ОГК хлопців дорівнювала $84,4 \pm 3,38$, в кінці дослідження – $86,0 \pm 3,05$ см ($p < 0,05$), в контрольній групі: до дослідження $85,2 \pm 3,06$, після нього – $87,1 \pm 2,60$ см ($p < 0,05$).

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

Показники функціонального стану серцево-судинної системи хлопців представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка функціонального стану серцево-судинної системи хлопців експериментальної та контрольної груп до та після експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показники	ЕГ (n=11)		КГ (n=13)	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
ЧСС, уд/хв ⁻¹	71,8±3,67	69,1±2,44	71,3±3,20	67,5±1,46
	p<0,05		p<0,05	
АТсист, мм рт. ст.	114,1±3,92	115,3±3,29	114,6±3,10	115,5±3,15
	p>0,05		p>0,05	
АТдіаст, мм рт. ст.	66,7±3,18	67,9±3,06	66,3±3,26	67,5±1,85
	p>0,05		p>0,05	

Середні значення частоти серцевих скорочень у хлопців контрольної групи до експерименту складало 71,3±3,20, а після – 67,5±1,46 уд/хв⁻¹, що свідчить про достовірне покращення результатів. Ще більш суттєві зміни відбулись у показниках ЧСС хлопців експериментальної групи. До експерименту цей показник складав 71,8±3,67, а після експерименту – 69,1±2,44 уд/хв⁻¹ (p<0,05).

У середніх показниках АТ також відбулось покращення результатів, але незначне. В експериментальній групі до експерименту значення АТсист складало 114,1±3,92, після експерименту – 115,3±3,29 мм рт. ст. (p>0,05). В контрольній групі: 114,6±3,10 до експерименту та 115,5±3,15 мм рт. ст. – після нього (p>0,05). Аналогічні зміни відбулись з показниками АТдіаст: в експериментальній групі до експерименту значення АТдіаст складало 66,7±3,18, після експерименту – 67,9±3,06 мм рт. ст. (p>0,05); в контрольній

групі: $66,3 \pm 3,26$ до експерименту та $67,5 \pm 1,85$ мм рт. ст. – після нього ($p > 0,05$).

Показники функціонального стану дихальної системи хлопців представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Динаміка функціонального стану дихальної системи хлопців експериментальної та контрольної груп до та після експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показники	ЕГ (n=11)		КГ (n=13)	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
ЖЄЛ, мл	$3153,8 \pm 382,80$	$3586,1 \pm 312,09$	$3269,3 \pm 345,38$	$3700,5 \pm 284,86$
	p < 0,05		p < 0,05	
Проба Штанге, с	$43,4 \pm 3,62$	$46,1 \pm 3,73$	$44,0 \pm 2,50$	$49,0 \pm 3,00$
	p < 0,05		p < 0,05	
Проба Генчі, с	$21,8 \pm 3,66$	$25,5 \pm 4,65$	$22,0 \pm 3,83$	$28,6 \pm 1,53$
	p < 0,05		p < 0,05	

Після дослідження достовірні покращення відбулись у показниках ЖЄЛ хлопців експериментальної групи з $3153,8 \pm 382,8$ до $3586,1 \pm 312,09$ мл ($p < 0,05$) та контрольної групи з $3269,3 \pm 345,38$ до $3700,5 \pm 284,86$ мл відповідно ($p < 0,05$).

Прослідковується достовірне покращення показнику проби Штанге у хлопців експериментальної групи з $43,4 \pm 3,62$ до $46,1 \pm 3,73$ с ($p < 0,05$) та у хлопців контрольної групи з $44,0 \pm 2,50$ до $49,0 \pm 3,00$ с ($p < 0,05$), що відповідає нормам вікового розвитку. При виконанні проби Генчі хлопці затримували дихання на видиху до експерименту на $21,8 \pm 3,66$ та $22,0 \pm 3,83$ с, а після експерименту – на $25,5 \pm 4,65$ та $28,6 \pm 1,53$ с ($p < 0,05$). Такі зміни результатів є достовірними ($p < 0,05$).

Отже, аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що використання засобів туризму у методиці профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків мають різний вплив дії на організм школярів експериментальної групи. Основною відмінністю у змісті **ЗАНЯТЬ** між досліджуваними групами є різний об'єм вправ аеробної та силової спрямованості, а також інтенсивності виконання вправ. Відвідування занять фізичною культурою в школі для хлопців контрольної групи сприяло відносному покращенню більшості досліджуваних показників, достовірні позитивні зміни відбулись у майже всіх показниках: ЧСС, ЖЄЛ, проби Штанге, проби Генчі, але з меншим рівнем достовірності.

Аналіз фізичної підготовленості хлопців показав (табл. 3.4), що в експериментальній та контрольній групах після експерименту більшість показників мають статистично значущі зміни ($p < 0,05$).

Таблиця 3.4

Динаміка фізичної підготовленості хлопців експериментальної та контрольної груп до та після експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показники	ЕГ (n=11)		КГ (n=13)	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Згинання і розгинання рук в упорі лежачи, разів	15,7±2,30	22,3±4,35	15,9± 2,23	17,0±1,06
	p< 0,05		p>0,05	
Підтягування (у висі лежачи), разів	6,1±1,72	10,9±1,62	6,6±1,42	7,9±0,58
	p<0,05		p>0,05	
Піднімання тулуба в сід за 60 с, разів	25,4± 2,62	33,2±1,47	26,0±1,45	31,9±2,46
	p<0,05		p<0,05	
Стрибок у довжину з місця, см	200,2± 2,49	210,6±2,13	205,7±6,56	215,5±2,79
	p<0,05		p<0,05	
Біг 100 м, с	15,9±1,81	15,3±1,60	15,8±2,29	15,0±2,17

Показники	ЕГ (n= 11)		КГ (n=13)	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Човниковий біг 4× 9 м, с	9,5±2,90	9,2±3,00	9,2±2, 15	8,7±1,76
	p>0, 05		p<0,05	
Нахил тулуба вперед із в.п. сидячи, см	2, 3±2,02	2,8±1,63	2,9±1,76	3,9±1, 00
	p>0,05		p>0,05	
Рівномірний біг 1500 м, хв	8,6± 3,61	8,0±2,31	8, 1±1,01	7,2±2,39
	p>0,05		p<0,05	

Аналіз показників фізичної підготовленості хлопців експериментальної групи показав, що після експерименту деякі показники мають статистично значущі зміни ($p<0,05$), окрім тестів на спритність «човниковий біг 4×9 м», на витривалість «рівномірний біг 1500 м» та на гнучкість «нахил тулуба вперед з положення сидячи» ($p>0,05$). Так, наприклад у тесті «згинання розгинання рук в упорі лежачи» до експерименту показник складав $15,7 \pm 2,30$, а після експерименту – $22,3 \pm 4,35$ разів. Достовірно збільшилися показники у тесті «підтягування у висі» з $6,1 \pm 1,72$ до $10,9 \pm 1,62$ разів. У тесті «піднімання тулуба в сід за 60 с» до експерименту показник був $25,4 \pm 2,62$, а після – $33,2 \pm 1,47$ разів. У тесті «стрибок у довжину з місця» показники до експерименту склали $200,2 \pm 2,49$, а після збільшилися до $210,6 \pm 2,13$ см. У тесті «біг 100 м» результати покращилися з $15,9 \pm 1,81$ до $15,3 \pm 1,60$ с ($p<0,05$).

Аналіз показників фізичної підготовленості хлопців контрольної групи показав, що після експерименту показники, що характеризують спритність, гнучкість, витривалість, швидкісні та швидкісно-силові якості мають зміни ($p<0,05$). Так, наприклад, у тесті «піднімання тулуба в сід за 60 с», до

