

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ
УКРАЇНИ

КАФЕДРА ЗДОРОВ'Я, ФІТНЕСУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт
освітньою програмою «Фітнес та рекреація»

на тему:

**«ВПЛИВ ЗАНЯТЬ АКВААЕРОБІКОЮ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН
ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ»**

здобувачки вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Прийми Анни Сергіївни
Науковий керівник: Кириченко Вікторія
Миколаївна
к.пед.наук, доцент
Рецензент: Сиваш І.С., к.фіз.вих., доцент

Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри (протокол № 6 від 24.11.2021 р.)
Завідувач кафедри: Андрєєва О.В.
д.фіз.вих., професор

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЗАНЯТЬ РУХОВОЮ АКТИВНІСТЮ ОЗДОРОВЧОЇ СПРЯМОВАНОСТІ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН	8
1.1 Загальні уявлення про психічне здоров'я та психоемоційний стан	8
1.2 Вплив фізичних навантажень на психоемоційний стан людини	11
1.3 Засоби, методи та методики покращення психоемоційного стану	13
1.4 Особливості процесу психорегуляції під час занять фітнесом	15
1.5 Особливості впливу занять у воді на організм людини	19
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	28
2.1 Методи дослідження	28
2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури	28
2.1.2 Соціологічні методи дослідження	29
2.1.3 Антропометричні методи дослідження	29
2.1.4 Фізіологічні методи дослідження	30
2.1.5 Педагогічні методи дослідження	31
2.1.6 Методи оцінки психоемоційного стану	33
2.1.7 Методи математичної статистики	37
2.2 Організація дослідження	37
РОЗДІЛ 3 ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАНЯТЬ АКВААЕРОБІКОЮ ЗА ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОЮ ПРОГРАМОЮ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ	39

	3
3.1 Характеристика спонукальних мотивів до занять аквааеробікою жінок другого періоду зрілого віку	39
3.2 Зміст та основні положення програми занять аквааеробікою з використанням методик психорегуляції емоційного стану для жінок другого періоду зрілого віку	40
3.3 Вплив занять аквааеробікою на об'єктивні та суб'єктивні показники здоров'я жінок другого періоду зрілого віку	44
3.4 Реалізація основних мотивів до занять аквааеробікою жінок другого періоду зрілого віку	52
3.5 Динаміка психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку в процесі занять за експериментальною програмою	56
Висновки до розділу 3	60
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	64
ДОДАТКИ	72

ВСТУП

Актуальність. На фоні сучасної яскраво вираженої тенденції до зниження рівня фізичної активності (гіпокінезії) та зменшення фізичного навантаження у різних категорій населення, що призводить до погіршення фізичного стану і здоров'я загалом, постає питання залучення до регулярних занять фізичною культурою і спортом людей різної статі, віку, рівня підготовки і стану здоров'я [31].

Здоров'я кожної нації багато в чому визначається здоров'ям жінок, збереження і підтримання якого складає завдання загальнодержавного значення. Жінки зрілого віку виконують різноманітні виробничі, соціальні, сімейні та виховні функції. І саме зрілий вік жінок визнається періодом дефіциту руху на відміну від юнацького віку, який вважається періодом біологічного оптимуму. Тому виникає необхідність вирішення проблеми зміцнення та фізичного вдосконалення здоров'я жінок, а також розробки нових дієвих засобів і методів збільшення функціональних можливостей організму, підвищення його стійкості до різних захворювань та рівня загальної працездатності [21].

Проте поряд з фізичним все більш важливого значення набуває психічне здоров'я людини. В сучасному світі як дорослі, так і діти зазнають значного впливу соціальних та інтелектуальних навантажень, які, на жаль, стають причиною стресів, афективних нападів та різноманітних психічних розладів. Щоденне перенапруження створює передумови та призводить до різних психосоматичних захворювань, а також імунодефіциту, неврозів, серцево-судинних захворювань і т.д [40].

Відчуття психічного дискомфорту змушує людину шукати шляхи його подолання. Одним з найбільш прийнятних є різноманітні заняття у фітнес-клубах. Однак і вони не завжди є ефективними, оскільки можуть бути занадто виснажливими, а головне, не вирішувати внутрішні проблеми. Тому це пояснює пошук та запровадження таких форм оздоровчих занять, які, окрім розвитку

фізичних якостей та зміцнення фізичного здоров'я, своєю важливою складовою частиною мали б вплив на психоемоційну сферу, тобто були б привабливими і відповідали потребам та інтересам тих, хто займається.

Особливе місце серед таких занять займають заняття у воді. Численні експериментальні дослідження показали, що найкращим методом фізичних занять зі зрілими людьми є саме аквааеробіка, так як має найменшу кількість медичних протипоказань, доступна більшості людей, сприяє швидкому покращенню загального стану здоров'я та підвищенню рівня фізичної підготовки.

Заняття з аквааеробіки можуть відвідувати жінки, які мають протипоказання до занять в спортзалах з такими захворюваннями, як: остеопороз, остеохондроз, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, обмінний поліартрит, з великою зайвою вагою та ін. Оскільки аквааеробіка має вкрай мало протипоказань, це робить її в даний час не тільки популярною і привабливою, але й доступною і корисною для жінок зрілого віку.

Аквааеробіка, як одна зі складових частин оздоровчих занять, за весь час свого розвитку якісно змінилася в техніці, методиках навчання та тренування. Розроблено окремі рекомендації з проведення занять з дітьми, жінками і чоловіками різного віку [2,23,34,68,74].

Існує ряд робіт, в яких викладені основи сучасних аеробіки та аквааеробіки, методики викладання і проведення практичних занять [38,40,50,70,85]. Також багато праць присвячено розробкам та науковому обґрунтуванню програм занять з оздоровчого плавання та аквааеробіки з використанням різних нетрадиційних вправ у воді, впливу цих занять на функціональні можливості організму жінок різного віку та на рівень їх фізичного стану, а також певним аспектам мотивації [10,25,29,36,89].

Серед наукової літератури є праці, де подані рекомендації, а також розглянуті засоби і методи використання різних вправ у воді та їх оздоровчий вплив на організм учнівської та студентської молоді [13,24,49,59].

Проте всі розроблені на даний момент програми занять з аквааеробіки здебільшого направлені на розвиток фізичних якостей, корекцію фігури та оздоровлення організму, тобто враховується, в основному, об'єктивна сторона здоров'я. В літературі практично не зустрічається досліджень, присвячених вивченню впливу аквааеробіки на психоемоційний стан (суб'єктивна складова здоров'я) і, тим більше, відсутні методики і програми, що враховують саме цей аспект занять.

Враховуючи те, що рівень об'єктивного здоров'я не завжди збігається з рівнем суб'єктивного, то при проведенні оздоровчих занять необхідно орієнтуватися як на показники першої, так і на показники другої складових здоров'я тих людей, що займаються. Це означає, що заняття мають бути побудовані таким чином, щоб вони здійснювали позитивний вплив не лише на фізичний стан тих, хто займається, а ще й позитивно відображалися на їх психічному здоров'ї.

Таким чином, актуальність теми даного дослідження обумовлена не тільки необхідністю покращення показників загального стану здоров'я жінок другого зрілого віку, але й поліпшення психологічного стану за допомогою занять аквааеробікою.

Мета роботи: обґрунтувати, розробити та довести ефективність методики занять аквааеробікою, що спрямована на підвищення показників фізичного стану з врахуванням особливостей психоемоційної сфери жінок другого періоду зрілого віку.

Завдання роботи:

1. За допомогою аналізу літературних джерел вивчити методи і засоби покращення психоемоційного стану, які використовуються у фітнесі.
2. Виявити особливості потребово-мотиваційної сфери жінок зрілого віку, які бажають займатися в групах з аквааеробіки.
3. Розробити програму проведення занять з аквааеробіки з урахуванням особливостей емоційно-мотиваційної сфери жінок.

4. Оцінити вплив занять з аквааеробіки на об'єктивні та суб'єктивні показники здоров'я жінок другого періоду зрілого віку.

Об'єкт дослідження – оздоровчо-тренувальний процес жінок другого періоду зрілого віку, які займаються аквааеробікою.

Предмет дослідження – програма проведення занять з аквааеробіки з використанням засобів і методів впливу на психоемоційну сферу жінок другого періоду зрілого віку.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, соціологічні (анкетування), антропометричні, фізіологічні, педагогічні (педагогічне тестування, педагогічне спостереження, педагогічний експеримент), методи визначення психоемоційного стану, методи математичної статистики.

Наукова новизна роботи полягає у доповненні існуючих уявлень про необхідність врахування особливостей психоемоційної та потребово-мотиваційної сфери жінок зрілого віку при побудові занять з аквааеробіки, а також про вплив цих занять на суб'єктивні показники здоров'я.

Практична значущість роботи полягає у використанні результатів дослідження тренерами-інструкторами і методистами при складанні програм занять з аквааеробіки, як ефективного засобу фізичної рекреації у водному середовищі, з метою підвищення зацікавленості жінок другого зрілого віку до оздоровчо-тренувального процесу, оптимізації психоемоційного стану та підвищення фізичного стану їх організму.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота викладена на 75 сторінках, із них 60 сторінок основного тексту, включає 17 таблиць, 4 рисунка, 3 додатки. У роботі використано 89 джерел наукової та спеціальної літератури, із них 11 іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЗАНЯТЬ РУХОВОЮ АКТИВНІСТЮ ОЗДОРОВЧОЇ СПРЯМОВАНОСТІ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН

1.1 Загальні уявлення про психічне здоров'я та психоемоційний стан

Про об'єктивний стан здоров'я свідчать характеристики стану різних фізіологічних систем. Проте здоров'я має й іншу сторону – суб'єктивну, яка відображається в самооцінці та скаргах людини. Саме ці аспекти становлять психологічну сторону здоров'я. Інакше кажучи, психологічні компоненти здоров'я – це відображення власного стану як на емоційно-чуттєвому, так і на когнітивному рівнях. Відображення стану здоров'я на психологічному рівні називається «внутрішньою картиною здоров'я» [35].

В.П. Петленко [48] у своєму визначенні поняття здоров'я враховує його психологічний компонент. На його думку, здоров'я є нормальним психосоматичним станом людини, яка спроможна реалізувати власний потенціал духовних і тілесних сил та водночас оптимально задовольнити системи матеріальних, соціальних і духовних потреб. В даному визначенні відображено важливий момент для здоров'я, а саме: задоволення потреб, що сприяє емоційному благополуччю організму.

Потреба виступає формою зв'язку організму із зовнішнім світом та є джерелом його активності. Будучи внутрішніми сутнісними силами організму, потреби спонукають його до різних форм діяльності. Переростаючи в мотивацію, потреби активують центральну нервову систему та інші системи організму людини. При цьому вони постають як енергетичний фактор, що спонукає людину до певної поведінки. Однак, фахівці наголошують, що не можна ототожнювати мотивацію та потреби [14]. Потреби не завжди можуть перетворюватися в мотиваційне збудження, водночас без належного мотиваційного збудження не можуть бути задоволені відповідні потреби.

Мотиваційне збудження також розглядається як особливий інтегрований стан мозку, за якого на основі впливу підкіркових структур відбувається залучення до діяльності кори великих півкуль. Тож в результаті людина цілеспрямовано починає шукати можливі шляхи та об'єкти задоволення відповідних потреб.

Відповідно до інформаційної теорії емоцій П.В. Симонова [14], ступінь задоволення потреб визначає характер емоцій, які переживає людина. У той же час, є вже безперечним фактом, що проблеми в емоційній сфері викликають проблеми в стані серцево-судинної, травної та інших фізіологічних систем організму (свідченням чого є цілий напрямок у медицині, що називається психосоматикою). Тому при розгляді питань стосовно здоров'я людини має обов'язково враховуватись аспект її потребової та емоційної сфер.

Психоемоційний стан є невід'ємною та дуже важливою частиною життя кожної людини. Емоційні стани розглядаються як переживання людиною свого відношення до себе та навколишньої дійсності в конкретний момент часу, вони є відносно типовими для даної людини; ці стани переважно регулює емоційна сфера і вони охоплюють емоційні відносини та емоційні реакції; також їх можна розглядати як відносно стійкі переживання [54]. У літературі з психології емоційні стани, які відчуває людина, поділяють на емоції, почуття та афекти [42]. Емоції є суб'єктивними психологічними станами, які відображаються у формі відчуттів приємного та неприємного, безпосередніх переживань, ставлення людини до інших людей і до світу в цілому, до результату та безпосередньо до процесу своєї практичної діяльності [45]. Роль емоцій у житті і діяльності людини проявляється в тому, що вони можуть, як підвищувати, так і знижувати активність людини. Гарний настрій змушує нас рухатися вперед, тоді як поганий – гальмує розвиток.

Емоції виступають засобом, за допомогою якого люди визначають значущість тієї чи іншої умови, здатної задовольнити їх актуальні потреби. Емоції також виконують функцію оцінки діяльності людини. Вони здатні організувати діяльність, стимулювати та направляти її.

До основних форм вираження емоцій належать ситуативна емоція, чуттєвий тон, афект, почуття, пристрасть, настрій та стрес. Завдяки емоціям ми розуміємо стани одне одного, свій власний стан і краще налаштовуємося на спільну діяльність та спілкування. В цьому полягає їх головне значення. До класу емоцій належать настрої, почуття, афекти та стреси. Емоція – це реакція людини на вплив зовнішніх та внутрішніх подразників, що характеризуються яскраво вираженою суб'єктивною оцінкою та охоплюють всі види переживань та чутливості [42].

Класифікують наступні види емоційних станів.

Афект – це особливий вид емоційних процесів, який проявляється в критичних умовах при виникненні у суб'єкта нездатності швидко знайти розумний вихід з небезпечної для нього ситуації або потрібний варіант рішення певної проблеми. Даний емоційний стан є доволі сильним, але короткочасним за тривалістю.

Почуття – особливий вид емоційних переживань, які мають яскраво виражений предметний характер і вирізняються відносною стійкістю [33].

Л.В. Куликов [27] поділяє почуття на активаційні, до яких відноситься бадьорість, радість та азарт. Тензійні – тривога, страх, гнів, та самооціночні – сум, провина, сором, розгубленість.

Настрої – емоційний процес зі слабкою інтенсивністю, який триває довше, ніж афекти. До подібних проявів відноситься нудьга, нейтралітет, байдужість, невдоволення, задоволення. Порівняно стійкий та тривалий в часі психічний стан, помірний чи слабкий за інтенсивністю, який проявляється в якості емоційного фону позитивного чи негативного характеру.

Стрес є таким емоційним станом, який може раптово виникати у людини під впливом тривожної ситуації, що вимагає великого напруження. Стрес є таким же короткочасним і сильним емоційним переживанням, як і афект. Проте, вони мають певні відмінні риси. Так, стрес, насамперед, виникає лише за наявності екстремальної тривожної ситуації, в той час як афект може виникнути з будь-якої причини. Стресові стани можуть по-різному впливати на поведінку

тієї чи іншої людини. Одна під впливом стресу виявляє повну розгубленість і не може протистояти його впливу, інша, навпаки, є стійкою до стресів і найкраще проявляє себе в критичних моментах [42].

1.2 Вплив фізичних навантажень на психоемоційний стан людини

Велика кількість досліджень встановили зв'язок між регулярними фізичними навантаженнями та психічним здоров'ям. Фізичні вправи чинять позитивний психологічний вплив, особливо на людей, які страждають депресією та тривогою. Також заняття фізичною культурою сприятливо впливають на психіку, поступово знімають нервову напругу. Внаслідок чого люди відчувають радість, поступово виробляється гормон, який відповідає за гарний настрій, так званий ендорфін. Цей гормон сприяє набуттю душевної рівноваги. Наприклад, стан після хорошої пробіжки можна описати як «ейфорію». Це почуття викликає приплив енергії та гарного настрою. Фізична активність є безсмертним помічником та незамінною профілактикою для підтримки здорового тіла та духу.

На думку Ю.В. Шаповалової [73], фізична культура проти стресу дозволяє багатьом людям підвищити самооцінку. Ті, хто займаються, помічають, що після тренування або під час нього відчувають справжню ейфорію. Позитивні емоції допомагають не так гостро реагувати на стресові ситуації і спокійніше ставитись до неприємностей. Тож, фізична культура проти стресу допомагає як позбутися неприємних наслідків стресу, так і дає свого роду щеплення від нервових зривів – фізично активні люди набагато легше справляються зі складними ситуаціями, ніж ті, хто веде малорухливий спосіб життя.

Заняття фітнесом розвивають емоційну сферу людини у здатності до переживань, почуттів, емоцій щодо розуміння цінностей здоров'я та здорового способу життя, корисності рухової активності [53]. Емоції – це складова частина нашої психічної діяльності. Позитивні емоції ведуть до щастя та успіху,

негативні, навпаки, до розчарування та смутку. Коли виникають важкі моменти та періоди, і впоратися зі своїми емоціями стає неможливо, в таких ситуаціях оптимальним засобом стають заняття фітнесом. Систематичні фізичні заняття оберігають організм від шкідливих наслідків емоційних перенавантажень. Вони ведуть не лише до зміцнення фізичного стану людини, але й до ліквідації тих надлишкових фізіологічних зрушень, які зазвичай виникають при емоційній напрузі [38].

Також фітнес позитивно впливає на формування та зміну характеру людини в цілому. Виховує таку важливу якість, як сила волі. Саме воля у повсякденній боротьбі із самим собою і створює об'єктивні передумови для формування дуже важливих та необхідних вольових якостей людини – цілеспрямованості, сміливості, наполегливості, рішучості, самодисципліни та ініціативності. Всі ці якості, у свою чергу, позитивно впливають на психоемоційний стан, що згодом формує гарний настрій. Як відомо, за формування настрою відповідають як емоції, так і певні гормони. За позитивний настрій відповідає гормон серотонін, основною функцією якого є покращення настрою. Також він впливає на емоційну стійкість та сприйнятливості до стресів. Безпосередній вплив на процес вироблення серотоніну має фізична активність. Наприклад, під час занять фітнесом рівень серотоніну в організмі збільшується в кілька разів і гарний настрій зберігається ще довгий час після закінчення тренування. Крім настрою, серотонін відповідає за самовладання чи емоційну стійкість [22].

Оптимальна рухова активність допомагає позбутися негативних емоцій, зняти втому та нервові напруження, підвищити життєвий тонус, фізичну та розумову працездатність [31]. Дозоване фізичне навантаження є потужним фактором, який позитивно впливає на самооцінку здоров'я та психологічний статус, знижуючи рівень тривожності, фрустрованості, апатії, та підвищуючи впевненість у собі [43].

На основі всього вищесказаного можна зробити висновок, що регулярні фізичні навантаження покращують психоемоційний стан людини. Так,

наприклад, Л.А. Титова [63] вважає, що найкращим способом зняття емоційної напруги є зміна психічної діяльності. І один із них це – заняття фітнесом. У процесі занять фітнесом врівноважуються процеси збудження та гальмування центральної нервової системи. Такі заняття можуть знизити, а інколи і зовсім нейтралізувати негативні емоційні переживання, які виникли раніше.

Однак, В.В. Абрамова [1] стверджує, що тривале фізичне навантаження, яке породжує втоми (тривалі фізичні вправи на тлі наростаючої фізичної та психічної втоми) відносяться до стресорів з тривалою дією.

1.3 Засоби, методи та методики покращення психоемоційного стану

Саморегуляцією психоемоційного стану називають вміння самостійно змінювати та керувати процесами, які безперервно проходять у власному організмі. Шляхом саморегуляції здійснюється активізація або гальмування психічних процесів, за допомогою неї також можна підвищити ефективність та якість виконуваної діяльності [11].

Одним із дієвих методів саморегуляції є аутогенне тренування, яке являє собою комплекс вправ, що спрямовані підвищити можливості саморегуляції. Цей метод самонавіювання запропонував німецький вчений І.Г. Шульц. Освоєння аутогенного тренування дозволяє заспокоїтися, зняти фізичну та психічну напругу, активізувати пам'ять, увагу, уяву та здатність до фізичної активності.

На думку Т.М. Пристинської [52], дія психорегуляції полягає, з одного боку, в заспокійливому ефекті (відбувається нервово-м'язове розслаблення), а з іншого – в активізуючому (відбувається відновлення діяльності на більш високому та якісно новому психоемоційному рівні).

Психом'язове тренування – це ще один значущий і важливий метод саморегуляції. Психом'язове тренування також є методом психічного самонавіювання, який ґрунтується на тренуванні мозком уявлень. За допомогою цього методу багаторазово і поетапно виконуються вправи для

розслаблення окремих м'язових груп, а також застосовуються мобілізуючі та активізуючі вправи [11].

Ще одним засобом регуляції емоційного стану є спеціальні види масажу та самомасажу. Так, наприклад, надмірне збудження центральної нервової системи знімається заспокійливим масажем або самомасажем. При пригніченому стані виконуються активні прийоми з енергійним опрацюванням м'язів: швидкі, ковзаючі погладження, розтирання. Самомасаж створює сприятливий психологічний фон на заняттях фізичними вправами, використання прийомів самомасажу сприяє когнітивному прояву пізнання себе та свого організму в навколишньому середовищі. Також самомасаж допомагає запобігати втомі та стомлюваності, підвищує адаптаційні можливості організму та розумову працездатність [44].

До засобів саморегуляції також можна віднести регулюючий музичний вплив. Музика регулює виділення гормонів, які знижують стрес, тим самим впливаючи на емоційний стан. Прослуховування певної музики викликає музичне задоволення та відчуття підйому настрою [12]

Розібравши основи психокорекційних праць, вчені зазначають, що одним із найбільш підходящих методів відновлення нервового стану є музикотерапія. Музикотерапію використовують у багатьох державах для профілактики деяких порушень, включаючи також емоційну нестабільність. Є.Е. Хачаян [70] зазначає, що музика може відволікти слухача від стомлюючих повсякденних справ і підняти емоційне налаштування, направити робочий процес на більш високу продуктивність. Музика також знімає інтелектуальну стомлюваність, піднімає настрій, веселить, дає високу концентрацію уваги.

Особливості впливу музики на людину проявляються в можливості моделювати свої емоції; покращити настрій, позбутися відчуття занепокоєння; у неврівноважених людей викликати почуття внутрішнього спокою, розвинути позитивні емоції та бажання спілкуватися одне з одним. Однак, слід врахувати, що даний ефект впливу музики поки що мало вивчений, тут треба розуміти, що та сама музика здатна на одну людину впливати позитивно, а на іншу –

негативно. Насамперед, це залежить від розвитку, смаку, емоційного ставлення та досвіду слухача. Хороша музика має позитивно впливати, але таке поняття, як «хороша музика» або «погана музика», може по-різному інтерпретуватися. Є безліч видів та стилів музики, також є й великий спектр звуків і прийомів звуковідтворення, тому слід розуміти, який звук має бути в даному виконанні.

Музикотерапія – це метод, який використовується як засіб корекції емоційних відхилень, апатії, рухових розладів, відхилень у поведінці, при комунікативних труднощах, а також при лікуванні деяких психосоматичних захворювань [64].

Ряд авторів вважають, що важливо дотримуватися оптимального підбору засобів і форм фізичної культури та методів психорегуляції, які повною мірою відображали б специфічну спрямованість на розвиток емоційно-вольової природи особистості [6,19,20].

Кожен із описаних вище методів саморегуляції, звичайно ж, може бути поглиблений та розширений. Для початку людині необхідно вибрати ті методи, які найкраще відповідають її характеру та темпераменту, є найбільш зручними для регулярного застосування в умовах тренувань. Слід враховувати, що методи саморегуляції відрізняються за спрямованістю. З одного боку, вони знімають нервову напругу, розслаблюють, відновлюють працездатність, з іншого – сприяють мобілізації та входженню в особливий психічний стан, який є найбільш адекватним для тренувального процесу.

Тому правильно підібрані засоби та методи саморегуляції в сукупності з регулярними фізичними навантаженнями є важливим фактором регуляції несприятливих психоемоційних станів.

1.4 Особливості процесу психорегуляції під час занять фітнесом

Психорегуляція – це формування психічних станів та поведінки людини для їх оптимізації та підвищення ефективності діяльності. Психорегуляція все дедалі більше поширюється в різних видах діяльності, включаючи і фізичну

культуру. Фізичні вправи безпосередньо впливають на психічну сферу людини, а також чинять формуючий вплив на розвиток емоційно-вольових якостей особистості [28].

Л.Г. Уляєва [67] стверджує, що розвиток психічної саморегуляції у спортсменів має бути спрямовано на формування позитивного та конструктивного відношення до використання засобів і методів психорегуляції в тренувальній діяльності, а також до розвитку і вдосконалення психічних функцій, що лежать в основі психорегуляції.

На практиці застосовують два види психорегуляції: саморегуляцію та гетерорегуляцію. Вплив на самого себе за участі уяви та за допомогою певних слів та уявних образів називається саморегуляцією. Під гетерорегуляцією розуміють вплив зі сторони іншої людини. Саморегуляція реалізується через самонавіювання (незаперечна віра в силу та ефективність використаних засобів та методів) та самопереконання (вплив на себе через конкретні логічні доводи).

У процесі занять фітнесом оптимальним будуть такі види психорегуляції, як: свідомий контроль дихання, класична методика нервово-м'язової релаксації Шульца, психорегулююче тренування А.В. Алексєєва (ПРТ) [4,55].

Застосовуючи психорегуляцію на заняттях фізкультурою та спортом, можна підвищити інтерес до них, зміцнити здоров'я, збільшити рівень фізичної підготовленості та спортивних досягнень тих, хто займається, прискорити процеси оволодіння руховими навичками та швидко відновлювати як фізичну, так і розумову працездатності [40].

Психорегуляцією можуть займатися особи будь-якого віку. Обмеження відносяться лише до тих людей, які мають тяжкі психічні захворювання (психопатія, шизофренія, епілепсія). Людям з такими хворобами заняття психорегуляцією протипоказані. До загальноприйнятих засобів психорегуляції пред'являються такі вимоги, як: наукова обґрунтованість, доступність і простота, відповідність віку тих, хто займається, мінімальний час на заняттях. Головне – не перетворювати заняття психорегуляцією на самоціль, а сприяти

успішнішому вирішенню завдань занять фізкультурою. Важливо прагнути до того, щоб навчити психічній саморегуляції тих, хто займається, та привчити їх застосовувати саморегуляцію в повсякденному житті. В процесі фізкультурної діяльності слід застосовувати найпростіші та найдоступніші засоби психорегуляції. В основному це психофізичні вправи з використанням найпростіших засобів психорегуляції, такі як міміка, управління голосом та диханням, уявлення та уява, навіювання та самонавіювання, а також різні елементи психом'язового та ідеомоторного тренувань. Практичний досвід фахівців у галузі фізичної культури та спорту показує, що ці засоби порівняно легко освоюються, як тренерами, так і тими, хто займається [56].

Свідомий контроль дихання (регуляція дихальних рухів) – один з відомих методів зняття емоційного напруження. Довільна регуляція дихання – це найбільш гнучкий метод зняття надмірного емоційного напруження. Його можна використовувати в найрізноманітніших обставинах, викликаних як умовами довкілля, так і поведінковими факторами. Основні рекомендації до застосування цього методу: дихати слід через ніс (вдих може виконуватися через ніс, а видих через рот); дихання має бути ритмічним (особливо при тривалій циклічній роботі, помірній потужності); під час активної м'язової діяльності слід старатися уникати затримки дихання; при тренуваннях з обтяженням застосовується метод контролю дихання: необхідно виконувати вдих до підйому обтяження і робити видих у момент підйому обтяження.

Наступний метод – аутогенне тренування. Творцем цього методу є Йоганс Генріх Шульц, йому належить і сам термін «аутогенне тренування». Розроблений метод І. Шульца являє собою комплекс вправ, основне завдання якого викликати відчуття тепла і тяжкості в кінцівках і торсі. Оскільки розслаблення різних груп м'язів та розширення судин є складовими частинами реакції релаксації, то аутогенне тренування почали використовувати в якості техніки релаксації, яка покликана допомагати справлятися зі стресом та іншими негативними психічними станами. Техніка аутогенних тренувань передбачає

попереднє вироблення певних фізичних та психічних навичок, особливо таких, як управління увагою. Увага є однією із творчих функцій психіки.

Методика психорегулюючих тренувань А.В. Алексєєва спрямована на оптимізацію загального та психічного стану людини. Застосовуючи психорегулюючі тренування, можна вирішувати такі завдання: знижувати надмірне збудження; активізовувати процес відновлення; полегшувати засинання; застосовувати ідеомоторне тренування у сноподібному стані; забезпечувати оптимальний психоемоційний стан; попереджати настання втоми; забезпечувати відновлення.

Ряд авторів [32,33] вважають, що використання вищеописаних методів емоційно-вольової психорегуляції в оздоровчо-тренувальній діяльності забезпечує позитивний вплив на психічний стан людини та її поведінку. Крім того, А.А. Аляб'єв [5] виявив, що досить виражений стан напруженості, який супроводжується м'язовою скутістю, може попереджатися та долатися в ході занять аеробікою, зокрема класичною танцювальною та аквааеробікою в умовах фітнес-клубу.

На думку Г.Д. Горбунова [18], психорегулююче тренування також необхідне для успішного вирішення професійних завдань, які стоять перед людиною. Психічні явища можуть бути як обумовленими, так і обумовлюючими – психічні явища, які визначаються умовами життя людини, зумовлюють її поведінку та діяльність. Обумовленість поведінки людини в професійній діяльності факторами довкілля та станом її організму створює необхідність управління своєю діяльністю та станом за умов різноманітних перешкод.

Доведено, що за допомогою психорегуляції, що застосовується на заняттях фізичною культурою, можна підвищити інтерес до них, зміцнити здоров'я тих, хто займається, та помітно збільшити рівень їх фізичної підготовленості, швидко відновлювати фізичну та розумову працездатність, а також прискорити процеси оволодіння руховими навичками. Крім цього, можна набути такі навички, як управління власним станом і поведінкою в напружених

ситуаціях, наприклад, в робочій діяльності, в конфліктних ситуаціях або під час тренування, зберігати зібраність і цілеспрямованість у будь-який видах діяльності [63].

На думку Є.В. Титаренко [62] комплексне та системне вивчення засобів психорегуляції в навчально-тренувальному процесі тих, хто займається фізичними вправами та спортом, вносить певний вклад в підвищення психологічного аспекту та їх емоційної стійкості. Внаслідок регулярної психорегуляції значно підвищується працездатність людини, зберігається гарний настрій, бадьорість духу, впевненість у своїх силах, оптимістичне ставлення до нелегких життєвих ситуацій [69].

Отже, різні засоби та методи психорегуляції необхідно застосовувати з урахуванням специфіки кожної конкретної ситуації, психічного стану та індивідуальних особливостей тих, хто займається, щоб здійснити загальну тенденцію щодо формування в них оптимального психоемоційного стану, в якому вони здатні найбільш повною мірою реалізувати свої фізичні та професійні можливості.

1.5 Особливості впливу занять у воді на організм людини

Ще в давнину люди вважали, що плавання та фізична краса людини є нероздільними поняттями. Цілющі властивості води були відомі багатьом народам, які використовували водні процедури в цілях гігієни та загартування. Грецький лікар Гіппократ при викладанні природних методів терапії особливо звертав увагу на водні процедури та рекомендував саме водолікування [47].

Плавання чинить своєрідний, властивий лише цьому виду активності, вплив на організм людини [9]. Перебуваючи у воді, людина відчуває стан, багато в чому подібний до стану невагомості, що зумовлено щільністю води, яка в 770 разів більша, ніж щільність повітря. Дана обставина дає можливість людині перебувати у воді в розслабленому антигравітаційному стані.

Вода також характеризується високою теплопровідністю (у 25 разів вище, ніж повітря), що в свою чергу вимагає від організму збільшених енерговитрат при виконанні навіть легких форм фізичних навантажень. За даними спеціальних досліджень, при плаванні з певною швидкістю на один метр дистанції витрачається вчетверо більше енергії, ніж при ходьбі з такою ж самою швидкістю [17].

У разі тривалого перебування у воді вдосконалюються процеси терморегуляції. Температура води, в якій проходять заняття плаванням, нижче за температуру тіла, тому тепловіддача організму у воді на 50% і більше перевищує тепловіддачу на повітрі. За 15 хвилин перебування у водному середовищі за температури $+24^{\circ}\text{C}$ людина втрачає близько 100 ккал. Тому при зануренні у воду різко зростає тепловіддача, що викликає посилення біохімічних процесів, які пов'язані з виробництвом тепла. Ще більше збільшується витрата енергії внаслідок активної роботи м'язів. В результаті вищезгадані фізіологічні процеси мають гартувальний ефект для організму, оскільки збільшується опірність до несприятливих факторів навколишнього середовища [8]. Тому плавання та заняття у воді є одними з найбільш ефективних видів оздоровчої фізичної культури.

