



Министерство образования Республики Беларусь

Учреждение образования

«Белорусский государственный педагогический
университет имени Максима Танка»

**ЗДОРОВЬЕ
СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ:
ДОСТИЖЕНИЯ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, СПОРТА
И ТУРИЗМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Сборник научных статей

Выпуск 2

Минск
РИВШ
2015

УДК 613:796
ББК 51.204:75
3 46

Рекомендовано
советом факультета физического воспитания
УО «Белорусский государственный педагогический
университет имени Максима Танка»
(протокол № 6 от 25 февраля 2015 г.)

Редакционная коллегия:
кандидат педагогических наук, доцент А. Р. Борисевич (отв. ред.);
кандидат филологических наук, доцент М. М. Круталевич;
кандидат биологических наук, доцент Н. Г. Соловьева;
кандидат педагогических наук (Россия) Н. В. Сизова

3 46 **Здоровье студенческой молодежи: достижения теории
и практики физической культуры, спорта и туризма на
современном этапе : сб. науч. ст. Вып. 2 / редкол.
А. Р. Борисевич (отв. ред.) [и др.]. – Минск : РИВШ, 2015. –
314 с.**

ISBN 978-985-500-839-3.

В сборнике представлены статьи по актуальным проблемам и наиболее значимым вопросам физического воспитания, спорта и туризма. Рассматриваются принципы, подходы, технологические аспекты, стратегии и перспективы решения проблем здоровья обучающихся средствами физической культуры, студенческого спорта в учреждениях образования. Широко представлено значение олимпийского образования для развития личности. Предложены пути совершенствования двигательной активности, формирования мотивации и интересов студентов в сфере физической культуры и спорта. Раскрываются основные направления подготовки специалистов в области физической культуры, спорта и туризма.

Предназначен для научных и педагогических работников, аспирантов, магистрантов и студентов высших учебных заведений.

УДК 613:796
ББК 51.204:75

ISBN 978-985-500-839-3

© Оформление. ГУО «Республиканский
институт высшей школы», 2015

РОЛЬ СПОРТА В ПОВЫШЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Глазырина Л.Д.
г. Минск, Беларусь

The article presents sport to increase social mobility students, emphasize the universality of this phenomenon.

На современном этапе идеологическое воспитание студентов осуществляется в условиях плюрализма – множественности мнений, взглядов и т.д., которые дают право на свободный выбор ими ценностных ориентаций. В этой связи роль спорта в повышении социальной мобильности студенческой молодежи имеет важное значение, так как спорт – один из социальных институтов, тесно связанных с общими тенденциями развития социальной структуры общества. Основанием для рассмотрения данной проблемы может быть функционализм – один из основных методологических подходов в культурологии, социальной антропологии, заключающийся в рассмотрении общества как системы, состоящей из структурных элементов, функционально связанных друг с другом и выполняющих определенные функции по отношению к обществу в целом. Различные социальные феномены (действия, отношения, институты и т.д.), согласно этому подходу, должны объясняться через функции, выполняемые ими в социокультурной системе вообще или в тех либо иных социальных и культурных общностях, в которых они имеют место. По определению Л.П. Матвеева (1984), «функции физической культуры – это объективно присущие ей свойства воздействовать на человека и человеческое отношение, удовлетворять и развивать определенные потребности личности и общества» [1]. Реализуются функции в процессе физкультурной деятельности, в них раскрывается истинное содержание физической культуры и спорта. Являясь отражением ее сущности, функции раскрывают не только двигательную сферу человека, но и все уровни его организации – анатомо-физиологический, психологический, социально-мировоззренческий, личностный (Н.И. Пономорев, 1974, 1996), Ю.М. Николаев, 1976, 1998; Б.В. Евстафьев, 1980; И.И. Сулейманов, 1981; В.М. Выдрин, 1984, 2001; В.И. Столяров, 1988 и др.

Функция (от лат. *functio* исполняю, совершаю) – центральное понятие в методологии функционального и структурно-функционального анализа. Активно используется в социальных науках со второй половины XIX века.

К.Л. Стивенсоном и Д.Е. Никсоном (1979 г.) разработана временная квазипарадигма, с помощью которой объясняется спорт как социальный и культурный феномен, включающий пять основных социальных функций: социомоциональную, функцию социализации, интегративную функцию, политическую, функцию социальной мобильности [2]. Одной из важных функций является функция социальной мобильности. Ее составляющие представлены: *перемещением индивида или социальной группы в социальном пространстве; способностью адаптироваться к изменяющимся условиям социальной среды; изменением положения в социальной структуре (т.е. изменение социальных ролей и статусов).*

Указанные составляющие социальной мобильности могут быть рассмотрены через призму любого вида спорта. Мы рассматриваем в спортивно-оздоровительном туризме, который в настоящее время получил особое признание среди студенческой молодежи. Так, *перемещение в пространстве* определяется особенностями протекания физиологических и психических процессов в организме. Физиологические процессы проявляются в скорости реакции (в медленном, среднем, быстром темпе); мгновенном реагировании на неожиданные стимулы; быстроте противодействия ожидаемому или неожиданному вызову окружающей среды и др. Психические процессы проявляются в чувстве свободы движений, определяемых внутренним самоощущением индивида в определенных условиях; в избираемой модели преодоления внутренних и внешних трудностей; в мысленном построении алгоритма

разогнутое колено приводит к разрыву передней крестообразной связки, а его воздействие — к разрыву задней крестообразной связки. При этом травма передней крестообразной связки наиболее часто сочетается с повреждением медиального мениска и медиальной коллатеральной связки, которые являются вспомогательным аппаратом, фиксирующим и укрепляющим коленный сустав.

В случае частичного разрыва крестообразных связок накладывается гипсовая повязка до средней трети бедра на 2–3 недели, в случае полного — проводится оперативное лечение или замена связок лавсановой лентой, или аутопластика.

Лечение предполагает оперативное вмешательство и реабилитационный послеоперационный период, цель которого — восстановление двигательной функции коленного сустава. Занятия физическими упражнениями назначаются через 1–2 дня после операции.

Методика восстановления средствами физической реабилитации включает в себя 3 стадии:

- на первой стадии при иммобилизации оперированной ноги гипсовой повязкой больным разрешают передвигаться на костылях через 1–2 недели без нагрузки. Одинаковая нагрузка на оперированную ногу назначается, как правило, только через 3 недели после операции.

- вторая стадия — постиммобилизационная (функциональный режим двигательной активности) — через 3–5 недель после операции.

- третья стадия — восстановительная (тренирующий режим двигательной активности) — через 3–4 месяца после операции. Это стадия окончательного восстановления функций только коленного сустава, но и организма в целом.

В ходе исследования применение средств физической реабилитации состояло из выполнения массажа и приемов самомассажа, а также, применение многофункционального тренажера для СРМ-терапии коленного сустава (KINETEC Perforpa, Франция), а также комплекса упражнений.

В связи с уменьшением болевых ощущений, вследствие расслабления мышц, снижается необходимость применения обезболивающих средств, повышается эффективность других восстановительных средств, быстрее происходит процесс восстановления после операции, особенно после операции по поводу травм коленного сустава, включая повреждение крестообразных связок, имплантации искусственного коленного сустава. Применение СРМ-тренажера эффективно обеспечивает восстановление коленного сустава в большинстве случаев. Преимущество использования такого оборудования состоит также в том, что положение коленного сустава может быть фиксировано в разном диапазоне (разгибание, сгибание, приведение/отведение: 0°, 30°, 60°, 90° или 120°).

Самомассажу, его технике и приемам участники реабилитационной программы обучались в школе-семинаре в рамках образовательного компонента, а также самообучались при выполнении заданий для ежедневного выполнения. Контроль за выполнением самомассажа осуществлялся врачом, реабилитологом и массажистом ежедневно. Кроме того использовались точечный самомассаж — надавливание подушечками пальцев на кожу мышечный слой на биологически активные точки (места нахождения осязательных проприорецептивных точек или разветвление нерва). Это позволяло воздействовать вторичные изменения в соединительной и мышечной тканях, вызванных травмой послеоперационным состоянием, способствовать улучшению местной трофики тканей. Для восстановления коленного сустава применялся, также, и периферический самомассаж, указывает К.В. Динейка, представляет собой сочетание движений рук с импульсами экстерорецепторов кожи, которая возникает при воздействии легких поглаживаний пациентом кожных покровов рук, ног и груди, а также области живота. В практике обычно сочетают со словесным самовнушением.

В авторской методике с целью оказания тонизирующего влияния на нервную систему

на мышечный тонус, периферический самомассаж совмещался как со словесным самовнушением, так и со сменой напряжения и расслабления мышц. Он включал поглаживание предплечий, бедер, ног (продолжительность — по 32 раза), поглаживание области сердца по кругу и поперек (продолжительность — 32–64 раза). Завершался самомассаж утренней гимнастикой и гигиенической водной процедурой (обтирание или душ).

Проведение исследований длилось 12 недель в 4 этапа по 3 занятия в неделю длительностью 30–60 минут. Всего — 36 занятий.

Для оценки функции коленного сустава применялись следующие методы: гониометрия (для измерения амплитуды активных и пассивных движений), динамометрия (для измерения силы мышц бедра), антропометрические измерения (окружности бедра и толщины подкожно-жировой складки бедра как свидетельство восстановления трофических процессов).

Полученные результаты исследований свидетельствуют о достоверно более высоком улучшении показателей силы мышц и амплитуды движений в коленном суставе, толщины жирового слоя подкожной клетчатки и обхвата бедра пораженной конечности в процессе восстановления функции коленного сустава в первой экспериментальной группе.

Таким образом, комплексная методика восстановления двигательной функции коленного сустава средствами физической реабилитации определяет сочетание активной и пассивной двигательной активности травмированной конечности и ставит пациента в условия активного участия в этом процессе.

Литература:

1. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010 [Электронный ресурс]. — 2011. — Режим доступа: <http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/publication/pdf/Eastern-European-Central-Asian-Audit-2010-RU/pdf/> — Дата доступа: 29.08.2011.

2. Лечебная физическая культура: учебник для студ. высш. учеб. заведений / О.Н. Попов [и др.]; под ред. С.Н. Попова. — 5-е изд., стер. — М.: издательский центр «Академия». — 2008.

3. Камаш, Ю. Реабилитация больных коленного сустава в послеоперационный период физическими средствами / Ю. Камаш, Н.В. Курлович, Ф.Аль-Бшени // Здоровье студенческой молодежи: достижения теории и практики физической культуры, спорта и туризма на современном этапе: материалы 8-ой междунар. науч.-практ. конф., г. Минск, 29–30 ноября 2012 г. / Белорус. гос. пед. ун-т; редкол.: А.Р. Борисевич (отв. ред.) [и др.]. — Минск: БГПУ, 2012.

ПЕРВИЧНЫЙ ГОНАРТРОЗ: ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Аль-Мусрати Аяд Али, Эльхвари Фаузи Маброк Али,
Аль-Бшени Фатхи Али
г. Каир, Египет, г. Триполи, Ливия,
г. Минск, Беларусь

The article describes methods of diagnosis and rehabilitation.

Введение. В структуре болезней костно-мышечной системы (БКМС) одно из ведущих мест по частоте распространения принадлежит гонартрозу (ГА) — поражению коленного сустава, частой и тяжелой форме остеоартроза [5, 11]. По современным представлениям причиной ГА является дисфункция клеток хрящевой ткани сустава (хондроцитов) [11], приводящая к дегенеративным изменениям сустава.

Обсуждение первичного ГА, как проблемы, обусловлено большим количеством

нерешенных теоретических и практических вопросов (мультифакторности, патогенеза, полигенности наследования, реабилитации, профилактики и пр.), а также уникальности коленного сустава, как целостного органа, несущей опоры тела спортсмена [11].

Целью настоящего обзора стал анализ специальной литературы для определения наиболее актуальных аспектов проблемы первичных (генетических, идиопатических) ГА.

Эпидемиология. Гонартроз составляет 33,3% от числа всех случаев остеоартроза, женщины наблюдаются в 2 раза чаще, а заболевание начинается на 5–10 лет раньше мужчин, период менопаузы [9]. Частота первичных ГА составляет 38% всех случаев [10]. Имеются данные о высокой частоте ГА у темнокожего населения и низкой у китайцев [11]. Официальная статистика МЗ РФ также свидетельствует о росте общей заболеваемости остеоартрозом, охватывающей более 2,1% населения, а значит об увеличении числа страдающих ГА. По некоторым данным экономический ущерб от остеоартроза равен от 1,2,5% валового продукта [1].

Посттравматические ГА составляют 16% случаев [1], частота которых по некоторым данным располагается следующим образом: спортивные, транспортные, производственные уличные и другие травмы [13].

Факторы риска первичного ГА. Согласно современным представлениям первичные ГА обусловлены наследственной предрасположенностью, обусловленной особенностями формирования хрящевой ткани суставов (генетической неполноценностью хондроцитов).

Все другие факторы: соединительнотканые дисплазии (врожденные дефекты скелета), пол, возраст, механическая перегрузка (травмы, микротравматизация, связанная с физической и профессиональной деятельностью), воспалительные, метаболические, эндокринные и другие нарушения суставного хряща детерминируют развитие болезни [11]. Сколиоз, гиперлордоз, кифоз, слабость связочного аппарата, гиперподвижность коленного сустава, надколенника, являясь дефектами скелета, ведут к перегрузке суставного хряща коленного сустава (overuse syndrome) вследствие бытовой, профессиональной, спортивной деятельности (грузчики, артисты балета, футболисты и др.), особенно при избытке массы тела, сопутствующей патологии (варикозная болезнь) создают условия развития первичного ГА [8, 10, 11].

Патогенетические механизмы. Конкретная роль патогенетических механизмов развития первичного ГА не изучена, однако, имеется общая схема патогенеза остеоартроза, базирующаяся на современных научных достижениях. Роль пускового момента (триггера) патогенеза патологии играет механическая перегрузка суставного хряща (микротравматизация), повышающая функциональную активность хондроцитов, нарушающую баланс деградации и продукции межклеточного матрикса, определяемые гормональными механизмами регуляции. Полагают, что перегрузка ведет к синтезу хондроцитами провоспалительных медиаторов, росту активности ферментов, вызывающих деградацию хряща [11].

Диагностика и дифференциальная диагностика. Одним из сложных вопросов проблемы первичного ГА следует считать аспект ранней диагностики и дифференциальной диагностики болезни вследствие возможной полной обратимости патологического процесса и большой частоты потенциальных ошибок из-за отсутствия патогномоничных критериев (боль механического ритма: стартовая, при подъеме и спуске по лестнице). Диагностика поздних стадий ГА не затруднительна в связи с синовитом, фрагментацией хряща, хрустом, хромотой, деформацией сустава, атрофией квадрицепса, утренней скованностью и т.п. [2].

Лабораторные и инструментальные исследования. Типичных лабораторных признаков первичного ГА, как и остеоартроза нет.

Рентгенография коленного сустава в 3-х проекциях (прямой стоя, боковой лежа согнутого сустава на 20–35°, аксиальной) характеризуется сужением суставной щели, уменьшением объема хряща, остеофитами, субхондральным склерозом и кистами, соответствующими болевому синдрому, стадии болезни. Также применяется компьютерная томография (КТ)

магнитно-резонансная томография (МРТ). Проблемой является отсутствие стандартизации и критериев сравнения методов. Остеосцинтиграфия дает представления о костных нарушениях [2, 15].

Реабилитация и профилактика ГА. Ведущей задачей реабилитации ГА является создание междисциплинарной типовой индивидуальной программы, включающей систему мер воздействия на обратимость патологического процесса. Существует разнообразие реабилитационных подходов, причем специалисты в разных областях отдают предпочтение методам своей области (интернист, ревматолог, ортопед и т.д.), полагаясь на собственный опыт.

Имеющиеся данные доказывают, что нормализация массы тела с использованием физических схем, двигательной активности по оценке шагометрии, применение ЛФК в амбулаторном варианте, использование вспомогательных приспособлений (трость, надколенник), создание психологического тонуса имеют наибольший эффект в улучшении состояния, самообслуживания, качества жизни [4, 7, 12].

Поэтому на ранних стадиях ГА необходимы детально продуманные схемы психологико-психологической реабилитации пациентов, так как у большинства из них отсутствует мотивация к лечению, информированность о своей болезни.

Общей задачей медикаментозной реабилитации при ГА является: предотвращение прогрессирования дегенеративного процесса в суставном хряще; уменьшение боли и признаков реактивного синовита; улучшение функции суставов [6, 14].

Широко используются физиотерапевтические средства: массаж регионарных мышц, улучшающий кровообращение, снимающий мышечный спазм, акупунктура, показана механотерапия (кинезотерапия) на специальных аппаратах, способствующих укреплению мышечно-связочного аппарата, по существующим показаниям санаторно-курортное лечение в бальнео-грязевых курортах с учетом стадии болезни.

Система профилактики ГА должна базироваться на современных представлениях о патогенезе развития болезни. Реальным направлением первичной профилактики является исследование распространенности фенотипических стигм соединительно-тканых дисплазий у детей и подростков [3]. При наличии известных причин нарушений развития опорного аппарата необходима ортопедическая коррекция этих нарушений, что может предотвратить развитие ГА [10]. К мерам профилактики следует отнести ранее указанный контроль массы тела, отказ от избыточного питания, умеренную физическую культуру и спорт. Рекомендуется общеукрепляющие мероприятия: пребывание на свежем воздухе, прогулки, купания, обливание водой комнатной температуры, улучшающие кровообращение и обмен веществ [8].

Заключение. Обобщая результаты анализа специальной литературы, посвященной проблеме первичного ГА, следует подчеркнуть ее актуальность и сложность, связанную с недостаточной изученностью эпидемиологии и старением населения большинства развитых стран, отсутствием комплексных разработок патогенеза, трудностью ранней диагностики, разнообразием реабилитационных и профилактических подходов, т.е. отсутствием единой стратегии борьбы с данной патологией.

Литература:

1. Беневоленская, Л.Н. Эпидемиология ревматических болезней / Л.Н.Беневоленская, А.М.Бржезовский // АМН СССР. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
2. Бунчук, Н.В. Дифференциальный диагноз остеоартроза коленного сустава / Н.В.Бунчук // Consilium medicum. – 2005. – Т. 5. – №2.
3. Досин, Ю.М. Остеоартроз – медико-социальная проблема (поиск подходов к первичной профилактике) / Ю.М.Досин, Б.В.Лысый, Е.Н. Игонина // Здоровье для всех: материалы III научно-практической конф. – Пинск: ПолесГУ. – 2011. – С. 72–75.
4. Досин, Ю.М. Гонартроз (факторы риска) / Ю.М.Досин [и др.] // Здоровье для всех: материалы IV научно-практической конф. Ч. 1. – Пинск: ПолесГУ. – 2012. – С. 35–37.
5. Клинико-генетические аспекты ревматических болезней / Л.Н.Беневоленская,

В.А.Мякоткин, М.Ондришик, Б.Гёмер. – М.: Медицина, 1989. – 224 с.

6. Кашеварова, Н.Г. Локальная терапия остеоартроза / Н.Г.Кашеварова, Л.И.Александрова // Научно-практическая ревматология. – 2006. – № 2. – С. 22–29.

7. Лечебная физическая культура: учебник для студ. Высш. Учеб. заведений / С.Н.Попов, Н.М.Валесв, Т.С.Гарасева и др.; под ред. С.Н.Попова – 5-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – С. 190–193.

8. Мохамед, Х.Ю. Анализ инфраструктуры сопутствующей патологии нижних конечностей у больных гонартрозом / Х.Ю.Мохамед // Фундаментальная наука в клинической медицине: Десятая Всероссийская медико-биологическая конференция молодых исследователей «Человек и его здоровье» 20–21 апреля 2007 Санкт-Петербург. – 286–287.

9. Мякоткин, В.А. Изучение роли гена альфа рецептора эстрогенов (ER) в заболеваемости остеоартрозом / В.А.Мякоткин, М.Ю.Крылов, Т.В.Колесник и др. // Научно-практическая ревматология. – 2006. – №5. – С. 8–14.

10. Насонова, В.А. Клиническая ревматология: руководство для врачей / В.А.Насонова, М.Г.Астапенко. – М.: Медицина, 1989. – С. 432–476.

11. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л.Насонов, В.А.Насонов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

12. Соколов, В.А. Некоторые традиционные методы оздоровления и профилактики суставных заболеваний средствами физической культуры / В.А.Соколов, О.П.Борщевский, Аль-Бшени Фатхи // Здоровье для всех: мат-лы IV научно-практической конф. Ч. 1. – Пинск: ПолесГУ. – 2012. – С. 186–188.

13. Фатхи Али Аль-Бшени Роль факторов травмы в развитии вторичного гонартроза / Аль-Бшени Фатхи // Здоровье для всех: мат-лы IV научно-практической конф. Ч. 1. – Пинск: ПолесГУ. – 2012. – С. 202–204.

14. Цветкова, Е.С. Лечение ревматических болезней. Клинико-инструментальная оценка влияния фармакотерапии на течение остеоартроза коленных суставов / Е.С.Цветкова, Н.Г.Иониченко, П.С.Карусинов и др. // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 1. – С. 69–74.

15. Ayrat, X. Arthroscopic evaluation of chondropathy in osteoarthritis of the knee // Ayrat, M. Dougados, V. Lestrat et al. / J. Rheumatol. – 1996, 23 – P. 698–706.

ПОЗИТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СПОРТИВНОГО ПЕДАГОГА С ОБУЧАЮЩИМИСЯ КАК КЛЮЧЕВОЙ ПРИНЦИП ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Белая А.А., Поплавский Н.В.

г. Минск, Беларусь

The article shows the positive relationship sports teacher with students.

Проблема заболеваемости студентов была и остается приоритетной, т.к. здоровье будущих специалистов в значительной мере определяет развитие нации, имеет стратегический характер для жизнеспособности государства и общества.

К факторам риска для здоровья обучающихся традиционно относят факторы географической среды обитания и факторы социальной среды обитания. К последней для студентов относят хроноструктуру образовательного процесса, информационные и психологические нагрузки, бессистемный режим питания, несвоевременное лечение заболеваний, вредные привычки, отсутствие установки на сохранение здоровья.

В последнее время наблюдается негативная тенденция – прогрессирующее увеличение количества заболеваемости студентов под воздействием указанных факторов.

Сохранение и укрепление здоровья студентов является одной из приоритетных задач современного этапа модернизации высшего образования.

Необходимы ли какие-то специальные характеристики, которыми должен обладать спортивный педагог для обеспечения здоровья обучающихся? Каким же набором личностных характеристик и педагогических способностей должен обладать он для эффективного осуществления здоровьесберегающей деятельности.

На эту тему существует большое количество публикаций, как у нас в стране, так и за рубежом. Современное общество предъявляет к педагогу высокие требования. Эти требования проецируются через определение профессионально значимых качеств педагога, которые включают: интерес к жизни, интерес к другому человеку, интерес к культуре, любовь к обучающимся, стремление к общению, коммуникабельность, доброжелательность, конфликтность, чуткость, сопереживание, отзывчивость, терпение, выдержку, организованность, пунктуальность, рефлексивность, хорошую саморегуляцию, эмоциональную открытость при длительных контактах с людьми и др. [1]. Несомненно, что педагог должен быть авторитетным, уважаемым, принятым студентами, нравится им. Еще мыслитель К.Д. Ушинский говорил о том, что «никто не сможет ничему научиться у человека, который не любит». Поэтому, ключевым фактором для запуска движения студентов в сторону здоровьесберегающего поведения, является качество общения демонстрируемое спортивным педагогом.

При взаимодействии студента и преподавателя в учебном процессе по личностному воспитанию важно учитывать следующие специфические для данной дисциплины условия [5]:

1. Спортивный педагог обязан видеть и воспринимать студента таким, каков он есть в реальной жизни. Это необходимо для налаживания позитивных отношений в совместной деятельности.

2. Современный студент в процессе физического воспитания и спортивной подготовки нуждается в диалоговом, а не в монологическом общении. В диалоге с преподавателем ему, а не преподавателю должна быть отведена активная роль. Особенно это важно для студентов, занимающихся в специальном и спортивном учебных заведениях.

Основными параметрами эффективного общения являются умения и навыки педагога использования техники понимающего общения. Главное в технике понимания – это установление психологического контакта, изучение личностных особенностей студента (партнера по общению), ориентация педагога на внутреннюю систему ценностей, оценок, интересов и проблем самого партнера, а не на свою собственную.

Параметрами неэффективности практического общения спортивного педагога являются склонности и привычки использовать так называемые принижающе-уступчивые и активно-агрессивные формы поведения, как неадекватные заменители понимающего общения.

Позитивные взаимоотношения педагога с обучающимися – базовые условия сохранения здоровья всех субъектов образовательного процесса. Но как поддерживать такие отношения, если у значительной части педагогов отмечается профессиональное выгорание, стресс в своих формах представлено в виде профессиональных деструкций и синдрома эмоционального истощения [2, 7]. Сами педагоги зачастую не способны сформировать необходимый эмоциональный контакт, выбрать верную психологическую дистанцию с обучающимися для сотрудничества с ними в учебном процессе, бывают в некоторых случаях агрессивными, придирчивыми и грубыми.

Для психоэмоционального самочувствия обучающихся опасны следующие особенности взаимоотношений педагога с социализирующейся личностью [8]:

– неконтактность и эмоциональная отчужденность педагога во взаимодействии с обучающимися, что проявляется в игнорировании педагогом психического состояния воспитанника;

– отказ педагога от взаимодействия с взрослеющей личностью, что ведет к

СОДЕРЖАНИЕ

Глазырина Л.Д. РОЛЬ СПОРТА В ПОВЫШЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	3
Лопатик Т.А. ОПТИМИЗАЦИЯ СОБСТВЕННОГО ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ	4
Гуслистова И.И. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЛИМПИЙСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	6
Круталевич М.М., Макаренко В.А., Дрыгин А.В. ОЛИМПИЙСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В БГПУ	8
Шахлай А.М. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ БОРЦОВ ПУТЕМ ИНТЕНСИФИКАЦИИ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА	12
Пенкрат В.И. ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЯХ ОБУЧЕНИЯ	14
Воронецкая Л.Н. ИСТОКИ ЗАРОЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ТУРИЗМА В БЕЛАРУСИ	16
Кобринский М.Е., Закогодная Е.Е. НРАВСТВЕННЫЙ ВЫБОР КАК СРЕДСТВО СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ СОВРЕМЕННОГО СПОРТСМЕНА-СТУДЕНТА	18
Аль-Бшени Фатхи Али. ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА	20
Али Хани Амер, Али-Махмуди Абу-Бакр, Аль-Бшени Фатхи Али. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА	23
Аль-Бшени Фатхи Али, Хайдар Сабах Али, Грера Рида. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ БОЛИ В НИЖНЕМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА И СПОСОБЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ	25
Аль-Бшени Фатхи Али Мохаммед, Мохаммед Сулейман Абдул Маджид Хамад, Камаль Мохамед Zarouk. ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У СПОРТСМЕНОВ	27
Аль-Мусрати Аяд Али, Эльхвари Фаузи Маброк Али, Аль-Бшени Фатхи Али. ПЕРВИЧНЫЙ ГОНАРТРОЗ: ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	29
В Баляй А.А., Поплавский Н.Н. ПОЗИТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СПОРТИВНОГО ПЕДАГОГА С ОБУЧАЮЩИМИСЯ КАК КЛЮЧЕВОЙ ПРИНЦИП	

ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ...	32
✓ Валий А.А., Сущенко Г.Н., Гунич Н.В. К ВОПРОСУ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА НАЧАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БГПУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»	35
Барановская Д.И., Курлович Н.В., Данилевич Н.В. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ СРЕДСТВАМИ АКВААЭРОБИКИ	37
Барышников Л.Н. ПРОБЛЕМА ЭТИКИ ОЛИМПИЙСКОГО СПОРТА	39
Давидович А.В., Коптев С.А., Юхновская Е.В. ФОРМЫ И СПОСОБЫ АКТИВИЗАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ	41
Барышников Л.Н., Лихтар С.Н., Анисова И.К., Коптюг О.А., Капустович Е.В. СОЗНАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ КАК ЦЕННОСТЬ	43
✓ Бахмутова Т.А., Белоус О.В., Солтан П.Г. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БГПУ	46
✓ Белоус О.В., Солтан П.Г., Мицкевич Т.А. БЕГ КАК СРЕДСТВО ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ	48
Башикова Л.Н., Бобылева Л.Д. КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ОБЩЕЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ	49
Бохан М. В., Павловская Г.А., Аль-Бшени Фатхи Али. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ	50
Брускова И.В., Еремова Н.Г. ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ РАСПОРЯДКА ДНЯ СТУДЕНТОВ	53
Брускова И.В., Еремова Н.Г. ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ	55
Витошкіна З.М., Анисковец М.В. ЗНАЧЕНИЕ ЗРЕЛИЩНЫХ ФОРМ МАССОВЫХ СПОРТИВНО-ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ВЫСТУПЛЕНИЙ ДЛЯ ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА	57
✓ Гайдук С.А., Юдина В.В. К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» ДЛЯ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТОВ ДОШКОЛЬНОГО И НАЧАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	59
Голенко А.С., Приступа Н.И., Шаров А.В. КОНТРОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ И СПОРТИВНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОГOTOВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ЛИЧНОСТНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ	