

УДК-615.825

РЕКРЕАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ПІШОХІДНОГО ТУРИЗМУ ЯК ЗАСОБУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ СХІДНИХ КАРПАТ

Є. В. Канюка¹, С. А. Чернігівська¹, О. П. Ліфінський², І. С. Іванець³,
М. В. Радзецький³, В. Б. Бакуридзе-Маніна³

¹Державна Установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

²ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна»

³Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

В статті проаналізовані змінення функціонального стану осіб працездатного віку в час проведення пішого туризму, як однієї з форм рекреаційних заходів.

Ключевые слова: рекреация, пеший туризм, здоровье.

Summary

The article analyzes the changes in the functional state of people of working age during hiking, as a form of recreational activities.

Key words: recreation, hiking, health.

На сучасному етапі розвитку суспільства одним із найважливіших соціальних завдань є оздоровлення населення різних вікових і соціальних груп, а також заходи із первинної (попередження захворювань) та вторинної профілактики (попередження загострень і послаблення організму) [3, 4]. Фізична активність – необхідна умова життя людини, що має не лише біологічне, але й соціальне значення, розглядається як природно-біологічна потреба живого організму на всіх етапах онтогенезу. та є важливим чинником корегування способу життя людини, що спрямована на вдосконалення її фізичних і психічних якостей, рухових дій. Рекреація виступає як одна з форм фізичної активності щодо продуктивного використання вільного часу людиною. У сучасному світі рекреація, туризм, оздоровлення – найвища соціальна цінність. Україна володіє значними природними та культурними ресурсами щодо природно-заповідного фонду, які створюють основу для розвитку туризму та рекреації відповідної території.

Рекреація (фр. recreation, пол. rekreacja – відпочинок, від лат. recreatio – відновлення сил) – відновлення чи відтворення фізичних і духовних сил, витрачених людиною в процесі життєдіяльності; рекреація містить різноманітні види діяльності у вільний час, спрямовані на відновлення сил і задоволення широкого кола особистих і соціальних потреб та запитів. У науковій літературі термін «рекреація» з'явився в США наприкінці 90-х років XIX століття, після введення нормованого робочого дня, другого вихідного дня, літніх відпусток. Рекреація, відповідно, – це відновлення, оздоровлення і простір, де здійснюються ці види діяльності. Тобто рекреація – система заходів, пов'язана з використанням вільного часу людини для її

оздоровлення, а також культурно-пізнавальної та спортивної діяльності поза межами постійного місця проживання [3, 4, 5]. В Українській екологічній енциклопедії (2003) дане поняття трактується як просте відновлення, відтворення фізичних і духовних сил, витрачених людиною в процесі трудової, навчальної та побутової діяльності. До рекреації належать різноманітні види людської діяльності у вільний від роботи час з метою відновлення сил і задоволення різних спортивно-оздоровчих та інших культурологічних потреб.

Розрізняють три форми використання часу, відведеного на рекреацію, – туризм, лікування/оздоровлення та відпочинок. Для означення цього часу і видів діяльності, які відбуваються в його межах, будемо використовувати поняття «рекреаційно-туристичний», яке містить усю (чи майже усю) сукупність явищ і процесів, пов'язаних з відновленням сил людини та задоволенням її фізіологічних і соціальних потреб [7]. Саме туризм нині сприймається як головна форма рекреаційної діяльності, перетворившись на потужну самостійну галузь нематеріального виробництва, яка задовольняє рекреаційні потреби. Однією з дослідницьких парадигм фізичної рекреації є розгляд її як однієї з форм організації дозвілля людини. У вітчизняній науці дозвілля як форми та періоду відпочинку після виконання професійних, сімейних обов'язків і задоволення природних потреб, що забезпечують життєдіяльність людини (сон, прийом їжі тощо), приділяється ще недостатньо уваги. Тим часом дозвілля – не менш важлива сфера життєдіяльності людини, ніж професійна робота. Маючи глибоку передісторію, фізична рекреація стала предметом наукових досліджень у вітчизняній науці відносно недавно – з середини 60-х рр.

XX ст. Рекреація – фрагмент вивчення різних наукових дисциплін: рекреології, теорії фізичної культури, курортології, економіки, соціальної психології, культурології, тому дати їй певне узагальнююче визначення поки що немає можливості. Вихідною парадигмою проведених досліджень є визнання її феноменом, властивим людині, в основі якого лежить його рухова активність, здійснювана переважно в сфері дозвілля, і кінцевий результат її функціонування виражається в оптимізації фізичного, психічного, соціального стану людини [4, 5, 6, 7].

На думки вітчизняних науковців, – рекреація є однією з функцій дозвілля. Основа фізичної рекреації – рухова діяльність з використанням фізичних вправ. Біологічно активна поведінка і творча соціальна діяльність – дві площини аналізу фізичної рекреації. У сучасному понятті фізичної рекреації проглядається дія соціально-психологічних і культурних чинників, що впливають на виникнення потреб в організації свого дозвілля за рахунок використання рухової активності. Цінність пропонуваніх концепцій дозвілля полягає в їхній багатоаспектності. Дозвілля розглядається як вид пізнавальної, перетворювальної і ціннісно-орієнтаційної активності людини, спрямованої на повноцінний розвиток її особистості. В практичній площині вдало поєднуються як організовані форми занять (у кемпінгах, оздоровчих центрах, зонах відпочинку), так і індивідуально-групові, побудовані на самодіяльних засадах. Фізична рекреація в даному контексті розглядається як одна з форм активності, поряд з психічною, духовною і соціальною. Отже, дозвілля і фізична рекреація як одна з форм його проведення є важливими чинниками вдосконалення психофізичного стану людини, його духовного світу, системи ціннісних орієнтацій.

Отже, результатом правильно спланованої та проведеної фізичної рекреації є досягнення оздоровчого ефекту (підвищення працездатності та якості життєдіяльності), у чому проявляється загальний соціально-економічний ефект [8, 9, 10].

Прагнення до вивчення та аналізу оздоровчого ефекту під впливом пішохідного туристського походу слугувало основою для проведення цього дослідження.

Мета – проаналізувати зміни у функціональному стані організму осіб працездатного віку, що мають скарги на задишку, біль у попереку та спині під час фізичних навантажень під час проведення таких рекреаційних заходів як пішохідний туризм.

Методи дослідження. У дослідженні використовувалась теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури. Для оцінки функціонального стану осіб, які брали участь у туристичному поході, застосовували: вимірювання артеріального тиску (АТ) за методикою Короткова; визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) з подальшим розрахунком подвійного добутку

(ПД) та вегетативного індексу (ВІ); динамометрію; спірометрію; рухливість хребта (тест Шобера) за допомогою сантиметрової стрічки та анкетування для визначення рівня тривоги і депресії за методикою HADS.

З метою виявлення чинників ризику проведено аналіз анамнезу життя учасників походу. Для цього використовувалась спеціально розроблена співробітниками кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології державного закладу (ДЗ) «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» анкета, що містила паспортну частину, дані про заняття спортом, скарги на стан здоров'я, особливості перенесення фізичних навантажень (болі в грудній клітці, головний біль, підвищений тиск). Позитивні відповіді на запитання анкети були підставою для більш ретельного та поглибленого вивчення стану здоров'я респондентів [1].

У туристичному поході брали участь 20 осіб працездатного віку від 18 до 41 року. Середній вік складав 27,4 року. Чоловіки та жінки були розподілені рівномірно, по 10 осіб. Проведені дослідження виконані відповідно до вимог і рекомендацій Загальної декларації про біоетику і права людини (2005); декларації Гельсінської Всесвітньої медичної асоціації з проведення біомедичних досліджень на людях (1964 – 1996) та наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р. «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики»; накази МОЗ України № 184 від 26.07.1999 р. «Інформована добровільна згода пацієнта на обробку персональних даних», №110 від 14.02.2012 р. «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболювання». Маршрут туристичного походу пролягав по території Східних Карпат – Закарпатської та Івано-Франківської областей України. Похід некатегорійний, його тривалість складала 7 днів – з 23.07.2017 р. до 29.07.2017 р. Довжина маршруту – 50 км.

Маршрут: 1-й день – село Чорна Тиса – гора Татарука (1707 м над рівнем моря), відстань 5 км; 2-й день – перехід уздовж ріки Турбат, відстань 6 км; 3-й день – перевал Околи 1193 м над рівнем моря), відстань 10 км; 4-й день – сідловини поміж горами Побита та Берть (1666 м над рівнем моря), відстань 4 км; 5-й день – спуск у село Лопухів, відстань 9 км; 6-й день – перевал Легіонів (1130 м над рівнем моря), відстань 8 км; 7-й день – спуск до села Бистрица вздовж ріки Бертянка, відстань 8 км. Усього – 50 км.

На рис.1 представлені довжина та коливання висотності маршруту над рівнем моря, який пройшли учасники пішохідного походу за 7 днів.

Анкета для виявлення чинників ризику та збору анамнезу життя учасників походу

	Питання анкети	Дата обстеження:
	Дата народження	Число ____, місяць ____, рік ____, років
	Шкідливі звички:	Вживання. алкоголю: з якого віку ____, мл за добу ____, не вживаю. Тютюнопаління: з якого віку ____, скільки на день ____, не палите
	Чи займались Ви спортом? (яким видом, з якого віку)	
	Спортивний стаж (кількість років)	
	Спортивний розряд	
	Кількість тренувань на тиждень, по скільки годин	
	Анамнез життя:	а) Ви народились доношеним чи недоношеним (підкреслити)
		б) особливості розвитку у дитячому віці (підкреслити): нормальне, відставання, випередження;
		в) кількість респіраторних захворювань за рік 0, 1, 2, більше
		г) перенесені травми, операції, вогнища хронічної інфекції
		д) перенесені захворювання (підкреслити, вказати, в якому віці): кір; краснуха, скарлатина, вітрянка, епідемічний паротит, гепатит, туберкульоз, ревматизм, часті ангіни, пневмонії
	Чи були (є) значні стреси?	ні, так
	Скарги на здоров'я на теперішній час	ні, так
0	Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку з приводу хронічних захворювань?	– серцево-судинних (кардіоміопатія, гіпертонія, стенокардія, порушення ритму серця, вади серця та ін.); – дихальної, травної, сечостатевої систем; синдрому Марфана; – опорно-рухового апарата (вивихи, гіперрухливість суглобів, сколіоз та ін. (які) _____); – аномалії розташування органів, грижі; – аномалії зорового апарата; – патології судин (варикозне розширення вен); – онкопатологія
1	Чи траплялися у Вас (підкреслити):	– біль (дискомфорт) в грудях чи задишка під час фізичного навантаження; – біль (дискомфорт) у спині, попереку – непритомність чи запаморочення під час фізичних навантажень; – високий АТ (понад 140/90, більш ніж при одному вимірюванні); – інші зміни в стані здоров'я під час фізичних навантажень (які)

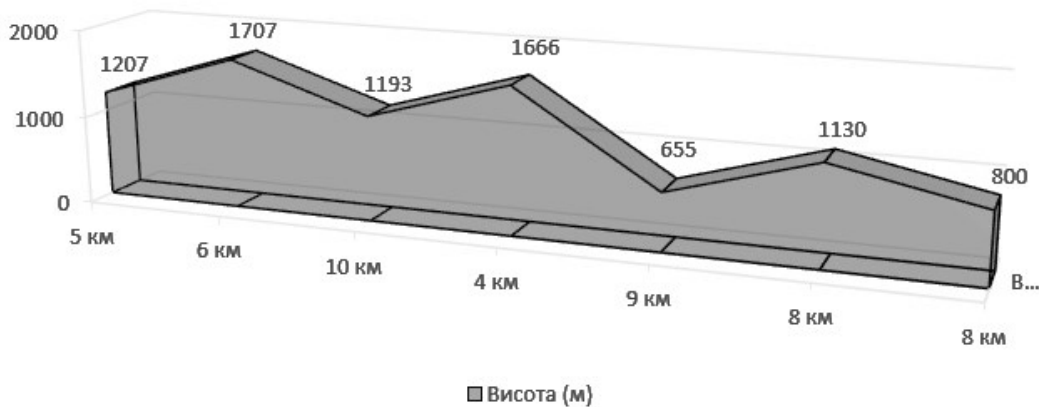


Рис. 1. Коливання висотності маршруту над рівнем моря

Згідно з рисунком 1 найбільший набір висоти на маршруті відбувся у перші дві доби і сягнув максимуму на горі Татарука (1707 м). Перепад висот під час походу склав 1052 м. Виміри проводилися щодня вранці перед виходом на маршрут і ввечері після розташування на стоянці у таборі.

Крім того, проводилася оцінка суб'єктивних відчуттів кожного учасника під час переходу.

Використовуючи анкету, розроблену співробітниками медичної академії, для виявлення чинників ризику, проведено аналіз анамнезу життя учасників походу, результати якої представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Показники чинників ризику за результатами анкетування учасників походу, (n=20)

Питання \ Результат	Заняття спортом	Шкідливі звички	Хронічні стреси	Скарги на періодичні			
				задишку	біль у попереку	коливання АТ	головний біль
Абсолютн.	14	7	9	6	11	1	5
Відсоток (%)	70	35	45	30	55	5	25

Під час аналізу даних анкетування встановлено, що з-поміж 70 % респондентів, які займалися спортом, 35 % мали шкідливі звички (живання алкоголю, тютюнопаління); 45% – хронічні стреси; скаржились на періодичні задишку – 30 %, болі

у поперековому відділу хребта – 55 %, коливання АТ – 5 %, головні болі – 25 %.

В таблиці 2 представлені середньостатистичні дані функціональних проб учасників походу в динаміці.

Таблиця 2

Динаміка показників функціонального стану учасників походу, (n=20)

Показники \ Термін визначення	ЖЄЛ	ВІ	ПД	Динамометрія	Тест Шобера	шкала HADS	
						Депресія	Тривога
На початку	3,16	13,2	100,4	35,94	11,78	2,76	4,27
Наприкінці	3,31	16,8	98,6	35,52	13,26	2,11	2,94

Згідно з даними поданими у табл. 2, зазначимо, що функціональний стан усіх учасників походу покращився. Так, показники життєвої ємності легень збільшились на 4,75 %, що свідчить про покращення аеробних можливостей організму.

Вегетативний індекс – показник, що застосовується для оцінки діяльності вегетативної нервової системи. Чим він вище, тим більший вплив симпатичної нервової системи. Згідно з отриманими результатами, він збільшився на 27,27 %.

Показник подвійного добутку, що характеризує систолічну роботу серця, зменшився на 1,79 %, причому, чим нижче цей показник у стані спокою, тим вище максимальні аеробні можливості і, відповідно, рівень здоров'я людини.

Показники рухливості хребта (тест Шобера) збільшились на 12,56 %. Тоді, як на тлі втрати дані динамометрії зменшились на 1,64 %. Результати анкетування щодо рівнів депресії та тривоги за шкалою HADS зменшились на 23,55 % та 31,14 % відповідно.

На нашу думку, динаміка показників ЖСЛ, ПД, ВІ обумовлена підвищенням тону симпатичної нервової системи, що є реакцією організму на дозований стрес. Показники ПД в динаміці знизились, що свідчить про адаптаційні реакції організму та характеризуються збільшенням максимальної аеробної спроможності серцево-судинної системи. Показники тесту Шобера в динаміці покращились, що ми пов'язуємо з нормалізацією тону «м'язового корсету» хребта. Показники динамометрії в динаміці характеризувалися зниженням результатів, що, на нашу думку, пов'язано з втратою м'язів верхніх кінцівок.

Отже, показники тривоги та депресії за шкалою HADS знизились за рахунок нормалізації діяльності центральної нервової системи (ЦНС).

Висновки

1. На сучасному етапі розвитку суспільства фізична активність – необхідна умова життя людини, що має не лише біологічне, але й соціальне значення. Рухова активність, здійснювана переважно в сфері дозвілля, і кінцевий результат її функціонування виражаються в оптимізації фізичного, психічного, соціального стану людини та є основою поняття «рекреація». Саме туризм як засіб фізичної реабілітації сприймається нині як головна форма рекреаційної діяльності, перетворившись на потужну самостійну галузь нематеріального виробництва.

2. Під впливом рекреаційних заходів у межах туристичного пішохідного походу сталися позитивні зміни в показниках функціонального стану осіб працездатного віку, які брали участь у поході. Зокрема, показники ЖСЛ збільшились на 4,75 %; ВІ збільшились на 27,27 %; ПД зменшились на 1,79 %. Це, на нашу думку, обумовлено підвищенням тону симпатичної нервової системи, що є реакцією організму на дозований стрес та свідчить про адаптаційні реакції організму, що характеризуються збільшенням максимальної аеробної спроможності серцево-судинної системи.

3. Показники рухливості хребта (тест Шобера) збільшились на 12,56 %, що свідчить про нормалізацію тону «м'язового корсету» хребта, тоді як показники динамометрії зменшились на 1,64 %, що ми пов'язуємо з втратою м'язів верхніх кінцівок.

4. Показники депресії та тривоги за шкалою HADS зменшились на 23,55 % та 31,14 % відповідно, на нашу думку, за рахунок нормалізації діяльності центральної нервової системи (ЦНС).

5. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності впливу рекреаційних заходів для осіб працездатного віку для профілактики хронічних захворювань.

Література

1. Абрамов В. В. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич [та ін.]; за ред. професора В. В. Абрамова та доцента О. Л. Смирнової. – Дніпропетровськ, Журфонд, 2014. – 456 с.

2. Борисеко О. В. Методика оптимізації перебування человека в условиях среднгорья / О. В. Борисеко, В. В. Храмов, В. П. Шпитальная, С. А. Толстокоров // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9 – № 4. – С. 684–686.

3. Зайцев В. П. Рекреация как научная дисциплина и ее исторические аспекты / В. П. Зайцев, С. С. Ермаков, С. В. Манчарян, И. А. Федяй. // Педагогика. Психология та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2012. – С. 46–52.

4. Круцевіч Т. Ю. Рекреация у фізичній культурі різних груп населення: навч. посіб. / Т. Ю. Круцевіч, Г. В. Безверхня. – Л.: Олімп. л-ра, 2010. – 248 с.

5. Манучарян С. В. Физическая рекреация и физкультурно-оздоровительный досуг: проблема и теоретический взгляд / С. В. Манучарян, В. П. Зайцев, С. И. Крамской // Здоровьесберегающие технологии, физическая реабилитация и рекреация в высших учебных заведениях. – 2008. – С. 69–74.

6. Муравов И. В. Оздоровительные эффекты физической культуры и спорта / И. В. Муравов. – Киев: Здоровье, 1989. – 246 с.

7. Приступа С. Н. Фізична рекреация: навч. посіб. / С. Н. Приступа, О. М. Жданова, М. М. Линець [та ін.]; за наук. ред. С. Н. Приступи. – Л.: ЛДУФК, 2010. – 447 с.

8. Резников В. А. Послетрудовая реабилитация как социально необходимый фактор повышения адаптационных возможностей лиц, занятых в трудовой деятельности / В. А. Резников, С. А. Семенова // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта». – 2015. – № 3. – С. 150–154.

9. Фурманов А. Г. Физическая рекреация как фактор укрепления и сохранения здоровья в структуре учебного и свободного времени студентов / А. Г. Фурманов, В. А. Горовой // Мир спорта. – 2009. – № 2. – С. 64–67.