Вже при простому зануренні людини у воду підвищуються функції різних систем органів: збільшується частота дихання, зростає частота серцевих скорочень, посилюється обмін речовин. Окрім того, м'язова робота призводить до активізації видільної системи. Тому заняття у воді значно підвищують інтенсивність обмінних процесів в організмі, відповідно такі заняття доцільно використовувати при лікуванні захворювань, що пов'язані з порушенням обміну речовин.

Беззаперечно важливість має вплив водних занять на серцево-судинну систему. Адже, за даними ВООЗ, захворювання саме цієї системи призводять до майже половини всіх смертних випадків

Серцево-судинні захворювання прямо чи опосередковано порушують роботу практично всіх систем організму людини, включаючи нервову,

дихальну, м'язову, травну. Це відбувається тому, що хворі серце і судини не здатні забезпечувати киснем та поживними речовинами в достатній кількості весь організм. Встановлено, що з усього обсягу кисню, який надійшов з кров'ю, 65-70% споживається серцем, 25% – головним мозком, та близько 5% – м'язами [66]. Тому підтримання серцево-судинної системи в хорошому робочому стані є важливим завданням для збереження здоров'я в цілому.

Заняття у воді забезпечують сприятливі умови для діяльності серцево-судинної системи. Фізичні навантаження у воді здійснюються в антигравітаційних умовах, що полегшує роботу серця, оскільки у воді плавцю не доводиться відчувати статичного напруження м'язів, порівняно з випадком на суші, коли людині воно необхідне, щоб підтримувати рівновагу тіла у вертикальному положенні при ходьбі. На горизонтально розташоване тіло плавців, тиск води діє таким чином, що полегшує відтік крові від периферичних судин до центральних. Глибоке дихання в поєднанні з ритмічними скороченнями м'язів під час плавання збільшують приплив венозної крові від органів і кінцівок до серця. Так воно працює в полегшених умовах, оскільки здійснює виштовхування крові до периферії через артеріальну систему не по вертикалі, як зазвичай, а по горизонталі. Проте, як зазначають деякі фахівці [79], виконання швидких рухів, що зазнають великого опору води, висуває вищі вимоги до діяльності серця, і пульсова вартість таких вправ на 10-15% більше, ніж на суші. Але все це сприятливо діє на органи кровообігу.

Відзначається, що серце збільшується в обсязі та стає здатним перекачувати більшу кількість крові саме за умов, коли тіло людини занурене у воду. Завдяки своїм температурним властивостям вода сприяє поверненню крові від шкіряного покриву до центральних судин та внутрішніх органів.

Відповідно до досліджень Гоуера (США), порівняння рентгенівських знімків показало, що в положенні стоячи об'єм серця людини становив 688 см^3 , лежачи – 770 см^3 , а при зануренні у воду цей показник змінився до 921 см^3 . Тому для серця людини плавання та заняття у воді мають такі переваги: наявність

стану, схожого до невагомості, горизонтального положення тіла та вплив температурних властивостей води.

Люди, які займаються плаванням та виконують фізичні вправи у воді, мають більш витриваліше серце, яке скорочується потужніше і в спокої частота скорочень не перевищує 60-65 разів за 1 хв. За такого ритму серце має змогу більше відпочивати та встигати через мережу кровоносних судин рясно обмитися кров'ю. Треноване серце працює економічніше, ніж серце тих, хто не займається фізичною активністю. Зростання сили скорочень м'язів серця, збільшує його функціональні можливості. Також збільшується й об'єм крові, який виштовхує серце за один цикл своєї діяльності, при цьому хвилинний об'єм крові зростає на 25% [84].

Помітні зміни в економізації роботи серцево-судинної системи проявляються не лише в стані спокою. Треновані люди при виконанні однакової м'язової роботи, порівняно з нетренованими, мають менший ступінь підвищення частоти серцевих скорочень, систолічного тиску та хвилинного об'єму крові.

Систематичні заняття у воді позитивно впливають на стан кровоносних судин: зростає їх скорочувальна здатність, міцність та еластичність, в стінках судин покращується енергетичний обмін речовин та оновлюється їхня тканина. Тим самим запобігається відкладення холестерину на судинних стінках. Існують дані про те, що діаметр артерій, у тому числі коронарних, у плавців збільшується в 1,5-3 рази.

Було встановлено, що у людей, які регулярно плавають та виконують фізичні вправи у воді, нормалізується артеріальний тиск.

Заняття плаванням сприяють активізації периферичного кровообігу, залучаючи до роботи основних судин ще й додаткові, тим самим в працюючих органах збільшується капілярне русло. Під час занять у водному середовищі організм людини прагне забезпечити собі оптимальний температурний режим, для вирішення цього завдання відбувається звуження та розширення

лімфатичних і кровонесних судин. Цей процес виступає в якості активної «гімнастики» судин, яка додатково тренує кровообіг [16].

Аналогічні зміни відбуваються в роботі системи дихання, оскільки вона працює в тісному взаємозв'язку з системою кровообігу, спільно забезпечуючи транспортування до працюючих органів кисню та поживних речовин, а також беруть участь у видаленні продуктів обміну.

Систематичні заняття у воді позитивно впливають на дихальну систему, помітно зміцнюючи та покращуючи її діяльність. Насамперед це пов'язано з тим, що процес дихання плавця відбувається в незвичних умовах: вдих та видих виконується, долаючи опір води. Дихання при плаванні узгоджується з рухами кінцівок. Зазвичай, на один вдих і видих виконується один цикл рухів руками. Великі енерговитрати викликають підвищену потребу в кисні, саме тому плавець прагне якнайповніше використати кожен вдих. При цьому тиск води, який діє на грудну клітину, допомагає більш повному видиху і водночас сприяє розвитку м'язів, які задіяні при розширенні грудної клітини. Це все веде до підвищення функціональних можливостей дихальної системи та збільшення життєвої ємності легень [15].

Здатність організму забезпечувати себе киснем характеризується показником максимального споживання кисню (МСК). Даний показник відображає найбільший об'єм кисню, який організм здатен спожити при виконанні спрямованої м'язової роботи. МСК також виступає як показник аеробної продуктивності організму, тобто його спроможності виконувати незначну за інтенсивністю роботу протягом тривалого часу. У плавців МСК досягає 5-6 л, у той час, як у нетренованих осіб – 2-2,5 л. Оскільки МСК прямо залежить від розмірів тіла, то вираховується не тільки абсолютна величина показника, але й відносна. Так, у нетренованих осіб МСК на 1 кг маси тіла складає в середньому 40 мл, а у плавців до 75-80 мл [66]. Фахівці вважають, що заняття у воді є альтернативним способом аеробної підготовки для тих, хто за будь-якими медичними показаннями не може займатися цим на суші [84]. Зокрема, ними було наведено порівняльне дослідження зміни ЧСС при ходьбі з

різною швидкістю на третбані і в мілкому басейні. В ході дослідження було виявлено, що приріст ЧСС зі збільшенням швидкості ходьби більш виражений при роботі в басейні. Аналогічні результати були отримані і в ході порівняльного дослідження показників споживання кисню і ЧСС при бігу на третбані і в глибокому басейні [79].

В процесі плавання при глибокому диханні діафрагма, опускаючись в крайнє нижнє положення, кожного разу тисне на печінку та інші органи, масажуючи та сприяючи їх повноцінній роботі. За допомогою діафрагми значний об'єм венозної крові та лімфи витискається з органів черевної порожнини та печінки в напрямі до серця, що значно полегшує роботу серцевого м'яза і попереджує застої лімфи та крові, які є небезпечними для організму. Оскільки тканинна рідина разом з лімфою доставляють поживні речовини та кисень до всіх клітин організму і виводять залишкові продукти обміну у вени, то лімфатична система людини також задіяна в обміні речовин. Погана робота діафрагми призводить до ускладнення руху лімфи та подальшого її застою, що безпосередньо веде до порушення метаболічних процесів в організмі.

Встановлено, що через печінку тиск діафрагми передається на кишечник, тим самим покращуючи його роботу, а також на жовчний міхур, що полегшує вихід жовчі в протоки. Відсутність застою жовчі допомагає зменшити можливість утворення каменів. Лікарі часто у зв'язку саме з цим рекомендують людям, що страждають запаленням жовчного міхура, а також тим, у кого він видалений, водні вправи і плавання.

Нерідко захворювання хребта та суглобів є перешкодою для занять фізичною культурою, оскільки стрибки, біг, вправи з обтяженням, різкі рухи, які присутні у багатьох видах оздоровчої гімнастики, дають велике навантаження на міжхребетні диски та сприяють їх дегенеративним змінам. Однак у воді навантаження на хребет та суглоби практично відсутнє, тому при таких захворюваннях можна використовувати плавання та різні види водних вправ. При плаванні знімається осьове навантаження з хребта, при цьому м'язи

спини рівномірно розвиваються з обох боків, утворюючи м'язовий корсет. Як демонструє практика, при захворювання, що пов'язані з деформацією хребта, заняття у воді допомагають позбавитися цього дефекту.

Під впливом водних занять та процедур реакція нервової системи набагато перевищує за рівнем ті ж самі реакції, що виникають у нормальних умовах на суші. Якість нервових зв'язків, що утворюються при цьому, визначається силою та кількістю рухових, температурних та багатьох інших особливостей впливу водного середовища. Вода, діючи на рецептори шкіри, сприяє підвищенню електричної активності нейронів, змушуючи на повну силу працювати всі нервові клітини [50].

Водні вправи чинять врівноважуючий вплив на вегетативну нервову систему, поступово та плавно підвищуючи активність її парасимпатичного відділу та знижуючи тонус симпатичного. Це допомагає нормалізувати діяльність дихальної (збільшується активність дихального центру, що веде до поглиблення дихання, значного збагачення крові киснем та покращення кровопостачання тканини легень), кровоносної (нормалізується серцевий ритм, зменшується периферичний опір судин, знижується артеріальний тиск) та травної систем.

Фізичні вправи у воді та плавання тонізують і сприяють оптимізації регулюючої функції центральної нервової системи, врівноважують діяльність збудливих і гальмівних центрів, покращують кровопостачання мозку. Тому водні заняття часто рекомендують людям із функціональними порушеннями діяльності ЦНС, в тому числі і для лікування всіх видів неврозів [66]. Заняття у водному середовищі сприятливо впливають на стан психіки, тим самим формуючи позитивний емоційний фон. Крім того, особливі властивості води дозволяють зняти перевтому, покращити сон, настрій, пам'ять та увагу, допомагають при нервовому перенапруженні та депресії [50].

Отже, вплив оздоровчого плавання та вправ у воді на організм людини надзвичайно сприятливий та різноманітний, дані види фізичної активності допомагають людині стати здоровою та сильною. Під час плавання багато

фізіологічних процесів в організмі людини проходять інакше, аніж на суші, оскільки її тіло потрапляє в незвичні умови, які визначаються перебуванням у стані «невагомості». В такому стані діють подразники на кору головного мозку, які утворилися при нових умовах, з боку серця, опорно-рухового апарату та інших органів. Відповідні реакції головного мозку також видозмінюються. В результаті систематичних занять у воді покращується здоров'я тих, хто займається, людина стає енергійніше та бадьоріше, оскільки до головного мозку надходять подразники, що активізують діяльність усієї нервової системи.

Таким чином, під впливом водних вправ і плавання відбувається вдосконалення та перебудова всього організму людини, а головне – покращується діяльність центральної нервової системи. Вправи у воді здатні покращити фізичне самопочуття. Вплив різноманітних властивостей води надає великі можливості тілу людини. Послаблення впливу гравітації та водночас посилення впливу виштовхувальної сили забезпечують опору тілу та пом'якшують негативний вплив на опорно-руховий апарат. Це перетворює заняття у воді на найбільш зручний та безпечний вид оздоровчої фізичної діяльності особливо для груп з підвищеним ризиком, до яких відносять людей, які страждають від ожиріння, літніх, вагітних, фізично ослаблених та людей з обмеженими можливостями. З іншого боку, додатковий опір, який вода чинить всім виконуваним рухам, призводить до збільшення їх інтенсивності. Тому різноманітні вправи у воді є ефективним засобом фізичної підготовки як для звичайних людей, так і спортсменів.

Висновки до розділу 1

В першому розділі було проаналізовано теоретичні аспекти психічного здоров'я та психоемоційного стану людини, в тому числі і під час фізичних навантажень, а також засоби і методи його регуляції. В умовах сучасного життя врахування саме психічної складової здоров'я є вкрай важливим завданням. Тому під час оздоровчо-тренувального процесу разом з вдосконаленням

фізичних якостей має бути приділена належна увага покращенню психоемоційного стану тих, хто займається.

Серед різноманітних видів оздоровчого фітнесу окремої уваги заслуговує аквааеробіка. Заняття у водному середовищі мають низку переваг, що безпосередньо обумовлюється особливими властивостями води: розвантажують опорно-руховий апарат, сприяють удосконаленню системи терморегуляції, активізації обмінних процесів, покращенню діяльності кардіореспіраторної та центральної нервової систем. Крім того, вода відома своїми антистресовими та розслаблюючими властивостями, що сприятливо впливає на психіку, створюючи позитивний емоційний фон. Це в свою чергу дозволяє зняти перевтому, покращити настрій, сон, увагу та пам'ять, допомагає при нервовому перенапруженні та депресії.

При вирішенні завдань, які стосуються здоров'я жінок, має обов'язково враховуватись аспект їх потребової та емоційної сфер. Кожна жінка має певний комплекс потреб, які формують її спонукальні мотиви до різних форм активності. Ступінь задоволення цих потреб визначає характер емоцій, які вона переживає, що позначається на загальному психоемоційному стані. Тому, на наш погляд, вирішення проблеми покращення психічної складової здоров'я жінок полягає в урахуванні особливостей їх потребово-мотиваційної сфери, задоволення якої може створити сприятливий психоемоційний фон та сприяти їх подальшій зацікавленості в заняттях.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань дослідження використовувались наступні методи:

- 1) аналіз науково-методичної літератури;
- 2) соціологічні методи (анкетування);
- 3) антропометричні методи;
- 4) фізіологічні методи (методи оцінки стану серцево-судинної системи);
- 5) педагогічні методи (педагогічне тестування, педагогічне спостереження, педагогічний експеримент);
- 6) методи визначення психоемоційного стану;
- 7) методи математичної статистики.

2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури

Було проаналізовано широкий спектр вітчизняної та іноземної літератури з аквааеробіки та водних видів спорту, психології та психорегуляції, що дозволило визначити підходи до дослідження, а також сприяло уточненню мети та завдань дослідження, визначенню об'єкта та предмета дослідження.

Аналіз літературних джерел дозволив: визначити актуальність проведення даного дослідження; обрати теоретичну основу для розробки програми занять аквааеробікою з використанням методик психорегуляції. Вивчення літературних даних передбачало аналіз та узагальнення спеціальної загальнонаукової вітчизняної та іноземної літератури, в якій висвітлено порушені в даній роботі питання. Особлива увага приділялась вивченню аспектів регуляції психоемоційного стану тих, хто займається, в процесі

оздоровчих тренувань, а також впливу занять в умовах водного середовища на організм людини.

Аналіз науково-методичної літератури проводився з метою пошуку найбільш ефективних засобів та методів регуляції психоемоційного стану з перспективою їх впровадження та застосування в оздоровчо-тренувальному процесі з аквааеробіки.

В ході роботи було проаналізовано 89 джерел науково-методичної літератури.

2.1.2 Соціологічні методи дослідження

Для розв'язання завдань дослідження серед соціологічних методів було обрано метод анкетування.

Анкета була розроблена з метою виявлення причин, які спонукали жінок другого періоду зрілого віку до занять аквааеробікою. Крім того, анкета містила питання щодо їх способу життя, спадковості та суб'єктивної оцінки здоров'я. При суб'єктивному оцінюванні жінкам пропонувалося оцінити стан різних систем їх організму за 10-бальною шкалою: головний біль, порушення сну, болі в серці, шлунку, печінці, нирках, стан опорно-рухової системи, частота простудних захворювань, активність, самопочуття, настрої та стан здоров'я загалом. Мінімальна (нульова) оцінка характеризувала найгірший стан, максимальна (10 балів) – добрий стан та відсутність розладів (додаток А).

2.1.3 Антропометричні методи дослідження

З метою відстеження динаміки змін в організмі жінок другого періоду зрілого віку під впливом занять з аквааеробіки застосовувався метод антропометрії. В процесі дослідження було проведено вимірювання таких антропометричних показників, як: довжина та маса тіла, обхваті розміри тіла

(обхвати талії, живота та стегон). Вимірювання даних показників здійснювалось у відповідності до загальноприйнятих методик.

2.1.4 Фізіологічні методи дослідження

В якості показників, які характеризують адаптаційну діяльність цілісного організму, а відповідно і рівень об'єктивного здоров'я, деякі автори пропонують використовувати показники стану серцево-судинної системи [7,78]. З огляду не це у нашому дослідженні оцінка рівня об'єктивного здоров'я здійснювалася на підставі показників «подвійного добутку» – індекса Робінсона (IP) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) у стані спокою, які характеризують ступінь адаптації серцево-судинної системи.

ЧСС вважається одним із найбільш доступних та інформативних методів оцінки функціонального стану серцево-судинної системи. При цьому оцінка адаптаційних можливостей серцево-судинної системи ЧСС на рівні 60-74 уд/хв визначається як нормокардія, від 75 до 90 уд/хв – як помірна тахікардія, більше 90 уд/хв – як виражена тахікардія [7].

Індекс Робінсона (IP) – інтегративний показник, що характеризує напругу серцевого м'яза. Він вважається достатньо інформативним та широко використовується як для оцінки функціональних можливостей серцево-судинної системи, так і в клінічній кардіології.

IP розраховувався за такою формулою:

$$IP = AT_{\text{сист}} \times ЧСС_{\text{спокою}} / 100, \quad (2.1),$$

де:

$AT_{\text{сист}}$ – систолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.),

$ЧСС_{\text{спокою}}$ – частота серцевих скорочень у стані спокою за 1 хв.

У здорових осіб показник IP у середньому становить 70-80 ум.од. При цьому в осіб із більш економічним режимом функціонування серця, що забезпечує адекватну гемодинаміку при менших енерговитратах, він менше – до 60 ум.од.

У нашому дослідженні жінок другого періоду зрілого віку з ІР більше 90 ум.од. та ЧСС у спокої більше 80 уд/хв ми відносили до групи з низьким ступенем адаптації, осіб з ІР від 70 до 90 ум.од. і ЧСС від 70 до 80 уд/хв – до проміжної групи, а осіб з ІР та ЧСС нижче 70 – до групи із задовільним ступенем адаптації.

2.1.5 Педагогічні методи дослідження

Під час нашого дослідження використовувались такі педагогічні методи: педагогічне тестування, педагогічне спостереження та педагогічний експеримент.

Метод педагогічного тестування дозволив визначити рівень розвитку фізичних якостей та їх зміни в процесі систематичних занять аквааеробікою.

Тест на визначення рівня гнучкості. Гнучкість хребта визначалася за рівнем нахилу тулуба вперед.

Досліджуваний у положенні сидячи на підлозі, нахиляється максимально вперед, не згинаючи ноги в колінах (коліна утримуються партнером, заважаючи їх згинанню). Гнучкість хребта фіксувалася за допомогою лінійки на відстані в сантиметрах від нульової позначки до третього пальця руки і оцінювалася за 3-бальною шкалою (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Оцінка рухливості хребта [30]

Гнучкість	Характеристика
Хороша (3 бали)	Пальці рук тестованого дотягуються за контрольну лінію
Середня (2 бали)	Пальці рук тестованого дотягуються до контрольної лінії
Задовільна (погана) (1 бал)	Пальці рук тестованого не дотягуються до контрольної лінії

Оцінка рівня силової витривалості м'язів живота. Оцінка витривалості м'язів живота проводилась за допомогою тесту: «Піднімання тулуба в сід».

Даний тест проводився таким чином: випробуваний сідав на гімнастичний мат і приймав положення лежачи на спині, руки повинні бути зчеплені за головою, ноги під кутом 90° зігнуті в колінних суглобах. Помічник був поруч зі стопами і тримав їх руками, притискаючи до підлоги. За командою «Старт!» включався секундомір, і випробуваний починав згинати тулуб до моменту торкання ліктями колін. При згинанні тулуба лікті виводилися вперед, але кисті залишалися зчеплені за головою. Виконувався підрахунок підйомів за 60 с. Норми для однохвилинного тесту «піднімання тулуба» представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Оцінка рівня силової витривалості жінок [30]

Оцінка	Рівень	Бали	Вік			
			36-40	41-45	46-50	51-55
			Нормативи, разів за 1 хв			
Відмінно	Високий	5	40	25	23	20
Добре	Достатній	4	35	23	20	18
Задовільно	Середній	3	30	20	18	15
Незадовільно	Низький	2	25	18	15	12

Педагогічне спостереження проводилося з метою аналізу програми проведення занять аквааеробікою та ефективного підбору вправ. Спостереження здійснювалось безпосередньо на заняттях. Також реєструвався час заняття, дозування вправ та моторна щільність. Аналізувався зміст комплексів і підбір вправ. Отримані дані в ході педагогічного спостереження були враховані при розробці програми занять з аквааеробіки для жінок другого періоду зрілого віку.

Педагогічний експеримент був спрямований на формування рухових навичок, розвиток фізичних здібностей, поліпшення фізичних кондицій та

психоемоційного стану тих, хто займається аквааеробікою. Для цього було розроблено авторську програму проведення оздоровчо-тренувальних занять аквааеробікою з використанням методик регуляції психоемоційного стану. Ефективність цієї програми визначалася на експериментальній групі досліджуваних у кількості 10 осіб. Загалом 20 жінок другого періоду зрілого віку взяли участь у даному дослідженні.

2.1.6 Методи оцінки психоемоційного стану

Оцінювання психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку відбувалося за використанням наступних методик [37]:

1. Методика САН. Ця методика являє собою опитувальник, який використовують для виявлення актуального психоемоційного стану шляхом оперативної оцінки трьох його основних складових: самопочуття, активності та настрою. В даному опитувальнику міститься 30 пар протилежних характеристик, за якими досліджуваному треба оцінити свій стан. Кожна з пар являє собою шкалу, на якій досліджуваний позначає ступінь актуалізації та відповідності тієї чи іншої характеристики власного стану. Найбільша вираженість негативного ступеню пари оцінюється в 1 бал, а найбільша вираженість позитивного ступеню – в 7 балів. При підрахунку отримані бали відповідно до ключа групуються у три категорії та визначається загальна кількість балів за кожною з них. Отриманий результат в кожній з трьох категорій ділиться на 10. Середнє значення шкали дорівнює 4 балам. Оцінки, що перевищують 4 бали, відображають позитивний стан досліджуваного, а оцінки нижче 4 говорять про протилежне (додаток Б).

2. Шкала самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна. На думку фахівців, цей тест є достатньо інформативним та надійним способом, щоб оцінити рівень тривожності у даний час (реактивна тривожність) та рівень особистісної тривожності (яка є стійкою характеристикою людини). Вона була розроблена американським дослідником Ч.Д. Спілбергером та адаптована Ю.Л.

Ханінім. Показники особистісної тривожності характеризують стійку схильність суб'єктивно сприймати певне коло ситуацій як загрозливі та станом тривоги реагувати на такі ситуації. Реактивна тривожність характеризується нервозністю, занепокоєнням та напругою. Надто висока реактивна тривожність веде до порушення уваги, а іноді і до порушення тонкої координації. Надто висока особистісна тривожність прямо взаємопов'язана з наявністю невротичних конфліктів з невротичними та емоційними зривами, а також з психосоматичними захворюваннями. Але від самого початку тривожність не є негативною рисою, оскільки певний рівень тривожності – це обов'язкова та цілком природна особливість кожної активної особистості. Тому існує поняття оптимального індивідуального рівня корисної тривоги.

Шкала самооцінки містить дві частини, які оцінюють окремо реактивну (або ситуативну) тривожність (питання 1-20) та особистісну тривожність (питання 21-40). При інтерпретації результат оцінюється так: до 30 балів особистість характеризується низькою тривожністю, 31-45 балів – помірною тривожністю, 46 і більше балів – високою тривожністю.

Для визначення динаміки стану тривоги та інтенсивності його прояву (наприклад, до курсу занять аутотренінгом та після) можна використовувати тільки першу половину даної шкали (додаток В).

3. Колірний тест Люшера. Анкетування дозволяє оцінити суб'єктивне здоров'я жінок, але передбачає усвідомленість тих характеристик, які оцінюються. Для визначення неусвідомленої психоемоційної дезадаптації під час нашого дослідження використовувався колірний тест Люшера.

Вченими було виявлено, що вплив того чи іншого кольору викликає в людини певний фізіологічний та психологічний ефекти. Відомий певний взаємозв'язок між кольором, якому людина надає перевагу, і певним її функціональним станом. Відбиваючи індивідуальні риси особистості, колір сприймається, як і будь-яке інше явище навколишнього світу, через призму психіки.

Оскільки емоційне відношення до кольору може характеризуватись або його перевагою (вибором), або відмовою (негативною оцінкою), або ж байдужістю, то даний фактор широко використовується в психодіагностиці. Найбільш відомим є колірний тест М. Люшера, автор якого виходив із припущення, що вибір того чи іншого кольору віддзеркалює спрямованість досліджуваного до певної діяльності, найбільш стійкі риси особистості, функціональний стан та настрої [37].

Тест Люшера відрізняється досить жорстким та регламентованим алгоритмом, запропонованим автором для інтерпретації отриманого результату. Іншою важливою особливістю тесту є короткочасність його проведення.

Короткий тест Люшера складається з 8 локально забарвлених карток 4 основних та 4 додаткових кольорів, що мають певні характеристики.

До основних кольорів належать:

- 1) синій – характеризує спокій та задоволеність;
- 2) зелений – віддзеркалює наполегливість, почуття впевненості, іноді впертість;
- 3) червоний – відображає збудження, силу вольового зусилля, наступальні тенденції, іноді агресивність;
- 4) жовтий – характеризує активність, веселість, прагнення до спілкування, експансивність.

В спектр додаткових кольорів входять: фіолетовий, коричневий, чорний та сірий. Вони віддзеркалюють негативні тенденції в стані людини: переживання страху, тривожність, стрес, прикrostі тощо. Окрім цієї характеристики, значення представлених кольорів більшою мірою оцінюється їх можливим розташуванням, розподілом за позиціями.

Тест полягає в тому, що випробуваному пропонується 8 карток, кольори яких він розташовує в порядку переваги: на першому місці – колір, який подобається найбільше, на другому – наступний колір за привабливістю і т.д., з таким розрахунком, що на восьмому місці знаходиться колір, який викликає

найменшу симпатію (або максимальну антипатію). Через 2-3 хвилини йому пропонується виконати ту ж саму процедуру, при цьому він повинен обирати кольори, як наче вперше. Результат першого вибору характеризує бажаний стан, а другого – дійсний.

Оцінка розташування основних кольорів є одним зі способів трактування результатів вибору. При оптимальному стані людини з відсутністю ознак конфлікту вони мають займати переважно перші п'ять позицій. Якщо основні кольори займають позицію далі п'ятої, то властивості та потреби, які ними характеризуються, не задоволені, а отже, присутні ознаки негативного стану та тривожності.

На думку Люшера, основні кольори пов'язані з такими психологічними потребами:

- 1) синій – символізує потребу у відчутті спокою, стійкої позитивної прихильності та задоволення;
- 2) зелений – відображає потребу у самоствердженні;
- 3) червоний – показує потреби в активних діях та досягненні успіху;
- 4) жовтий – характеризує потреби в мріях, сподіваннях на краще та перспективах.

Якщо основні кольори знаходяться в діапазоні від 6-ї до 8-ї позиції, то це свідчить про наявність якого-небудь конфлікту, незадоволеності через несприятливі обставини, тривожності. Як джерело стресу може розглядатися колір, який викликав найбільшу антипатію.

Оцінку працездатності можна дати, виходячи з наступних положень:

- 1) зелений колір свідчить про ступінь вольових проявів, які забезпечують підтримку працездатності в складних умовах діяльності;
- 2) червоний колір говорить про силу волі, прагнення до досягнення мети;
- 3) жовтий колір демонструє надії на успіх, інстинктивне задоволення від участі в діяльності та подальшу орієнтацію на роботу.

У випадку, коли ці три кольори розташовуються всі разом на початку ряду, то можлива більш висока працездатність та більш продуктивна діяльність

загалом. Якщо ж вони розташовані у другій частині ряду і при цьому розділені один від одного, то надається менш сприятлива оцінка.

Показники тривоги визначаються за такими критеріями:

а) якщо основний колір (або кілька кольорів) стоїть після п'ятої позиції (6-8);

б) якщо додатковий колір стоїть у першому ряду, а саме на першій, другій чи третій позиції.

При наявності показників тривоги її інтенсивність визначають за позиціями, які займають основні та додаткові кольори відносно одне одного. Якщо основний колір розміщений на 6-му місці, то чинник, що викликає тривогу, вважається відносно слабким, якщо в 7-ій позиції – середнім, якщо в 8-ій – сильним. Таким чином, чим далі позиція, на якій знаходиться основний колір, тим більша інтенсивність тривоги та сильнішим є негативний настрій.

2.1.7 Методи математичної статистики

Для оцінки достовірності спостережуваних відмінностей було використано традиційні методи математичної статистики: обчислення середнього арифметичного показника групи, стандартної помилки середньої величини та величини t-критерію. Достовірність відмінностей параметричних показників визначалася за допомогою критерію Стюдента, достовірність відмінностей відсоткових показників визначалася за допомогою критерію Фішера.

2.2 Організація дослідження

Дослідження проводилося на базі басейну фітнес-клубу «SportLife Поділ», в ньому взяли участь 20 жінок другого періоду зрілого віку. Дослідження проводилось в чотири етапи відповідно до поставлених завдань.

На першому етапі дослідження (січень-квітень 2021 р.) було проведено аналіз та узагальнення науково-методичної літератури, здійснювалась постановка мети та завдань, визначались об'єкт та предмет, а також обирались найбільш доцільні методи дослідження.

На другому етапі (травень 2021 р.) було організовано анкетування та обстеження жінок другого періоду зрілого віку, які займаються аквааеробікою, у вигляді рухових тестів для визначення рівня розвитку фізичних якостей, фізичних кондицій, психологічного самопочуття. Дані процедури здійснювались до початку занять аквааеробікою, через 1 місяць, через 2 місяці та через 3 місяці після початку занять. На основі отриманих даних аналізувалася динаміка показників.

Третій етап (червень-серпень 2021 р.) був присвячений розробці програми занять аквааеробікою з використанням методик психорегуляції емоційного стану для жінок другого періоду зрілого віку та проведено педагогічний експеримент, який тривав протягом трьох місяців. Всіх досліджуваних було поділено на дві групи контрольну та експериментальну по 10 осіб в кожній. Заняття в кожній групі проходили у глибокому басейні, 3 рази на тиждень по 45 хвилин з безперервним музичним супроводом, при температурі води 26-28°C. Контрольна та експериментальна групи займалися за однаковою програмою в частині аквааеробіки, але в експериментальній групі перед заняттям у воді ще протягом 10 хвилин проводилося заняття на суші, що включало в себе спеціальні вправи з елементами аутогенного та психом'язового тренінгу.

Істотною характеристикою всіх вправ, включених у програму, є постійне самоусвідомлення та рефлексія у процесі їх виконання. Навички усвідомлення набуваються повільно і вимагають значного часу, тому робота в цьому напрямі проводилася протягом усього курсу занять.

