

Jong-man Kim, Eun-young Ko, et al., 2014; M. O. Baig, S. Paracha, 2018; D. H. Kim, D. H. An, W. G. Yoo, 2018), у відновленні ходи і покращенні якості життя пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу (J. H. Villafañe, C. Pirali, M. Isgro, et al., 2016).

*А.В. Гакман*

## **Психофізіологічні особливості рухової активності людей похилого віку**

**Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича**

**З**міни в організмі під час старіння обумовлюють зниження його адаптаційно-регуляторних механізмів. Згідно з регуляторно-адаптаційною теорією В.В. Фролькіса, засновника антивейджингової медицини в Україні, прискорене старіння є результатом порушення дисбалансу між процесами старіння та антистаріння. Прискорене старіння проявляється більш раннім і більш швидким розвитком старечих вікових змін, які скорочують тривалість життя. Відомо, що рухова активність у похилому віці позитивно впливає на організм як у цілому, так і на окремі його системи. Дає можливість добре себе почувати, позбутися деяких недуг, молодше виглядати, підвищувати власну працездатність, «відтягнути» старість й безпомічність. Тому актуальною проблемою є залучення та популяризація рухової активності серед літніх людей на основі психофізіологічних особливостей даної вікової групи.

Метою нашого дослідження є визначення психофізіологічних особливостей рухової активності людей похилого віку.

Дослідно-експериментальну роботу проводили з двома групами респондентів: перша група – це люди які займаються у фітнес клубах Sportlife і Титан – 38 людей, друга – складалась з осіб які продовжують свою самоосвіту у Чернівецькому Університеті третього віку ім. А. Кольпінга – 35 представників. Ця група опитуваних не займається оздоровчою руховою активністю. Всього у дослідженні прийняло участь 63 людини, віком 60–73 років. Дослідження полягало визначенні психофізіологічних особливостей рухової активності людей похилого віку.

Аналіз рівнів рухової активності людей похилого віку показав, що на сидячий рівень рухової активності, крім базового, затрачають найбільше часу респонденти контрольної групи (37,6%). Це насамперед пов'язано, на нашу думку, із провідною діяльністю протягом дня досліджуваних у стінах Університету третього віку, де проводяться навчальні аудиторні заняття, з іноземних мов (англійська, румунська, польська та болгарська), психології з основами арт-терапії та здорового способу життя, культурології та української мови і літератури, історії та мистецтва Буковини та ін. Про те у експериментальній групі на сидячий рівень рухової активності респонденти затрачають лише 12,5% часу доби, це у тричі менше ніж контрольній групі.

У похилому віці можна умовно виділити деякі основні складові частини рухової активності: активність в процесі спеціально-організованих вправ; фізична активність, здійснювана під час суспільно-корисної і трудової діяльності; спонтанна фізична активність у вільний час. Ці складові тісно пов'язані між собою. Доповнюючи один одного вони забезпечують певний об'єм добової рухової активності, рівень якої можна кількісно виміряти.

У досліджуваних контрольної групи спостерігається найменше затраченого часу на середній рівень (4,2%) та взагалі не витрачають час на спеціально-організовані фізичні вправи протягом доби (високий рівень рухової активності – 0%) і лише незначна частка добової рухової активності відводиться на малий рівень – 16,6%, що дорівнює 4 годинам.

Про те у досліджуваних експериментальної групи ці показники значно вищі. Так на малий рівень рухової активності респонденти затрачають 29,2% часу, на середній рівень – 16,6% та на високий – 4,2% часу від усієї доби. Такі результати свідчать про те, що літні люди більше які більше рухаються, прагнуть бути здоровими та соціально-активними, зменшити ризик захворювань та затримати процеси старіння, що немало важливо у даному віці.

Аналіз тривалості та якості життя українців та мешканців ближнього зарубіжжя показує, що останні десятиліття відмічені різким погіршенням стану здоров'я всіх вікових категорій населення, зокрема, усі автори звертають увагу на передчасне «зношування», старіння організму. Ступінь цього «зношування» можна оцінити за біологічним віком та розрахованим за ним показником темпу старіння організму.

Серед респондентів обох груп нами було визначено біологічний вік за методикою В.Войтенка. Так середній паспортний вік експериментальної та контрольної груп приблизно був однаковий – 72,8 та 73,4 років. Про те біологічний вік значно відрізнявся. Літні люди експериментальної групи засвідчили біологічний вік на 64,1 роки, що на 87 роки молодше паспортного. А от біологічний вік досліджуваних контрольної групи був 78,9 років, що на 5,5 років старше паспортного.

Під час дослідження, ми визначили темпи старіння досліджуваних експериментальної та контрольної груп. Так у експериментальній групі найбільше респондентів, у яких уповільнений процес старіння (60,5%), у значній кількості досліджуваних даної групи біологічний вік відповідає паспортному – 8 осіб (21,1%). Різко уповільнений процес старіння даної групи спостерігається у 4 осіб, що дорівнює 10,5% всієї групи. Проте також, варто зазначити, що у 3 осіб досліджуваних цієї групи виявлено прискорений процес старіння.

У контрольній групі результати значно гірші: уповільнений процес старіння – 57%, відповідність паспортному віці біологічному – 28,6%, прискорений – 60% та різко прискорений – 57%. Слід зауважити, що серед респондентів контрольної групи взагалі не виявлено осіб із різко уповільненим процесом старіння.

Дані нашого дослідження підтверджують думку сучасних науковців, що обмеження рухової активності з віком значною мірою відображається на функціональному стані організму осіб похилого віку.

Однією з важливих причин порушення нормальних функцій організму у похилому віці є недостатня рухова активність. Малорухливий спосіб життя (гіпокінезія), в першу чергу призводить до зміни стану серцево-судинної системи, яка в похилому віці являється одним з найбільш слабких ланок організму.

У сучасному суспільстві гіпокінезія зумовлена, насамперед, способом життя людини, механізацією та автоматизацією виробництва. Особливо складовою рухової активності для людей похилого віку є психологічна. Адже, з виходом на пенсію, зміна режиму дня, відсутність спілкування із колегами та інші фактори можуть слугувати дисбалансом психічних станів особистості.

Серед респондентів двох груп, нами було проведено дослідження рівня психічних станів за допомогою методики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком. У людей похилого віку експериментальної групи було виявлено середній рівень тривожності – 21,2%, низький рівень фрустрації – 63,1% та низький рівень ригідності – 52,6%. У даній групі агресивність розподілилась рівномірно на високий (31,6%), середній (36,8%) та низький (31,6%) рівні. У контрольній групі психічні стани мали перевагу: середній рівень тривожності – 37,1%, високий рівень фрустрації – 60%, високий рівень агресивності – 40% та середній рівень ригідності – 60%.

За даними соціологічного дослідження, ми дійшли висновків, що респонденти експериментальної групи вміло володіють своїм рівнем тривожності, вміють реально оцінити ситуацію, що склалася, у них висока самооцінка і вони не бояться труднощів.

Саме такі люди, здібні легко переключатися із однієї дії на іншу та легко пристосовуватися до різних умов. Проте люди контрольної групи засвідчили, що тривожність у них допустимого рівня, але самооцінка є досить низькою, вони уникають труднощів, бояться невдач, агресивність є високою, нестримні, мають труднощі в роботі із людьми.

На нашу думку, саме за допомогою рухової активності у досліджуваних експериментальної групи переважають сильні психічні стани.

Під час дослідження нами було визначено потребу у активності людей похилого віку. Отже, у респондентів експериментальної групи потреба у активності є великою для 36,8% осіб, середньою та низькою по 36,1%. Проте у активності осіб контрольної групи значно вища за експериментальну. Великою потребою у активності виявлено у 40%, але у респондентів означеної групи виявлено у 11,4% парабіотичний стан, який свідчить про тимчасовий стан обстежуваного спричинений втому, недосипанням чи іншими причинами.

*О.В. Гаяш*

## **Взаємодія спеціалістів з батьками дітей з особливими освітніми потребами у процесі включення їх в інклюзивну освіту**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

**С**ьогодні особливою увагою заслуговує впровадження інклюзивної освіти, яка забезпечує реалізацію принципу: кожна людина, незалежно від стану здоров'я, наявності фізичного чи інтелектуального порушення, має право на одержання освіти, якість якої не різниться від якості освіти здорових людей. Для успішної реалізації інклюзивних програм у закладах освіти надзвичайно важлива ефективна співпраця спеціалістів і родин дітей із особливими освітніми потребами.

За висновками Д. А. Петровської, Т. М. Мішина, А. І. Захарова, Д. М. Ісаєва, Т. Пироженко, І. Д. Бех вирішальним фактором, який впливає на формування та розвиток особистості, поведінку дітей з особливими освітніми потребами є тісна співпраця між родиною і педагогами, психологами, лікарями.

Інклюзивна освіта вимагає новизни у змісті сімейного виховання щодо дітей з інвалідністю, який повинен визначатися поняттями «співробітництво», «співпраця», «взаємодія» [2, с. 7]. У такій співпраці педагогів і батьків можна виділити три етапи:

- Перший етап спрямований на залучення батьків до навчально-виховного процесу дитини. Адже саме вони найбільш зацікавлені в позитивних зрушеннях щодо розвитку і соціалізації дітей.

- Другий етап передбачає формування зайнятості батьків процесом розвитку дитини. Педагоги показують їм можливості невеликих, але дуже важливих для розвитку дитини досягнень.

- Третій етап характеризується розкриттям перед батьками можливостей особистісного пошуку, творчого підходу до навчання своєї дитини та особистої участі в дослідженнях її можливостей [2, с.11].