експерименту результат складав $26, 0 \pm 1,45$, а після експерименту збільшився до $31,9 \pm 2,46$ разів. У тесті «стрибок у довжину з місця» показники до експерименту складала $205,7 \pm 6,56$, а після експерименту $215,5 \pm 2,79$ см ($p < 0,05$). У бігу на 100 м результат до експерименту був $15, 8 \pm 2,29$, а після експерименту покращився до $15,0 \pm 2,17$ с ($p < 0,05$). У тесті «човниковий біг 4×9 м» до експерименту результат складав $9, 2 \pm 2,15$, а після експерименту – $8, 7 \pm 1,76$ с. У тесті «рівномірний біг 1500 м» до експерименту результат складав $8,1 \pm 1,01$, а після експерименту покращився до $7,2 \pm 2,39$ хв ($p < 0,05$). У тестах «згинання і розгинання рук в упорі лежачи», «підтягування у висі» та «нахил тулуба вперед з положення сидячи» спостерігається тенденція до покращення результатів, але достовірних змін не відбулося ($p > 0,05$).

Вищезазначене дає змогу стверджувати, що застосовувані з хлопцями експериментальної групи засоби туризму сприяли достовірному підвищенню фізичної підготовленості, а, отже, можна говорити про ефективність запропонованої методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків.

Порівнюючи вплив запропонованої методики та уроками фізичного виховання на фізичну підготовленість хлопців, можна стверджувати, що заняття в експериментальній групі були більш ефективними, оскільки тут покращилися результати рухових тестів таких фізичних якостей, як сила м'язів нижніх кінцівок, швидкість, витривалість і спритність, на відміну від контрольної групи, де зміни відбулися лише у показниках сили м'язів верхнього плечового поясу, а також м'язів черевного пресу.

Аналіз психоемоційного стану досліджуваних хлопців показав (табл. 3.5), що в експериментальній та контрольній групах після експерименту більшість показників також мають статистично значущі зміни ($p < 0, 05$).

Таблиця 3.5

Динаміка рівня психоемоційного стану хлопців експериментальної та контрольної груп до та після експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показники	ЕГ (n= 11)		КГ (n=13)	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Невротичність	2, 17±0,51	1,55±0,31	2,20±0,45	1,62±0, 41
	p<0,05		p>0,05	

Продовження таблиці 3.5

Показники	ЕГ (n= 11)		КГ (n=13)	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Депресивність	1, 97±0,38	1,44±0,19	2,11±0,35	1,64±0, 38
	p<0,05		p>0,05	
Реактивна агресивність	2,19±0,34	1, 63±0,28	2,27±0,38	1,76±0,25
	p<0,05		p<0,05	
Спонтанна агресивність	2,12± 0,33	1,54±0,19	2, 14±0,34	1,69±0,27
	p<0,05		p<0,05	
Емоційна лабільність	2,11±0,31	1,38± 0,20	2,12±0,25	1, 51±0,25
	p<0,05		p< 0,05	
Особистісна тривожність	2,22±0, 32	1,53±0,21	2,22± 0,40	1,60±0,26
	p> 0,05		p<0,05	
Внутрішній дискомфорт	2,42±0,26	1,78±0, 36	2,42±0,36	1,84± 0,30
	p>0,05		p<0, 05	

Аналіз даних таблиці 3.5 виявив, що відбулись певні позитивні зміни показників невротичності хлопців експериментальної та контрольної груп. Показник цього емоційного стану зменшився з 2,17±0, 51 до 1,55±0,31 бала і ця різниця є статистично достовірною при рівні p<0,05. Показники хлопців контрольної групи також змінились. Загальний середній результат зменшився з 2,20±0,45 до 1, 62±0,41 бала.

Аналіз показників депресивності хлопців експериментальної групи на кінець дослідження виявив, що всі результати змінилися. Середній результат хлопців експериментальної групи зменшився з $1,97 \pm 0,38$ до $1,44 \pm 0,19$ бала ($p < 0,05$). Загальний середній результат хлопців контрольної групи зменшився з $2,11 \pm 0,35$ до $1,64 \pm 0,38$ бала ($p > 0,05$).

Аналіз одержаних середніх результатів реактивної агресивності хлопців експериментальної групи виявив різницю між вихідними та кінцевими показниками цієї шкали. Середні показники цього емоційного стану зменшились з $2,19 \pm 0,34$ до $1,63 \pm 0,28$ бала ($p < 0,05$). Показники хлопців контрольної групи також зменшились з $2,27 \pm 0,38$ до $1,76 \pm 0,25$ бала ($p > 0,05$).

Різниця між вихідними та кінцевими показниками спонтанної агресивності хлопців експериментальної групи зменшилась з $2,12 \pm 0,33$ до $1,54 \pm 0,19$ бала ($p < 0,05$). Показники хлопців контрольної групи також зменшились з $2,15 \pm 0,22$ до $1,69 \pm 0,27$ бала ($p > 0,05$).

На відміну від вихідних показників емоційної лабільності, у хлопців експериментальної групи середнє значення змінилось з $2,11 \pm 0,31$ на $1,38 \pm 0,20$ бала ($p < 0,05$) у бік зменшення. У другому дослідженні хлопців контрольної групи середній результат також зменшився з $2,12 \pm 0,25$ до $1,51 \pm 0,25$ бала ($p > 0,05$).

Загальний середній результат особистісної тривожності хлопців експериментальної групи зменшився з $2,22 \pm 0,32$ до $1,53 \pm 0,21$ бала ($p < 0,05$). Показники хлопців контрольної групи також зменшились з $2,22 \pm 0,40$ до $1,60 \pm 0,26$ бала ($p > 0,05$).

Після проведеного порівняльного аналізу таблиці 3.5 виявлено, що всі результати хлопців експериментальної групи на кінець дослідження зменшились. Показники хлопців контрольної групи також зменшились, але різниця між середніми результатами статистично не достовірна ($p > 0,05$).

У цілому, за методикою ДАМ виявлено, що емоційний стан дітей

експериментальної групи відповідає середньому рівню, ближчому до низького, а у дітей контрольної групи майже в усіх випадках – середньому рівню, ближчому до високого.

Аналізуючи одержані дані за психоемоційними станами невротичних підлітків з негативними формами поведінки виявлено, що під впливом фізичних навантажень (методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру) позитивно змінились всі досліджувані показники психоемоційного стану. Одержані дані свідчать про ефективність використання засобів туризму у розробленій методиці.

Висновки до третього розділу

Теоретичну основу розробки методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру (засобами туризму) склав аналіз навчально-методичної документації. Формулювання змісту структури методики спиралось на положення теорії і методики лікувальної фізичної культури, в процесі якого вирішувались наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні.

Обґрунтування положень запропонованої методики здійснювалось відповідно до фундаментальних засад теорії і методики фізичного виховання, рекомендацій фахівців лікувальної фізичної культури ЩОДО вдосконалення навчального процесу з фізичного виховання підлітків з неврозами та негативними формами поведінки, наукових здобутків у напрямі розробки та впровадження профілактичних заходів для цього контингенту учнів, наукових даних з дослідження фізичного стану дітей цієї НОЗОЛОГІЧНОЇ групи і застосування засобів туризму у процесі фізичного виховання школярів.

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

Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних змін у процесі формувального експерименту дітей експериментальної групи, що проявилось у поліпшенні середніх значень показників на рівні $p < 0,05$.

Заняття за розробленою методикою позитивно вплинули на зменшення показників маси тіла у хлопців, а також на підвищення показників окружності грудної клітки. У середніх показниках АТ також відбулось покращення результатів, але незначне.

Про позитивний вплив запропонованої методики засвідчили також статистично достовірні зміни показників фізичної підготовленості і функціональних можливостей дітей експериментальної групи ($p < 0,05$). Аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що використання засобів туризму сприяло відносному покращенню більшості досліджуваних показників: ЧСС, ЖСЛ, проби Штанге, проби Генчі. Застосовувані з хлопцями експериментальної групи засоби туризму сприяли достовірному підвищенню фізичної підготовленості за всіма досліджуваними показниками.

Окремо виявлена оптимізація психоемоційного стану невротичних підлітків з негативними формами поведінки, зниження рівня їхньої тривожності, відчуття неповноцінності, конфліктності, замкнутості та підвищення позитивних емоцій, наполегливості, активності, прагнення справити позитивне враження, потреба в гармонії думок і почуттів, спілкуванні та комунікації, про що свідчать отримані результати дослідження рівня психоемоційного стану хлопців експериментальної групи, що на кінець дослідження достовірно зменшились.

Порівнюючи вплив запропонованої методики та уроками фізичного

виховання, можна стверджувати, що заняття в експериментальній групі були більш ефективними, оскільки тут покращилися результати всіх досліджуваних показників, на відміну від контрольної групи, де зміни відбулися лише частково. Показники хлопців контрольної групи зменшувались, але різниця між середніми результатами статистично не достовірна.

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

РОЗДІЛ 4

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Сьогодні на здоров'я дітей найбільше впливають ті фактори, дія яких ще декілька років тому була майже непомітною. Урбанізація, зниження фізичного і підвищення нервово-психологічного навантаження, інформаційні перевантаження – всі ці складові сучасного суспільства, звичайно, різною мірою, але відбиваються на стані здоров'я молодого покоління нашої держави і значно його погіршують. Гіподинамія, незбалансоване харчування, шкідливі звички, негативні емоції, екологічне забруднення навколишнього середовища, нові соціальні та політичні явища у суспільстві, низький рівень культури здоров'я населення, слабка (часто негативна) мотивація молоді до здорового способу життя – це загалом неповний перелік чинників, що являють собою не просто ризик для сучасних підлітків, а представляють патогенні складові їхнього життя і сумісні з їхнім поняттям про власне здоров'я.

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.

У сучасних системах класифікації традиційний розподіл ПСИХІЧНИХ розладів на невротичні та психотичні поступово втрачає своє фундаментальне значення, поняття неврозу перестає бути основою класифікації відповідної групи психічних захворювань. Невротичні розлади виділяються як окрема група нозологічних одиниць в силу їх історичного взаємозв'язку, однак термін «невроз» вживається лише в окремих випадках і включає такі структурні одиниці: тривожно-фобічні, тривожні, obsesивно-компульсивні; реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації, дисоціативні (конверсійні), соматоформні, інші невротичні розлади.

Девіантна (негативна форма) поведінки школярів – це проблема, якій

присвячені дослідження представників різних галузей науки, прояви якої вивчаються з погляду їх співвіднесення з категоріями соціальної норми, явищами стійкості і мінливості, проявами загальних закономірностей розвитку живої природи у практиці людської діяльності. Будь-яка негативна форма поведінки – це відхилення від загальновизнаної, неодноразово перевіреної практикою норми поведіння, що завжди несе в собі елемент непередбачуваності, невідомості, небезпеки.

Вважається, що виникнення неврозу у підлітків з негативними формами поведінки вказує на поширеність таких форм цього психогенного порушення як обсесивно-компульсивний розлад, істерія, різні форми тривожно-фобічних розладів, неврастенія, дистимія тощо. Робота з профілактики поведінки, що відхиляється від норми, повинна мати системний характер і передбачати різні рівні і напрями з урахуванням причин їх виникнення та супутніх психічних відхилень. Без розуміння природи зазначеного питання неможливо виробити дієву стратегію психокорекційного впливу.

Одним із найважливіших завдань фізичного виховання у школі є забезпечення формування необхідного рівня фізичного розвитку підлітків із неврозами та викликаними ними розладами поведінки, тому адаптація цих школярів до фізичних навантажень стає важливою проблемою, що вимагає від навчальних закладів комплексного системного підходу до зміцнення здоров'я, підвищення їхнього фізичного стану, виборі педагогічних технологій, форм організації навчального процесу та дозуванні фізичних навантажень з урахуванням відхилень у стані здоров'я.

Під час аналізу спеціальної науково-методичної літератури щодо використання засобів ЛФК при неврозах і викликаних ними порушеннях поведінки підлітків встановлено, що саме туризм (ближній і далекий), як один із засобів ЛФК, має максимально оздоровчу дію, позитивно впливає на фізичну працездатність та сприяє удосконаленню фізичних якостей дитини,

тому що заняття туризмом проводяться на відкритому повітрі та мають помірні, регульовані фізичні навантаження.

Узагальнюючи наявні дані, можна стверджувати, що туризм підвищує показники витривалості та є одним із найбільш перспективних видів профілактики неврозів і негативної поведінки школярів, оскільки носить багатосторонній характер, відповідає широкому колу потреб, інтересів і має позитивний вплив на організм, забезпечуючи при цьому максимум позитивних емоцій.

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

Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних змін у процесі формувального експерименту дітей експериментальної групи, що проявилось у поліпшенні середніх значень показників на рівні $p < 0,05$.

Порівнюючи вплив запропонованої методики та уроками фізичного виховання, можна стверджувати, що заняття в експериментальній групі були більш ефективними, оскільки тут покращилися результати всіх досліджуваних показників, на відміну від контрольної групи, де зміни відбулися частково. Показники хлопців контрольної групи зменшувались, але різниця між середніми результатами статистично не достовірна ($p > 0,05$).

Представлені результати досліджень, виконаних у ході проведення експерименту, довели обґрунтованість розробки та ефективність впровадження методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму. Результати педагогічного експерименту продемонстрували ефективність інтегрованої у навчальний процес розробленої 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 негативними формами поведінки вивчаються в контексті розладів нервової діяльності, емоційних дисонансів, когнітивних викривлень, несформованості саморегуляції тощо. Вчені вказують на поширеність серед підлітків із негативними формами поведінки неврозоподібної симптоматики, втім, спостерігаються суттєві протиріччя у розумінні означеної проблеми. Одні автори вважають невротизацію особистості підлітків з негативними формами поведінки неможливою через характерну для них низьку здатність до формування репрезентацій об'єктивної дійсності, інші – що невротизація особистості таких підлітків принципово не відрізняється від невротизації в умовах нормотипового розвитку. Особливої значущості набувають питання підбору засобів і методів фізичного виховання, що спрямовані на профілактику в різних формах занять. Одним із шляхів вирішення вищезначених проблем є розроблення методик, що будуть сприяти профілактиці неврозів і негативних форм поведінки підлітків.

2. Одним із найважливіших завдань фізичного виховання у школі є забезпечення формування необхідного рівня фізичного розвитку підлітків із неврозами та викликаними ними розладами поведінки, тому адаптація цих школярів до фізичних навантажень стає важливою проблемою, що вимагає від навчальних закладів комплексного системного підходу до зміцнення здоров'я, підвищення їхнього фізичного стану, виборі педагогічних технологій, форм організації навчального процесу та дозуванні фізичних навантажень з урахуванням відхилень у стані здоров'я.

Під час аналізу спеціальної науково-методичної літератури щодо використання засобів ЛФК при неврозах і викликаних ними порушеннях поведінки підлітків встановлено, що саме туризм (ближній і далекий), як

один із засобів ЛФК, має максимально оздоровчу дію, позитивно впливає на фізичну працездатність та сприяє удосконаленню фізичних якостей дитини, тому що заняття туризмом проводяться на відкритому повітрі та мають помірні, регульовані фізичні навантаження.

Узагальнюючи наявні дані, можна стверджувати, що туризм підвищує показники витривалості та є одним із найбільш перспективних видів профілактики неврозів і негативної поведінки школярів, оскільки **НОСИТЬ** багатосторонній характер, відповідає широкому колу потреб, інтересів і має позитивний вплив на організм, забезпечуючи при цьому максимум позитивних емоцій.

3. У ході дослідження розроблена методика профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму, яка включає: мету, завдання, принципи, методи та засоби й умови її практичної реалізації, а також критерії ефективності. В ході обґрунтування методики виявлені фактори, які дуже важко врахувати в змісті проведення традиційних уроків. В основу розробки експериментального підходу до визначення змісту методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру засобами туризму були покладені основні принципи лікувальної фізичної культури. Відмінною рисою розробленої методики є її спрямованість на профілактику неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру, що сприяє досягненню мети всього педагогічного процесу навчання та виховання – гармонійного розвитку особистості.

4. Результати проведеного формувального педагогічного експерименту довели ефективність впливу методики профілактики неврозів і негативних форм поведінки підлітків із використанням фізичних вправ аеробного характеру.

Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних змін у процесі формувального експерименту дітей експериментальної

групи, що проявилось у поліпшенні середніх значень показників на рівні $p < 0,05$.

Заняття за розробленою методикою позитивно вплинули на зменшення показників маси тіла у хлопців, а також на підвищення показників окружності грудної клітки. У середніх показниках АТ також відбулось покращення результатів, але незначне.

Про позитивний вплив запропонованої методики засвідчили також статистично достовірні зміни показників фізичної підготовленості і функціональних можливостей дітей ($p < 0,05$). Аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що використання засобів туризму сприяло відносному покращенню більшості досліджуваних показників: ЧСС, ЖЄЛ, проби Штанге, проби Генчі. Застосовувані з хлопцями експериментальної групи засоби туризму сприяли достовірному підвищенню фізичної підготовленості за всіма досліджуваними показниками.

Окремо виявлена оптимізація психоемоційного стану невротичних підлітків з негативними формами поведінки, зниження рівня їхньої тривожності, відчуття неповноцінності, конфліктності, замкнутості та підвищення позитивних емоцій, наполегливості, активності, прагнення справити позитивне враження, потреба в гармонії думок і почуттів, спілкуванні та комунікації, про що свідчать отримані результати дослідження рівня психоемоційного стану хлопців експериментальної групи, що на кінець дослідження достовірно зменшились.

5. Представлені результати досліджень, виконаних у ході проведення експерименту, довели обґрунтованість розробки та ефективність впровадження методики профілактики неврозів і 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

Схожість

Джерела з Інтернету

158

1	https://nupp.edu.ua/uploads/files/0/main/deps/faculty/sport-faculty/kaf-fks/science-work/zbirnik-2019.pdf	46 джерел	0.29%
2	https://vspu.edu.ua/science/art/nna203.pdf	20 джерел	0.17%
4	http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/32040/1/%d0%a2%d1%80%d0%b5%d1%82%d1%8f%d0%ba_%d0%	21 джерел	0.14%
5	http://repository.ldufk.edu.ua:8080/bitstream/34606048/30208/1/%d0%96%d0%b0%d0%bc%d0%b0%d1%80%d0%b4%	2 джерел	0.12%
6	http://infiz.dp.ua/joomla/images/docum/spec-rada/zah0039-2019-05-07-dissert-01.pdf		0.12%
7	https://repository.sspu.edu.ua/bitstream/123456789/13047/1/%d0%9a%d0%b0%d1%81%d1%8c%d1%8f%d0%bd%d0%be%...		0.12%
8	http://infiz.dp.ua/joomla/images/docum/spec-rada/zah0042-2019-06-06-dissert-02.pdf	2 джерел	0.12%
9	http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7641/Urban-N.lu.-FKvo1-M21z-free.pdf?isAllowed=y&sequi	6 джерел	0.11%
11	https://www.essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/81630/1/Kozhemyakin_basketball.pdf	5 джерел	0.08%
12	https://reposit.uni-sport.edu.ua/bitstream/handle/78787878/4659/%d0%91%d1%80%d0%b8%d0%b6%d0%b8%d0%b	35 джерел	0.08%
14	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_myhno_l.s.pdf		0.07%
15	https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/81658		0.07%
16	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_rychok_t.m.pdf	6 джерел	0.07%
17	https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/79737	9 джерел	0.06%
18	http://lib.iitta.gov.ua/6002/1/Neurosis_intellectual_disability.pdf		0.06%
19	https://pl.uu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/05/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D1%8B-%D0%91%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D...		0.06%

Джерела з Бібліотеки

11

3	Студентська робота	ID файлу: 1013555687	Навчальний заклад: Open International University of Hun	3 джерел	0.15%
10	Студентська робота	ID файлу: 1013819228	Навчальний заклад: Open International University of Hun	6 джерел	0.09%
13	Студентська робота	ID файлу: 1015931537	Навчальний заклад: Open International University of Hun	2 джерел	0.08%