Четвертий етап (вересень-листопад 2021 р.) передбачав аналіз та узагальнення отриманих результатів протягом всіх етапів дослідження, формування висновків та загальне оформлення кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 3
ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАНЯТЬ АКВААЕРОБІКОЮ ЗА
ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОЮ ПРОГРАМОЮ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ
СТАН ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ

3.1 Характеристика спонукальних мотивів до занять аквааеробікою жінок другого періоду зрілого віку

Перед початком дослідження жінкам була запропонована анкета, в якій їм пропонувалося відзначити причини, що спонукали їх до занять аквааеробікою. При цьому вони вказували свою основну причину та давали рейтингову оцінку одночасно декільком іншим спонукальним мотивам. Отримані результати виглядають наступним чином (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Рейтинг спонукальних мотивів до занять аквааеробікою жінок другого періоду зрілого віку (n=20)

Місце	Мотив	%
1	Покращення стану здоров'я	30
2	Зниження маси тіла	25
3	Можливість спілкування	20
4	Корекція фігури	10
5	Розвиток та підтримка фізичних якостей	10
6	Зміна роду діяльності	5

Аналіз даних показує, що у жінок другого періоду зрілого віку головним спонукальним мотивом до занять виступає бажання покращити стан здоров'я: 30% жінок обрали цей мотив як основний. На другому місці йде бажання знизити масу тіла: 25% жінок вказали, що даний мотив для них є визначальним. Третє місце в рейтингу належить мотиву «можливості спілкування», його обрали головним 20% жінок. Далі йдуть мотиви «корекція фігури» і «розвиток

та підтримка фізичних якостей», їх важливість особисто для себе відмітили по 10% жінок, але оскільки бажання скорегувати фігуру серед іншої частини опитуваних було більш пріоритетнішим, аніж розвиток фізичних якостей, то відповідно саме мотив «корекція фігури» посів вище місце – четверте. І найбільш незначним виявився мотив «зміни роду діяльності», він домінує лише у 5% жінок даного віку, тому в рейтингу він розміщений на останньому місці.

Таким чином, враховуючи лідируючі позиції рейтингу спонукальних мотивів, можемо відмітити, що серед жінок другого періоду зрілого віку є досить актуальними потреби в збереженні власного здоров'я, що в свою чергу є закономірним явищем, оскільки з віком здоров'я та самопочуття погіршуються, та потреби в спілкуванні. Зокрема, потреби в спілкуванні жінки задовольняють, відвідуючи групові заняття з аквааеробіки, і тим самим розширюючи свої контакти.

Отже, при побудові оздоровчо-тренувального процесу з аквааеробіки для жінок другого періоду зрілого віку слід враховувати їх потреби та інтереси, які полягають у важливості збереження здоров'я та підтримці хорошої фізичної форми, покращенні свого зовнішнього вигляду, розширенні контактів та спілкуванні.

3.2 Зміст та основні положення програми занять аквааеробікою з використанням методик психорегуляції емоційного стану для жінок другого періоду зрілого віку

Суть нашої програми занять для жінок другого періоду зрілого віку полягала в тому, що перед заняттями аквааеробікою спочатку проводилися заняття на суші, які ґрунтувалися на використанні методик регуляції психоемоційного стану. Заняття проводилися тричі на тиждень. Тривалість частини заняття з психорегулюючого тренінгу складає 10 хвилин, тривалість заняття з аквааеробіки – 45 хвилин. Загальна тривалість впровадження

експериментальної методики складала 3 місяці, заняття проводилися кваліфікованим тренером.

Методика психорегулюючих тренувань спрямована на оптимізацію загального та психічного стану. Якщо психорегуляція проводиться терпляче та регулярно, то через кілька місяців занять має з'явитися позитивний ефект. Застосування психорегулюючих тренувань вирішує такі завдання: знижує зайве збудження, активізує процес відновлення, полегшує засинання, забезпечує оптимальний психічний стан, попереджає настання втоми, забезпечує відновлення, дає правильне поняття про виконання спеціальних рухів.

Ми запропонували в оздоровчо-тренувальний процес з аквааеробіки жінок другого періоду зрілого віку включити спеціальні вправи з елементами аутогенного тренування за методикою Шульц, а також психом'язове тренування за методикою Алексєєва. Двічі на тиждень жінки виконували аутогенне тренування за методикою Шульц та один раз на тиждень психом'язове тренування за методикою Алексєєва. Перед початком тренування жінкам у доступній формі необхідно пояснити фізіологічні аспекти методу та очікуваний ефект.

Важливим моментом занять є знаходження тих, хто займається, в зручному положенні та виключення при цьому м'язової напруги. Заняття проводиться або сидячи, або напівсидячи, або лежачи. Щоб сприяти більшій зосередженості, радиться проводити тренування із заплющеними очима.

До класичної методики Шульца включені такі вправи:

1. Вправа для викликання відчуття важкості. Слід повторювати 3-4 рази: «Моя права рука дуже важка», – проговорити по 5-6 повторень і «Я повністю спокійна» – 1 повторення. Вправа буде засвоєна тоді, коли відчуття з'являється легко та проявляється достатньо виразно.

2. Вправа для викликання відчуття тепла. Спочатку необхідно викликати відчуття важкості, після цієї дії 5-6 разів повторити: «Моя права рука тепла» та 1 раз: «Я повністю спокійна».

3. Управа для управління серцевим ритмом. Потрібно подумки навчитися рахувати АТ та ЧСС. Для початку – в положенні лежачи, необхідно прикласти праву руку до серця або до лівої променевої артерії. Під лікоть підкласти скручений у валик рушник. Спочатку викликається відчуття важкості і тепла, після чого 5-6 разів повторюється: «Серце б'ється рівно та спокійно» і 1 раз: «Я повністю спокійна».

4. Управа для оволодіння регуляцією дихального ритму. Попередньо треба виконати з 1-ї по 3-ю вправи, далі 5-6 разів повторити: «Дихаю рівно та спокійно» і 1 раз «Я повністю спокійна».

5. Управа для викликання тепла в епігастральній області. Спочатку виконують 1-4 вправи, далі 5-6 разів необхідно сказати: «Моє сонячне сплетіння випромінює тепло» та 1 раз: «Я повністю спокійна».

6. Управа для викликання відчуття прохолоди в зоні чола. Спочатку виконуються 1-5 вправи, потім 5-6 разів слід повторити: «Мій лоб прохолодний» та 1 раз: «Я повністю спокійна».

Наприкінці даного заняття – в ліктьовому суглобі згинають та розгинають руки по 3 рази, супроводжуючи цей процес глибоким видихом і широко розплющуючи очі.

Психом'язове тренування за Алексєєвим.

В основі психом'язового тренування містяться чотири компоненти: «вміти розслабляти м'язи», «здатність не напружуватись психічно, але з граничною силою уяви, максимально яскраво уявляти зміст формул самонавіювання», «вміти втримувати увагу на конкретно обраному об'єкті», «вміти чинити вплив на себе необхідними словесними формулюваннями».

На вдиху необхідно повільно напружити м'язи (не максимально, а лише на половину), одночасно з цим навіюється: «мої руки», потім затримується дихання та утримується м'язове напруження протягом 2-3 с, після цього воно швидко знімається і разом зі спокійним видихом вимовляється: «роз-сла-блю-ють-ся...». Знову робиться легкий вдих, при якому подумки промовляється сполучник «і...», а на сповільненому спокійному видиху навіюється – «те-плі-

ють...». Після кількох занять за допомогою наступної формули самонавіювання досягається необхідний стан: «Мої руки повністю розслаблені, теплі та нерухомі». Дихальні вправи та напруження м'язів в кінцевому варіанті цієї модифікації не використовують. Після того, як досліджувані освоїли вправи для рук, їм треба переходити до освоєння вправ для м'язів ніг, тулуба, шиї та обличчя. Виконання всіх вправ будується за тим самим принципом.

Зібрані формули психом'язового тренування виглядають наступним чином:

1. Я розслабляюсь і заспокоююсь...
2. Мої руки розслабляються і тепліють...
3. Мої руки повністю розслаблені... теплі... нерухомі...
4. Мої ноги розслабляються і тепліють...
5. Мої ноги повністю розслаблені... теплі... нерухомі...
6. Мій тулуб розслабляється і тепліє...
7. Мій тулуб повністю розслаблений... теплий... нерухомий...
8. Моя шия розслабляється і тепліє...
9. Моя шия повністю розслаблена... тепла... нерухома...
10. Моє обличчя розслаблюється та тепліє...
11. Моє обличчя повністю розслаблене... тепле... нерухоме...
12. Стан приємного (глибокого та повного) спокою.

Кожну нову вправу методики для засвоєння необхідно повторювати протягом двох тижнів. На освоєння всієї методики передбачається 12 тижнів.

Використання даних методик в якості засобу регулювання психоемоційного стану мають знизити рівень тривоги та покращити показники активності, настрою та самопочуття у жінок другого зрілого віку.

Після виконання психорегулюючого тренінгу розпочиналося безпосередньо заняття з аквааеробіки на глибокій воді, яке складалося з підготовчої, основної та заключної частин. Загальна тривалість заняття у воді складала 45 хвилин.

Під час підготовчої частини (розминки) використовувались вправи з невеликою амплітудою рухів, щоб розігріти і підготувати основні м'язові групи до роботи, та вправи на розтягування.

Основна частина тривала 30 хвилин і складалася з аеробного та силового блоку. Аеробна робота виконувалася з помірною інтенсивністю з метою розвитку загальної витривалості та зниження маси тіла. Комплекс силових вправ мав глобальний характер і включав опрацювання всіх основних груп м'язів з метою розвитку силових якостей та формування пропорцій тіла. Для урізноманітнення комплексу вправ в силовому блоці використовувалось додаткове обладнання: аквагантелі, нудлси та акваджогери. В кінці основної частини заняття приділялася увага вправам для м'язів черевного пресу та спини, м'язів-стабілізаторів хребта з метою зміцнення «м'язового корсету». В процесі заняття дотримувався диференційований підхід у поступовому підвищенні фізичних навантажень. Найбільш навантажувальні частини заняття характеризувалися ЧСС до 140 уд/хв..

Заключна частина містила вправи на розтягування та релаксацію, а також дихальні вправи.

Загалом побудова занять у воді була традиційною.

3.3 Вплив занять аквааеробікою на об'єктивні та суб'єктивні показники здоров'я жінок другого періоду зрілого віку

На початку нашого дослідження був здійснений аналіз показників ЧСС та Індексу Робінсона (далі – ІР), що дозволило розділити жінок на три групи в залежності від рівня їх об'єктивного здоров'я (за станом серцево-судинної системи). До групи з низьким ступенем адаптації увійшли 8 жінок, до проміжної групи – 6, до групи із задовільною адаптацією також потрапило 6 осіб (рис. 3.1).

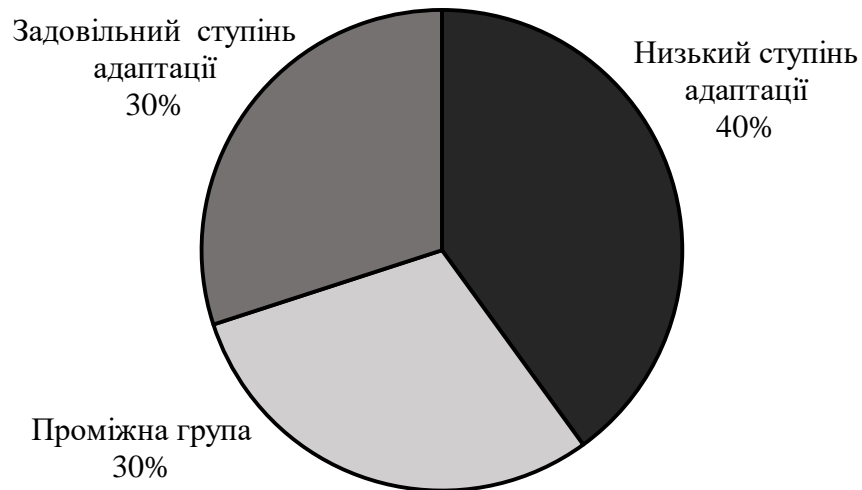


Рис. 3.1. Розподіл жінок другого періоду зрілого віку по групах з різним ступенем адаптації на початку дослідження, % (n=20)

В групі з низьким ступенем адаптації ЧСС в середньому складало $85,9 \pm 1,5$ уд/хв; ІР $96,3 \pm 2,1$ ум.од., в проміжній групі – ЧСС $76,3 \pm 2,5$ уд/хв; ІР $80,9 \pm 3,6$ ум.од., у групі із задовільною адаптацією – ЧСС $62,1 \pm 1,7$ уд/хв; ІР $65,2 \pm 3,3$ ум.од. (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Середні показники стану серцево-судинної системи в спокої в різних групах на початку дослідження, $X \pm S$ (n=20)

Група	ЧСС (уд/хв)	ІР (ум.од)
З низьким ступенем адаптації (8 жінок)	$85,9 \pm 1,5$	$96,3 \pm 2,1$
Проміжна (6 жінок)	$76,3 \pm 2,5$	$80,9 \pm 3,6$
Із задовільним ступенем адаптації (6 жінок)	$62,1 \pm 1,7$	$65,2 \pm 3,3$

Проаналізувавши анкети та результати опитувальників жінок з кожної груп, ми виявили, що досліджувані перших двох груп мають різні скарги, які пов'язані з вегетативними розладами та психоемоційною дезадаптацією. Жінки

з третьої групи також мають певні скарги на предмет вегетативних розладів, але їх кількість значно менша. Шкали самооцінки в першій групі жінок показали, що лише в частини досліджуваних низький рівень суб'єктивного здоров'я та самопочуття, інша ж частина оцінила своє здоров'я на середньому та високому рівнях. Жінки проміжної групи та групи із задовільною адаптацією оцінили своє здоров'я та самопочуття на достатньо високому рівні, проте деяка частина досліджуваних даних груп все ж таки дала низьку оцінку своєму здоров'ю.

Дані з розподілом високих, середніх і низьких значень самооцінки здоров'я та самопочуття серед жінок з різним рівнем об'єктивного здоров'я представлені на рисунку 3.2.

Серед жінок в групі з низьким ступенем адаптації четверо осіб (50%) з восьми оцінили своє здоров'я як низьке, троє (37,5%) – як середнє, та одна особа (12,5%) – як високе.

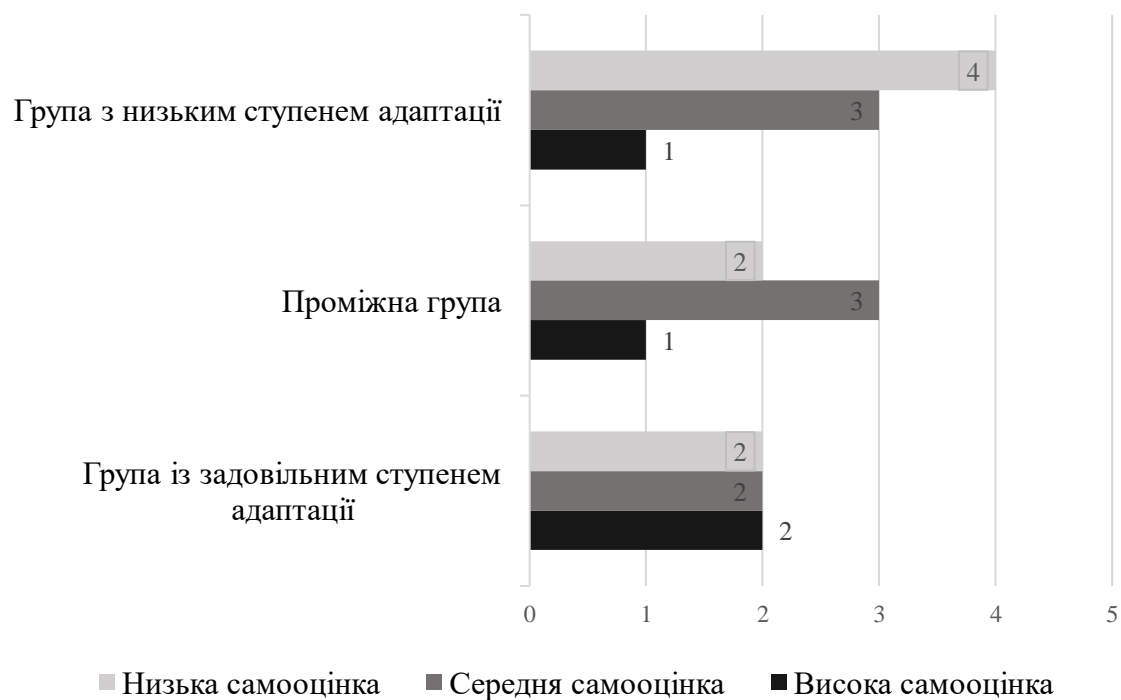


Рис. 3.2. Розподіл жінок з різним рівнем самооцінки здоров'я та самопочуття на початку дослідження (n=20)

В групі з проміжним рівнем адаптації з шести осіб двоє (33,3%) оцінили своє здоров'я як низьке, троє (50%) – як середнє, та одна особа (16,7%) – як високе. В групі із задовільним ступенем адаптації, яка налічує 6 жінок, самооцінки здоров'я розподілилися рівномірно: по двоє осіб (33,3%) оцінили своє здоров'я як низьке, середнє та високе.

Отже, порівнюючи суб'єктивні оцінки здоров'я з його об'єктивним станом у жінок другого періоду зрілого віку, ми можемо спостерігати невідповідність цих показників у частини жінок. Особливо звертає на себе увагу той факт, що частина жінок з достатньо хорошою адаптацією низько оцінюють стан свого здоров'я.

Дослідження психоемоційного стану жінок другого зрілого віку за допомогою колірної методики показало, що лише в 7 жінок з 20 визначається оптимальний психоемоційний стан, з них 2 жінки мають об'єктивно низький рівень здоров'я, 2 – проміжний, та 3 – задовільний рівень. У всіх інших жінок, серед яких є половина досліджуваних групи з об'єктивно задовільним рівнем здоров'я, спостерігається негативний стан, наявність відчуття незадоволеності та тривоги (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Психоемоційний стан жінок другого періоду зрілого віку з різним рівнем об'єктивного здоров'я на початку дослідження, % (n=20)

Групи	Оптимальний стан, відсутність показників тривоги	Негативний стан, відчуття незадоволеності, наявність показників тривоги
З низьким ступенем адаптації (8 осіб)	25	75
Проміжна (6 осіб)	33,3	66,7
Із задовільним ступенем адаптації (6 осіб)	50	50

В кінці дослідження, через 3 місяці занять аквааеробікою було проведено повторну діагностику показників суб'єктивного та об'єктивного здоров'я жінок другого періоду зрілого віку.

Отримані результати показали, що кількість жінок з низьким ступенем адаптації знизилась з 8 до 3 осіб, разом з цим стали меншими показники Індексу Робінсона та частоти серцевих скорочень. Водночас збільшилася кількість жінок з проміжним ступенем адаптації з 6 до 9 осіб та задовільним ступенем з 6 до 8 осіб (рис. 3.3).

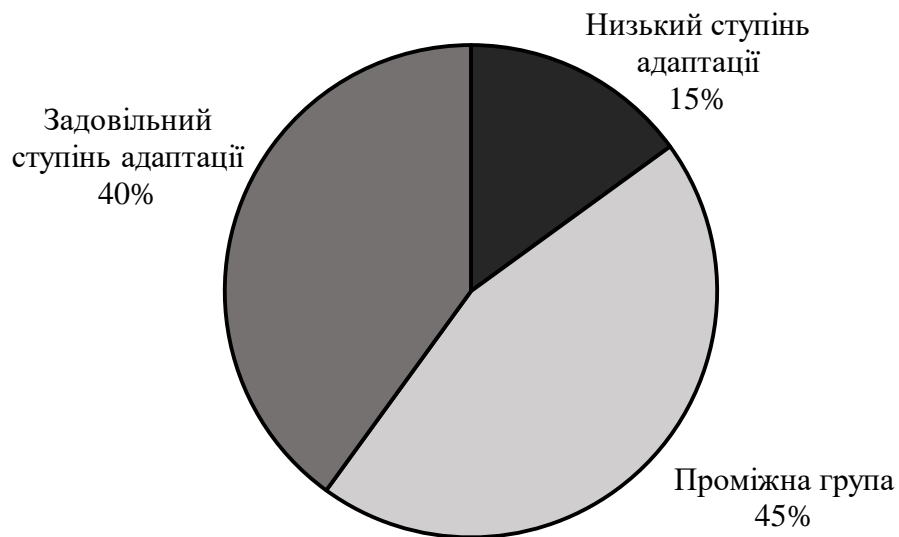


Рис. 3.3. Розподіл жінок другого періоду зрілого віку по групах з різним ступенем адаптації в кінці дослідження, % (n=20)

Потрібно відзначити, що середні показники ЧСС в групі з низьким ступенем адаптації склали 82,8 уд/хв, в проміжній групі – 72,5 уд/хв та в групі із задовільною адаптацією – 60,8 уд/хв (табл. 3.4).

Середні показники ІР в групі з низьким ступенем адаптації склали 93,6 ум.од., в проміжній групі – 78,1 ум.од., а в групі із задовільною адаптацією – 61,5 ум.од. (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Середні показники стану серцево-судинної системи в спокої в різних групах в кінці дослідження, $X \pm S$ (n=20)

Група	ЧСС (уд/хв)	ІР (ум.од)
З низьким ступенем адаптації (3 жінки)	82,8±1,5	93,6±2,1
Проміжна (9 жінок)	72,5±2,7	78,1±2,6
Із задовільним ступенем адаптації (8 жінок)	60,8±3,1	61,5±3,5

Порівняння середнього показника ЧСС в кінці дослідження з вихідним показує, що він став меншим у всіх групах (табл. 3.5). Так, в групі з низьким ступенем адаптації ЧСС зменшилась на 3,1 уд/хв ($p < 0,05$), в проміжній групі на 3,8 уд/хв ($p < 0,05$), а в групі із задовільним ступенем адаптації на 1,3 уд/хв (однак в даному випадку різниця між показниками не є статистично достовірною, тому можна говорити про наявність певної тенденції до їх динаміки).

Таблиця 3.5

Динаміка показників ЧСС у спокої в жінок в ході дослідження, $X \pm S$, уд/хв (n=20)

Група	До занять	Після занять
З низьким ступенем адаптації	85,9±1,5	82,8±1,5
Проміжна	76,3±2,5	72,5±2,7
Із задовільним ступенем адаптації	62,1±1,7	60,8±3,1

Порівняння середнього показника ІР в кінці дослідження з вихідним також показує, що відбулося зниження ІР у всіх групах жінок (табл. 3.6). Так, в першій групі ІР зменшився на 2,7 ум.од. ($p < 0,05$), в другій групі на 2,8 ум.од. ($p < 0,05$), в третій групі на 3,6 ум.од. ($p < 0,05$).

Таблиця 3.6

**Динаміка показників ІР у спокої в жінок в ході дослідження, $X \pm \sigma$, ум.од.
(n=20)**

Група	До занять	Після занять
З низьким ступенем адаптації	96,3±2,1	93,6±2,1
Проміжна	80,9±3,6	78,1±2,6
Із задовільним ступенем адаптації	65,2±3,3	61,5±3,5

Таким чином, ми бачимо, що заняття з аквааеробіки чинять позитивний вплив на об'єктивне здоров'я жінок другого періоду зрілого віку, підвищуючи функціональний стан та функціональні можливості їх серцево-судинної системи.

Наприкінці дослідження також змінився розподіл жінок з різним рівнем самооцінки здоров'я та самопочуття. В групі з низьким ступенем адаптації, яка налічує 3 жінки, двоє з них (66,7%) суб'єктивно оцінюють рівень свого здоров'я як середній, а одна (33,3%) – як низький. В групі з проміжним рівнем адаптації в складі 9 жінок помітно виросла кількість осіб з високою самооцінкою здоров'я та самопочуття – 4 жінки (44,4%), з середньою самооцінкою також стало 4 особи (44,4%) і одна жінка (11,1%) мала низьку самооцінку. В групі із задовільною адаптацією з 8 жінок жодна суб'єктивно не почувала себе погано: по 4 жінки (50%) даної групи оцінили своє самопочуття як середнє та високе (рис. 3.4).

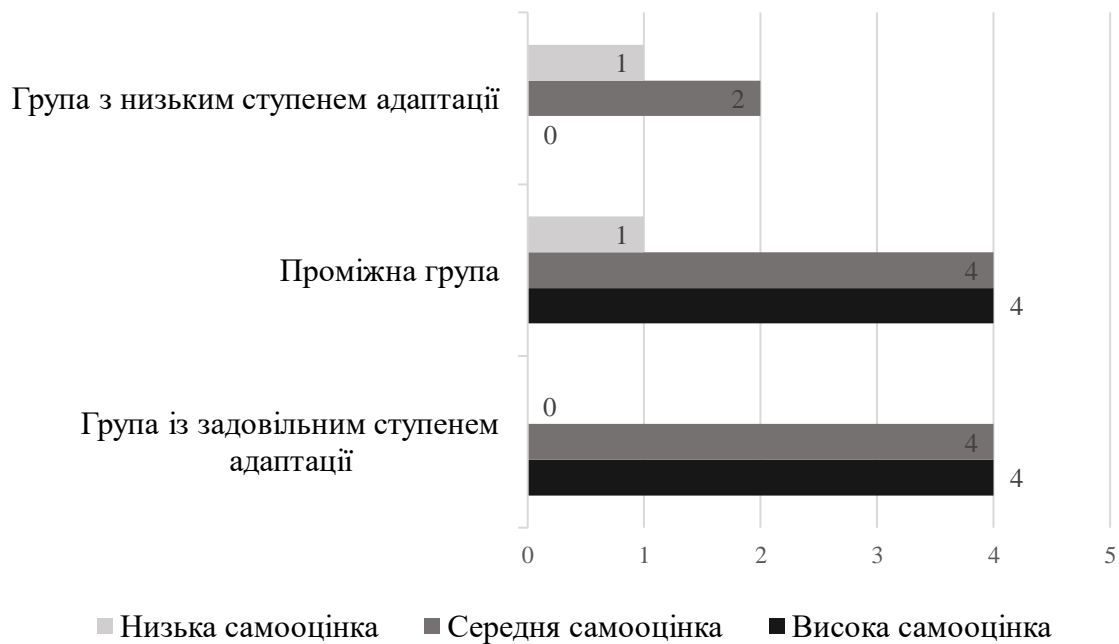


Рис. 3.4. Розподіл жінок з різним рівнем самооцінки здоров'я та самопочуття в кінці дослідження (n=20)

Аналіз даних анкет показав, що скарги жінок на психологічну і емоційну дезадаптацію та вегетативні розлади у всіх досліджуваних групах зменшились. Згідно даних колірної методики Люшера, психоемоційний стан жінок другого періоду зрілого віку загалом покращився. Так, з 20 досліджуваних 14 мали оптимальний стан і в них були відсутні показники тривоги. Серед жінок з негативним психоемоційним станом одна була з групи з низьким рівнем адаптаційних процесів, троє – з проміжної, а двоє належали до групи із задовільною адаптацією (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Психоемоційний стан жінок другого періоду зрілого віку з різним рівнем об'єктивного здоров'я в кінці дослідження, % (n=20)

Групи	Оптимальний стан, відсутність показників тривоги	Негативний стан, відчуття незадоволеності, наявність показників тривоги
1	2	2

Продовження табл. 3.7

1	2	3
З низьким ступенем адаптації (3 особи)	66,7	33,3
Проміжна (9 осіб)	66,7	33,3
Із задовільним ступенем адаптації (8 осіб)	75	25

Отже, дане дослідження показало, що не завжди суб'єктивна оцінка здоров'я жінок відповідає реальним показникам їх об'єктивного здоров'я. При цьому на початку дослідження в більшій частині жінок другого періоду зрілого віку було виявлено негативний психоемоційний стан та різноманітні скарги стосовно вегетативних розладів.

Крім того, заняття аквааеробікою протягом трьох місяців позитивно вплинули як на об'єктивні, так і на суб'єктивні показники здоров'я жінок, що проявилось в покращенні показників діяльності серцево-судинної системи, в більш адекватній самооцінці власного стану здоров'я і самопочуття, зниженні кількості скарг та в оптимізації психоемоційного стану.

3.4 Реалізація основних мотивів до занять аквааеробікою жінок другого періоду зрілого віку

Раніше нами було виявлено мотиви жінок другого періоду зрілого до занять аквааеробікою, також ми прослідкували, якою мірою протягом дослідження реалізуються основні з них.

Серед основних мотивів до занять з аквааеробіки у жінок є «зниження маси тіла», ми спостерігали, як змінювався цей показник протягом трьох місяців занять.

На початку експерименту у жінок другого періоду зрілого віку маса тіла складала $71,2 \pm 8,5$ кг. Після першого місяця занять спостерігалось деяке зниження показника маси тіла до $69,0 \pm 9,2$ кг ($p < 0,05$). Після двох місяців занять зниження маси тіла продовжилося до $67,4 \pm 9,4$ кг ($p < 0,05$). Впродовж третього місяця занять маса тіла жінок також продовжувала знижуватися і в кінці експерименту становила $66,5 \pm 8,8$ кг ($p < 0,05$) (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Динаміка показників маси тіла жінок другого періоду зрілого віку на різних етапах експерименту, $X \pm S$, кг (n=20)

До експерименту	Через 1 місяць	Через 2 місяці	Після експерименту
$71,2 \pm 8,5$	$69,0 \pm 9,2$	$67,4 \pm 9,4$	$66,5 \pm 8,8$

Таким чином, протягом всього експерименту ми спостерігаємо поступове статистично достовірне зниження середньогрупового показника маси тіла жінок другого періоду зрілого віку. Це в свою чергу дозволяє говорити, що даний спонукальний мотив жінок до занять аквааеробікою повністю реалізовується в процесі цих занять.

Ще одним мотивом до занять серед жінок було бажання скорегувати фігуру, що часто під собою розуміє зменшення обхватних розмірів різних частин тіла. Ми прослідкували, як змінюються обхвати талії, живота та стегон у жінок другого зрілого віку протягом трьох місяців нашого експерименту.

На початку експерименту обхват талії у жінок становив $81,8 \pm 7,8$ см, обхват живота – $89,0 \pm 10,1$ см, обхват стегон – $62,1 \pm 5,6$ см (табл. 3.9).

Після першого місяця занять відбулося певне зменшення цих показників до $79,9 \pm 8,6$ см в талії, до $86,9 \pm 10,6$ см в обхваті живота і до $60,8 \pm 5,9$ см в обхваті стегон, проте дані зміни не носять достовірного характеру і ми можемо спостерігати лише тенденцію до зменшення обхватних розмірів жінок.

Через два місяці занять обхвати продовжують зменшуватися і становлять $78,0 \pm 7,6$ см в талії, $84,8 \pm 9,7$ см – по лінії живота і $59,9 \pm 6,3$ см – в стегнах. В

цьому випадку вже можна говорити про достовірне зменшення обхватів ($p < 0,05$).

В кінці експерименту обхват талії становив $76,8 \pm 7,2$ см, живота – $83,7 \pm 8,8$ см, стегон – $59,2 \pm 6,2$ см. Зміни по всіх трьох показниках є статистично достовірними ($p < 0,05$).

Таблиця 3.9

Динаміка обхватних розмірів жінок другого періоду зрілого віку на різних етапах експерименту, $X \pm \sigma$, см (n=20)

Обхват	До експерименту	Через 1 місяць	Через 2 місяці	Після експерименту
Талії	$81,8 \pm 7,8$	$79,9 \pm 8,6$	$78,0 \pm 7,6$	$76,8 \pm 7,2$
Живота	$89,0 \pm 10,1$	$86,9 \pm 10,6$	$84,8 \pm 9,7$	$83,7 \pm 8,8$
Стегон	$62,1 \pm 5,6$	$60,8 \pm 5,9$	$59,9 \pm 6,3$	$59,2 \pm 6,2$

Отже, в ході занять аквааеробікою у всіх жінок другого періоду зрілого вік здійснюється реалізація мотиву корекції фігури, оскільки дані заняття сприяють зменшенню величини їх обхватних розмірів, а відповідні достовірні зміни відбуваються вже на другому місяці занять. Тому регулярні виміри обхватних розмірів, які здійснювались в процесі нашого експерименту сприяють збереженню інтересу жінок до регулярних занять з аквааеробіки.

В числі спонукальних мотивів жінок до занять також є «розвиток та підтримання фізичних якостей». При оцінці ступеню розвитку фізичних якостей ми зупинилися на показниках м'язової витривалості та гнучкості.

Для визначення силової витривалості жінок другого періоду зрілого віку було використано контрольну вправу «піднімання тулуба в сід», при цьому кількість підйомів переводилась в бали згідно нормативів (див. табл. 2.2).

До початку експерименту кількість підйомів тулуба, яка виконувалась жінками, була оцінена в $3,8 \pm 0,9$ бали (табл. 3.10). В ході експерименту відбувається поетапне збільшення силової витривалості у жінок: через 1 місяць занять показник становить $4,1 \pm 0,8$ бали, через 2 місяці – $4,4 \pm 0,8$ бали.

Достовірне збільшення бальної оцінки відбувається через 2 місяці від початку занять ($p < 0,05$). В результаті до кінця експерименту бальна оцінка виконання контрольного тесту зросла з $3,8 \pm 0,9$ балів до $4,9 \pm 0,7$ балів ($p < 0,05$). Таким чином, в ході занять аквааеробікою збільшується витривалість м'язів, які забезпечують піднімання тулуба в сід.

Таблиця 3.10

Динаміка показників силової витривалості жінок другого періоду зрілого віку на різних етапах експерименту, $X \pm \sigma$, бали (n=20)

До експерименту	Через 1 місяць	Через 2 місяці	Після експерименту
$3,8 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,8$	$4,4 \pm 0,8$	$4,9 \pm 0,7$

Показники гнучкості жінок на кожному етапі експерименту визначалися за допомогою контрольного тесту з нахилу тулуба вперед та оцінювалися за 3-бальною системою. На початку експерименту гнучкість хребта жінок другого періоду зрілого віку була оцінена в $1,7 \pm 0,5$ бали (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Динаміка показників гнучкості жінок другого періоду зрілого віку на різних етапах експерименту, $X \pm \sigma$, бали (n=20)

До експерименту	Через 1 місяць	Через 2 місяці	Після експерименту
$1,7 \pm 0,5$	$2,0 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,4$	$2,2 \pm 0,3$

Достовірні покращення цього показника почали спостерігатися після трьох місяців занять і до кінця експерименту гнучкість у жінок достовірно збільшилась до $2,2 \pm 0,3$ балів ($p < 0,05$). Це дозволяє говорити, що заняття аквааеробікою сприяють розвитку гнучкості.

Таким чином, мотив «розвиток та підтримання фізичних якостей» також достатньою мірою реалізується у всіх жінок другого зрілого віку в ході занять аквааеробікою.

3.5 Динаміка психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку в процесі занять за експериментальною програмою

Раніше ми вже виявили, як заняття аквааеробікою впливають на об'єктивні та суб'єктивні показники здоров'я жінок другого періоду зрілого віку, а також, як в процесі цих занять реалізуються основні мотиви досліджуваних жінок. Наступним етапом була перевірка ефективності використаних методів психорегуляції емоційного стану в нашій програмі занять та відслідкування динаміки психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку впродовж дослідження.

Всіх досліджуваних у кількості 20 жінок було поділено порівну по 10 осіб на експериментальну та контрольну групи, при цьому дотримувався принцип рівномірного поділу жінок за різним ступенем адаптації, що забезпечило однорідність кожної групи. Експериментальна група жінок перед основними заняттями з аквааеробіки займалася ще психорегулюючим тренінгом, контрольна група мала лише заняття у воді.

Оцінки психоемоційного стану жінок обох груп за методиками САН і Спілбергера до початку занять представлені в табл. 3.12.

Таблиця 3.12

Показники психоемоційного стану жінок до початку занять (за методиками САН і Спілбергера)

Параметри	Рівні	Експериментальна група (n=10)	Контрольна група (n=10)
Рівень тривожності	Високий	50%	40%
	Середній	30%	30%
	Низький	20%	30%
Емоційний стан	Високий	30%	40%
	Середній	40%	30%
	Низький	30%	30%

Жінки експериментальної та контрольної груп до початку експерименту мають майже однакові, не надто високі показники загального психоемоційного стану, однак досліджувані експериментальної групи мають дещо вищий рівень тривожності (50%), порівняно з досліджуваними контрольної групи (40%).

З цими даними узгоджуються результати обстеження за методикою Люшера, які показали, що в контрольній групі у 40% жінок спостерігається оптимальний психоемоційний стан і відсутні показники тривоги, в експериментальній – у 30% жінок (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Характеристика психоемоційного стану жінок за колірною методикою Люшера до початку занять

Стан	Експериментальна група (n=10)	Контрольна група (n=10)
Оптимальний стан, відсутність показників тривоги	30%	40%
Негативний стан, відчуття незадоволеності, наявність показників тривоги	70%	60%

Розглянемо динаміку показників психоемоційного стану жінок експериментальної та контрольної груп впродовж експерименту (табл. 3.14).

Після першого місяця занять змін в показниках рівня тривожності та емоційного стану в контрольній групі не спостерігається, водночас в експериментальній групі починає зменшуватися на 10% кількість жінок з високим рівнем тривожності та на 10% зростає кількість жінок з високим рівнем емоційного стану.

Після двох місяців занять в експериментальній групі продовжують знижуватися загальні показники тривожності та підвищується на 10% кількість осіб з середнім рівнем емоційного стану. В контрольній групі вже починають спостерігатися позитивні зміни (дещо знижується високий рівень тривожності

та зростає середній рівень емоційного стану), проте вони не мають такого вираженого характеру, порівняно з попередньою групою.

Таблиця 3.14

Динаміка психоемоційного стану жінок експериментальної (n=10) та контрольної груп (n=10) в ході експерименту (за методиками САН і Спілбергера)

Параметри	Рівні	До експерим.		Через 1 місяць		Через 2 місяці		Після експерим.	
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Рівень тривожності	Високий	50%	40%	40%	40%	30%	30%	20%	30%
	Середній	30%	30%	30%	30%	30%	40%	30%	30%
	Низький	20%	30%	30%	30%	40%	30%	50%	40%
Емоційний стан	Високий	30%	40%	40%	40%	40%	40%	50%	50%
	Середній	40%	30%	40%	30%	50%	40%	40%	30%
	Низький	30%	30%	20%	30%	10%	20%	10%	20%

В кінці експерименту після трьох місяців занять в експериментальній групі на 30% знизилася число жінок з високим рівнем тривожності та на 30% зросло число з низьким. Стосовно емоційного стану збільшилася на 20% кількість жінок з його високим рівнем та зменшилася на 20% з низьким рівнем.

В контрольній групі за весь час дослідження кількість жінок з високим рівнем тривожності зменшилась лише на 10% та на 10% зростає кількість з низьким рівнем. Число жінок з високим рівнем емоційного стану зросло на 10% і зменшилось число з низьким рівнем також на 10%.

Проведене дослідження за допомогою методики Люшера виявило аналогічну картину (табл. 3.15).

В кінці першого місяця занять кількість жінок, які мають оптимальний стан, зростає з 30% до 50% в експериментальній групі та залишилася незмінною з показником 40% в контрольній. Дані зміни не завжди носять достовірний характер, проте з впевненістю дозволяють говорити про тенденцію до

покращення психоемоційного стану жінок експериментальної групи вже після першого місяця занять.

Таблиця 3.15

Динаміка психоемоційного стану жінок експериментальної (n=10) та контрольної груп (n=10) в ході експерименту (за методикою Люшера)

Параметри	До експерим.		Через 1 місяць		Через 2 місяці		Після експерим.	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Оптимальний стан	30%	40%	50%	40%	60%	50%	80%	60%
Негативний стан	70%	60%	50%	60%	40%	50%	20%	40%

В кінці другого місяця занять кількість осіб з оптимальним станом зросла як в експериментальній, так і в контрольній групах до 60% і 50% відповідно. В кінці експерименту збільшення числа жінок з оптимальним психоемоційним станом до 80% спостерігалось в експериментальній групі, а в контрольній – до 60%. Відповідно, протилежна динаміка була в частини жінок з негативним станом в обох групах.

Більш детальний аналіз показників колірної методики Люшера серед жінок експериментальної групи показав, що психоемоційний стан жінок оптимізувався (підвищився у жінок з низьким його вихідним рівнем і знизився у жінок з вихідним збудженням). У тих, хто займається, зросли відчуття впевненості, прагнення до самостійності та успіху. Жінки стали більш комунікабельними та активними в контактах з іншими (про це свідчить часта присутність на перших двох позиціях червоного та жовтого кольорів, які вказують на активність у комунікативній сфері). Цей факт також є значущим для нашого дослідження, оскільки вказує на те, що в ході занять реалізується ще один важливий спонукальний мотив «можливість спілкування».

Отже, порівнюючи отримані результати за допомогою різних методів оцінки психоемоційного стану в ході експерименту в обох групах, можна зробити висновок, що в експериментальній групі позитивні зміни

психоемоційного стану жінок є більш вираженими. Застосування психорегулюючих методик в оздоровчо-тренувальному процесі жінок другого періоду зрілого віку дозволяє пришвидшити оптимізацію емоційного стану, порівняно з заняттями, в яких ці методики не використовуються. Проте, певна позитивна динаміка, яка спостерігалася в контрольній групі, хоч і має менш виражений характер та проявляється повільніше, але дозволяє говорити, що власне заняття аквааеробікою є чинником, який і обумовив цю динаміку.

Висновки до розділу 3

Проведене дослідження допомогло виявити структуру основних спонукальних мотивів жінок другого періоду зрілого віку до занять аквааеробікою. Для жінок цього віку характерною є важливість збереження або покращення стану здоров'я і самопочуття, а також розширення контактів з метою спілкування.

Важливим показником здоров'я жінок є особливості психоемоційного аспекту. В різноманітних скаргах та самооцінці загального самопочуття відображаються суб'єктивні характеристики здоров'я жінок, однак вони не завжди відповідають дійсним об'єктивним показникам його стану. Так, жінки з об'єктивно добрим станом здоров'я суб'єктивно можуть оцінювати його як незадовільний, і навпаки. До початку дослідження в більшій частині жінок було виявлено негативний психоемоційний стан та скарги на розлади вегетативного характеру.

Протягом трьох місяців заняття аквааеробікою сприяють позитивним змінам в показниках як об'єктивного, так і суб'єктивного здоров'я жінок. Зміни об'єктивних показників характеризуються покращенням показників діяльності серцево-судинної системи тих, хто займається, а зміни суб'єктивних – зменшенням кількості скарг, оптимізацією психоемоційного стану та більш адекватною самооцінкою свого стану здоров'я та самопочуття в цілому.

В ході дослідження також було виявлено, що заняття аквааеробікою достатньою мірою сприяють реалізації більшості основних спонукальних мотивів жінок до занять, що позитивно впливає на психоемоційний стан жінок, оскільки говорить про задоволення їх основних потреб.

Дані, які ми отримали за допомогою різних методик оцінки психоемоційного стану, показують, що заняття аквааеробікою чинять сприятливий вплив на психоемоційний стан жінок другого періоду зрілого віку. Однак поєднання в оздоровчо-тренувальному процесі занять у воді з тренінгом, що ґрунтується на використанні методик психорегуляції, надає більш вираженого характеру позитивній динаміці психоемоційного стану жінок впродовж усього періоду занять. Крім того, таке поєднання є найбільш ефективним у вирішенні завдань з оптимізації психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз та узагальнення науково-методичних літературних джерел дозволив визначити важливість психічної складової здоров'я в контексті оздоровчих занять з аквааеробіки. Було встановлено необхідність регуляції психоемоційного стану під час занять і визначено це як вміння самостійно змінювати та управляти процесами, які відбуваються у власному організмі. Виявлено, що одними з дієвих методів психорегуляції, які застосовуються у фітнесі, є аутогенне тренування Шульца та психом'язове тренування Алексєєва. Ці методики являють собою комплекси вправ, які спрямовані на підвищення можливості саморегуляції та ґрунтуються на самонавіюванні, тренуванні уявлень, напруженні та розслабленні окремих груп м'язів.

2. Структуру спонукальних мотивів жінок другого періоду зрілого віку до занять аквааеробікою склали такі бажання, як: покращення стану здоров'я, зниження маси тіла, можливість спілкування, корекція фігури, розвиток та підтримання фізичних якостей, зміна роду діяльності. При цьому найбільшого значення для жінок даного віку мають потреби в покращенні (збереженні) стану здоров'я і самопочуття та потреба в спілкуванні.

3. Заняття аквааеробікою за розробленою програмою загалом позитивно впливають на об'єктивні та суб'єктивні показники здоров'я жінок другого періоду зрілого віку, що відображається в нормалізації діяльності їх серцево-судинної системи, зменшенні кількості скарг на розлади вегетативного характеру, оптимізації загального психоемоційного стану та адекватності самооцінки стану здоров'я. Так, за час дослідження в кожній групі жінок з різним ступенем адаптації зменшились середні показники ЧСС в спокої та показники Індексу Робінсона. Водночас в даному випадку можна говорити про реалізацію мотиву «покращення стану здоров'я і самопочуття».

4. Розроблена програма занять з аквааеробіки достатньою мірою сприяє реалізації більшості основних спонукальних мотивів до занять жінок другого періоду зрілого віку. Так, в процесі занять поступово задовольнялись потреби

жінок в бажаннях знизити масу тіла, скорегувати фігуру та покращити показники фізичних якостей, про що дозволяє говорити динаміка змін, перевірена відповідними вимірами на різних етапах дослідження. За весь період занять знизився середньогруповий показник маси тіла жінок, зменшились середні показники їх обхватних розмірів живота, талії та стегон, а також покращились показники силової витривалості та гнучкості. Реалізація мотивів діяльності, а значить і задоволення відповідних потреб, відобразились на покращенні загального психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку.

5. Отримані дані за допомогою різних методик оцінки психоемоційного стану, свідчать про те, що заняття з аквааеробіки за розробленою програмою чинять сприятливий вплив на психоемоційний стан жінок другого періоду зрілого віку. Однак поєднання в оздоровчо-тренувальному процесі занять у воді з тренінгом, що ґрунтується на використанні методик психорегуляції, надає більш вираженого характеру позитивній динаміці психоемоційного стану жінок впродовж усього періоду занять. Крім того, таке поєднання є найбільш ефективним у вирішенні завдань з оптимізації психоемоційного стану жінок другого періоду зрілого віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова ВВ, Иванькова ЮА. Пути преодоления стресса спортсменами в спортивной соревновательной деятельности. Педагогика и психология образования. 2016;4:70-6.
2. Адамова ІВ. Особливості впливу комплексних занять гімнастикою та плаванням з оздоровчою направленістю на основні компоненти фізичної підготовленості жінок 21-35 років. Теорія і практика фіз. культури. 2000;6:23-6.
3. Акулова В. Підходи до побудови профілактико-оздоровчих занять жінок другого зрілого віку. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2016;3(53):7-10. doi:10.15391/snsv.2016-4.001
4. Алексеев А В. Основы психом'язового тренування. М.: ЦОЛПУВ; 1979. 28 с.
5. Аляб'єв АА, Князева ОВ. Про одну з методик самоуправління емоційним станом. Вісник психотерапії. 2017;24:14-7.
6. Ахутіна ТВ. Здоров'язберігаючі технології: нейропсихологічний підхід. Питання психології. 2002;4:101-11.
7. Баевский РМ. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации. Вестн. РАМН. 1991;8:73-8.
8. Бокша ВГ. Проблемы теплоотдачи человека в воде и проблемы закаливания холодом. Физиология и методики закаливания: межвузов. сб. ср. 1997;1:120-31.
9. Булгакова НЖ. Адаптивная и лечебная физическая культура. Плавание: уч. пос. для академ. бакалав. М.: Издательство Юрайт; 2018. 401 с.
10. Васильева ИА. Содержание и методика занятий водной аэробики с женщинами зрелого возраста [автореферат]. Москва: РГУФК; 2005. 32 с.
11. Васягина НВ. Методы регулирования психоэмоционального состояния. Формирование физической культуры здоровья учащихся в условиях модернизации образования: Саратовский государственный университет. 2015;1:40-4.

12. Герман НІ, Панченко ВВ. Вплив музики на особистість. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Психологічні науки. 2012;36(60):319-24.
13. Гета АВ. Оздоровчий вплив занять з аквааеробіки на функціональний стан студенток спеціально медичної групи. Збірник III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення». 2017;3:24-34.
14. Гиппенрейтер ЮБ. Введение в общую психологию: Курс лекций: учебное пособие для студ. ВУЗов, обуч. по спец. «Психология». М.: ЧЕРО; 1997. 336 с.
15. Глазирін ІД. Плавання: навч. посіб. для студ. ВНЗ. Київ: Кондор; 2011. 502 с.
16. Глезер ГА. Артериальная гипертензия. М.: Авиценна, Издательское объединение Юнити; 1996. 216 с.
17. Головина ЛЛ. Физиологическая характеристика плавания. Лекция для студентов, аспирантов и слушателей факультета усовершенствования. М.: Союзспортобеспечение; 1990. 42 с.
18. Горбунов НА. Психопедагогика спорта. Москва: Физкультура и спорт; 1986. 208 с.
19. Данилова НН. Психофизиология: учебник для вузов. Москва: АспектПресс. 1998. 373 с.
20. Динейка КВ. Движение, дыхание, психофизическая тренировка. Москва: Физкультура и спорт; 1986. 64 с.
21. Жук Г, Хабінець Т. Вплив занять аквафітнесом на фізичний стан жінок другого зрілого віку. Молода спортивна наука України. 2015;4:31-4.
22. Злобина НА. Анализ серотонинергической системы, физиологических и психофизиологических показателей у школьников с разными режимами двигательной активности. Вестник Кемеровского государственного университета. 2009;3(39):9-12.
23. Казызаева АС, Галеева ОБ. Особенности занятий аквааэробикой с различным контингентом: уч. пособие. Омск: Из-во СибГУФК; 2012. 187 с.

24. Киселевська СМ, Чернявська ОВ, укладачі. Аквааеробіка: методичні вказівки. Київ: КНУБА; 2016. 40 с.
25. Колганова ЕЮ. Влияние занятий аквааэробикой на состояние организма женщин разного возраста [автореферат]. Малаховка: МГАФК; 2007. 24 с.
26. Кулик НА, Заяц СВ, Гученко ГБ. Вивчення мотивації жінок зрілого віку до занять аквааеробікою. Інноваційна педагогіка. 2020;22(4):90-4.
27. Куликов ЛВ. Психология настроения личности [автореферат]. Санкт-Петербург; 1997. 26 с.
28. Курінна В, Копаєва Т. Вплив фізичної культури і спорту на організм людини. Теорія та методика фізичного виховання. 2009;1:48-50.
29. Кутек Т, Погребенник Л. Оздоровча аеробіка як ефективний засіб зміцнення здоров'я жінок 20-30 років. Молода спортивна наука України. 2004;9(8):188-92.
30. Ланда БХ. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности: учебное пособие. М.: Советский спорт; 2005. 192 с.
31. Ленська ТГ. Вплив фізичної культури і спорту на організм людини. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2009;1(2):46-9.
32. Либин АВ. Дифференциальная психология. М.: Смысл; 2000. 549 с.
33. Лоуэн А. Психология тела. Москва: Институт общегуманитарных исследований; 2002. 208 с.
34. Лоуренс Д. Аквааэробика. Упражнения в воде. М.: ФАИР-Пресс; 2000. 95 с.
35. Лурия РА. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.: Медицина; 1987. 168 с.
36. Ляховець Л. Роль занять аквааеробікою у підвищенні функціональних можливостей і рівня фізичного стану жінок зрілого віку. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2014;31:89-92.

37. Марищук ВЛ, Блудов ЮМ. Методики психодіагностики в спорті: учеб. пос. для студентів пед.ин-ов. М.: Просвещение; 1993. 212 с.
38. Махінова ОВ. Емоції в житті людини. Значення спорту у вихованні почуттів та емоцій. Актуальні проблеми гуманітарних і природничих наук. 2015;8(2):154-7.
39. Меньшуткіна ТГ. Теорія і методика оздоровительного плавання жінок різного віку [дисертація]. СПб; 2000. 332 с.
40. Мокєєв ГІ. Психорегуляція у фізичному вихованні школярів і студентів. Актуальні проблеми фізичної культури, спорту і туризму. 2018;1:160-5.
41. Мякинченко ЕБ, Шестакова МП. Аэробика. Теория и методика проведения занятий. Москва: СпортАкадемПресс; 2002. 304 с.
42. Немов РС. Психологія: підручник. М.: Владос; 2003. 640 с.
43. Ніцеля О. Вплив фізичного навантаження на стан здорової функції. Молода спортивна наука України. Зб. наук. статей з галузі фізичної культури та спорту. 2000;4:328-30.
44. Носова ВВ. Методы регулирования психоэмоционального состояния на занятиях физическими упражнениями и спортом. Современные тенденции экономики, управления и образования: Курский институт кооперации. 2015;1:164-7.
45. Ольшанникова АЕ. К психологической диагностике эмоциональности: учебник. Москва: Педагогика; 1988. 262 с.
46. Осіпов В. Оптимізація фізичного стану жінок зрілого віку засобами інноваційних фітнес-технологій. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2012;4(20):305-10.
47. Паффенбаргер РС. Здоровый образ жизни. К.: Олимпийская литература; 2000. 311 с.
48. Петленко ВП. Психосоматическая конституция: изначальная природа человека и здоровье. Вестник психотерапии. 2001;24(9):99-103.

49. Петренко НВ. Оздоровчо-тренувальна програма занять з аквафітнесу для студентів економічних спеціальностей. Спортивний вісник Придніпров'я. 2012;2:98-102.

50. Плахтій ПД, Босенко АІ, Макаренко АВ. Фізіологія фізичних вправ: підручник. Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друкарня Рута»; 2015. 268 с.

51. Полухина ТГ. Классификация и типология упражнений в аквааэробике как основа для разработки технологии обучения [автореферат]. М.: РГУФК; 2003. 20 с.

52. Пристинська ТМ. Оптимізація фізичного виховання студентів на основі методів психорегуляції. Перспективи розвитку сучасного студентського спорту. 2013;3:183-5.

53. Пристинський ВМ. Взаємозв'язок духовного і фізичного виховання в становленні фізичної культури і культури здоров'я студентів. Актуальні проблеми екології та здоров'я людини. 2016;1:38-43.

54. Реан АА. Психология человека от рождения до смерти: младенчество, детство, юность, взрослость, старость. Санкт-Петербург: Прайм-ЕВРОЗНАК; 2005. 411 с.

55. Решетников ММ. Психическая саморегуляция. Первая и вторая ступени: учебное пособие. Москва: Издательство Юрайт; 2019. 238 с.

56. Романов НН. Содержание методики развития рефлексии эмоциональных состояний будущих педагогов физической культуры. Сибирский педагогический журнал. 2014;1:87-91.

57. Рудюк ЛВ, Бумарскова НН, Никишкин ВА. Учебно-тренировочные занятия (аквааэробика): учебное пособие [Интернет]. Москва: МГСУ; 2020. 64 с. Доступно: <http://lib.mgsu.ru>

58. Салаватов КА, Пихаев РР, Мусаев АС. Диверсифікація средств аквафітнеса в оздоровительной тренировке лиц разного возраста. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2019;11(177):384-7.

59. Сліпецький ВП. Фізичні вправи у воді, як засіб виховання фізичних і моральних якостей учнівської молоді. Взаємодія духовного й фізичного

виховання в становленні гармонійно розвиненої особистості: збір. статей. 2016;1:127-33.

60. Сологубова СВ. Доцільність поєднання різних видів фітнесу під час побудови програми тренування для жінок зрілого віку. Слобожанський науково спортивний вісник. 2007;12:50-5.

61. Сорокіна СО, Кудряшова ТІ. Мотиваційна зацікавленість жінок 30-50 річного віку до занять оздоровчими вправами. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2011;6:123-5.

62. Титаренко ЕВ. Психорегуляція как компонент професіоналізму спеціаліста в області фізической культури. Вестник Ставропольского государственного университета. 2010;6:295-8.

63. Титова ЛА. Физическая культура и спорт как средство психогигиены и психопрофилактики в здоровьесбережении человека. Современные образовательные технологии в мировом учебно-воспитательном пространстве. 2016;5:133-8.

64. Ткаченко Т. Роль музикотерапії в оздоровчій виховній і моральній функції особистості. Педагогічна освіта: теорія і практика. 2019;27(2):257-62.

65. Трофимова ОС, Ончукова ЕИ, Килимник АА. Влияние методики занятий аквааэробикой на психофизическое состояние женщин 36-45 лет. Физическая культура, спорт – наука и практика. 2018;3:55-61.

66. Уилмор Д, Костилл Д. Физиология спорта и двигательной активности. К.: Олимпийская литература, 2001. 503 с.

67. Уляева ЛГ, Мельник ЕВ. Психическая саморегуляция спортсменов как показатель самореализации личности. Ученые записки Университета им. П.Ф. Лесгафта. 2017;2:298-303.

68. Федорова АЮ. Технология проведения занятий гидроаэробикой с людьми пожилого возраста [диссертация]. СПб; 2003. 171 с.

69. Хассай ДВ, Артеменко ВВ, Нестеров ОМ. Використання засобів психорегуляції на заняттях з фізичного виховання. Науковий вісник

Мелітопольського державного педагогічного університету ім. Б. Хмельницького: зб. наук. праць. 2010;1:7-12.

70. Хачанян ЄЕ. Особливості впливу музики на емоційний стан людини. Наукова палітра. 2019;4:23-9.

71. Хоули ЭТ, Френкс БД. Руководство инструктора оздоровительного фитнеса. Киев: Олимпийская литература; 2004. 376 с.

72. Чеховська Л, Жданова О, Грибовська І, Данилевич М, Шевців У. Оздоровчо-рекреаційні технології: навч. посіб. Львів: ЛДУФК; 2019. 220 с.

73. Шаповалова ЮВ. Фізична культура як засіб від стресу. Студентська наука ХХІ століття. 2016;2-1(9):198-9.

74. Шаравьева АВ. Структура оздоровительных программ аквафитнеса для женщин молодого и зрелого возраста. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2018;2(156):279-83.

75. Шишкіна ОМ, Бейгул ОІ, Муллагільдіна АЯ. Позитивні зміни у психоемоційному стані жінок при застосуванні фітнес-аеробіки. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2015;129(3):345-8.

76. Шутова ТН, Пихаев РР. Морфофункциональное состояние женщин разных возрастных групп, начинающих заниматься аквафитнесом. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2019;2(168):392-6.

77. Ярошик М, Лядик О, Саврук М. Аквафітнес як засіб покращення емоційного здоров'я жінок зрілого віку. В: Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: матеріали ІХ Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Л., 2014. с. 170-4.

78. Яхонтов СВ. Физиология. Методы оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы: учебно-методическое пособие. Томск: Издательство Томского государственного университета; 2007. 38 с.

79. Alberton Cristine L, Pinto Stephanie S, Antunes Amanda H. Maximal and Ventilatory Thresholds Cardiorespiratory Responses to Three Water Aerobic

Exercises Compared With Treadmill on Land. *Journal of Strength and Conditioning Research*. 2014; 28(6):679-87.

80. Charalambous A. *Bodyweight Exercises for Women: Simple Exercises to Help You Lose Weight and Sculpt Your Body*. Createspace; 2014. 164 p.

81. Fawcett CW. Principles of aquatic rehab: a new look at hydrotherapy. *Jorn. Sport Medicine*. 1992;7(2):6-9.

82. Goncharova N, Kashuba V, Tkachova A, Khabinets T, Kostiuchenko O, Pymonenko M. Correction of postural disorders of mature age women in the process of aqua fitness taking into account the body type. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2020;20(3):127-36.

83. Keefe FJ. The life fitness program: A behavioral approach to making exercise a habit. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2006;11:31-4.

84. Lees Terri A. Heart-Rate Response to Exercise in the Water: Implications for Practitioners. *International Journal of Aquatic Research and Education*; 2007;1(3):11-8.

85. Skidan A. Somatometrical peculiarities and motivation preferences of middle-aged women engaged in shaping. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2016;3:207-11.

86. Sova R. *Aquafitness programming*. Club-direct. Los-Angeles. Calif. 2002;3:16-7.

87. Stewart AD, Sutton L. *Body composition in sport, exercise and health*. London: Routledge; 2012. 240 p.

88. Vedernikova O, Ushakov A. Water aerobics as a means of increasing the psycho-emotional status of women. In: 4th International Conference on Innovations in Sports, Tourism and Instructional Science (ICISTIS 2019). Atlantis Press; 2019. p. 291-292.

89. Zadorozhnaya NN. The influence of aqua aerobics on the body of women of different ages. *Physical education, sports, health*. 2012;1:58-63.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

Шановні жінки!

Просимо вас дати відповіді на запропоновані запитання, що буде враховано при розробці програми занять з аквааеробіки.

ПІП _____

Ваш вік _____

1. Займалися ви раніше фізичною активністю:

а. так; б. так, але більше, ніж 2 роки тому; в. ні.

2. Яким видом рухової активності ви займаєтесь самостійно, окрім занять аквааеробікою:

а. біг; г. інше _____

б. танці; д. не займаюсь.

в. заняття силової спрямованості;

3. Що вас спонукає до занять аквааеробікою (розташуйте у порядку зростання, де 1 – найбільша значущість, 6 – найменша):

а. покращення стану здоров'я; д. зниження маси тіла;

б. розвиток фізичних якостей; е. корекція фігури.

в. зміна роду діяльності;

г. придбання нових друзів та розширення кола знайомих;

1	2	3	4	5	6

4. Дотримуєтесь ви режиму харчування:

а. так; б. іноді; в. ні.

5. Яких факторів здорового способу життя ви дотримуєтесь (розташуйте у порядку спадання, де 7 балів – завжди виконую, 1 бал – ніколи):

а. відмова від шкідливих звичок; д. оптимальний руховий режим;

б. раціональне харчування; е. повноцінний сон;

в. загартування; ж. регулярний медичний контроль.

г. дотримання режиму дня;

1	2	3	4	5	6	7

6. Ви палите:

а. регулярно;

б. не регулярно;

в. не палю.

7. Чи носить ваш спосіб життя стресовий характер:

а. так;

б. частково;

в. ні.

8. Випадки інфаркту міокарда в кровних родичів (батька, матері, братів, сестер):

а. відсутні;

б. в одного кровного родича у віці після 60 років;

в. в одного кровного родича у віці до 60 років;

г. у двох кровних родичів;

д. у трьох кровних родичів.

9. Чи маєте ви хронічні захворювання:

а. ні;

б. маю _____

10. Оцініть за 10-бальною шкалою (0 балів – найгірший стан, 10 балів – хороший стан та відсутність розладів) такі показники:

- психічний стан _____
- фізичний стан _____
- порушення сну _____
- головний біль _____
- біль в серці _____
- біль в шлунку _____
- біль в печінці _____
- біль в нирках _____
- стан опорно-рухової системи _____
- частота простудних захворювань _____
- самопочуття _____
- активність _____
- настрій _____
- загальний стан здоров'я _____

Опитувальник САН

Прізвище, ініціали _____ Стать _____ Вік _____
 Дата _____ Час _____

Необхідно вибрати і відзначити цифру, що найточніше відображає Ваш стан на даний момент (1 – поганий стан, 7 – відмінний стан)									
1	Добре самопочуття	7	6	5	4	3	2	1	Погане самопочуття
2	Почуваю себе сміливим	7	6	5	4	3	2	1	Почуваю себе слабким
3	Пасивний	1	2	3	4	5	6	7	Активний
4	Малорухливий	1	2	3	4	5	6	7	Рухливий
5	Веселий	7	6	5	4	3	2	1	Сумний
6	Гарний настрій	7	6	5	4	3	2	1	Поганий настрій
7	Працездатний	7	6	5	4	3	2	1	Розбитий
8	Повний сил	7	6	5	4	3	2	1	Знесилений
9	Повільний	1	2	3	4	5	6	7	Швидкий
10	Бездіяльний	1	2	3	4	5	6	7	Дієвий
11	Щасливий	7	6	5	4	3	2	1	Нещасний
12	Життєрадісний	7	6	5	4	3	2	1	Похмурий
13	Напружений	7	6	5	4	3	2	1	Розслаблений
14	Здоровий	7	6	5	4	3	2	1	Хворий
15	Апатичний	1	2	3	4	5	6	7	Захоплений
16	Байдужий	1	2	3	4	5	6	7	Схвильований
17	Захоплений	7	6	5	4	3	2	1	Засмучений
18	Радісний	7	6	5	4	3	2	1	Печальний
19	Відпочилий	7	6	5	4	3	2	1	Змучений
20	Свіжий	7	6	5	4	3	2	1	Виснажений
21	Сонливий	1	2	3	4	5	6	7	Збуджений
22	Бажання відпочити	1	2	3	4	5	6	7	Бажання працювати
23	Спокійний	7	6	5	4	3	2	1	Заклопотаний
24	Оптимістичний	7	6	5	4	3	2	1	Песимістичний
25	Витривалий	7	6	5	4	3	2	1	Швидко втомлююся
26	Бадьорий	7	6	5	4	3	2	1	В'ялий
27	Важко думати	1	2	3	4	5	6	7	Легко думати
28	Розсіяний	1	2	3	4	5	6	7	Уважний
29	Повний надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
30	Задоволений	7	6	5	4	3	2	1	Незадоволений

Код для отримання результатів:

Питання про самопочуття – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання про активність – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання про настрій – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Опитувальний бланк ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру залежно від того, як ви себе почуваете в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану.

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно, так	Вірно	Дійсно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я почуваю себе напружено	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розчарований	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Показник ситуативної (реактивної) тривожності розраховується за формулою:

$$PT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока.