

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻ ԵՎ
ՍՊՈՐՏԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ARMENIAN STATE INSTITUTE OF PHYSICAL CULTURE
AND SPORT

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ И СПОРТА АРМЕНИИ



ՍՊՈՐՏ, ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ, ԿՐԹՈՒԹՅՈՒՆ

SPORT, HEALTH, EDUCATION

СПОРТ, ЗДОРОВЬЕ, ОБРАЗОВАНИЕ

Ուսանողական գիտական տարեգիրք

ԵՐԵՎԱՆ-2024

ՀՏԴ 378:796(058)

ԳՄԴ 74.48+75g53

Ս 835

Երաշխավորված է տպագրության Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտի գիտական խորհրդի որոշմամբ

Սպորտ, առողջություն, կրթություն: Ուսանողական գիտական տարեգիրք.- Եր.: Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտ, 2024.- 87 էջ:

Տարեգրքի նյութերում ընդգրկված են Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտի, հանրապետության, ԱՊՀ բուհերի ուսանողների գիտահետազոտական աշխատանքների նյութերը, որոնք նվիրված են ինչպես ֆիզիկական կուլտուրայի, սպորտի, ադապտիվ ֆիզիկական կուլտուրայի և ադապտիվ սպորտի բազմաբնույթ հիմնախնդիրներին, այնպես էլ հարակից ոլորտներին:

Տարեգրքի նյութերը նախատեսված են ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի բնագավառի բակալավրիատի, մագիստրատուրայի ուսանողների համար:

Տարեգրքի հիմնադիր՝ «Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտ» հիմնադրամ

ՀՏԴ 378:796(058)

ԳՄԴ 74.48+75g53

ISBN 978-9939-1-1975-5

© Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտ, 2024

ՍՊՈՐՏ, ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ, ԿՐԹՈՒԹՅՈՒՆ
Ուսանողական գիտական տարեգիրք

Գլխավոր խմբագիր՝	
Սիմոնյան Տիգրան Գրիգորի	մ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ, rector@sportedu.am)
Պատասխանատու խմբագիր՝	
Հակոբյան Արմեն Լեոնիդի	մ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ)
Խմբագրակազմ	
Բարբառյան Մեսրոպ Սամվելի	մ.գ.թ. (ՀՖԿՍՊԻ)
Գրիգորյան Յուրա Գրիգորի	դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ),
Նալբանդյան Գևորգ Լևոնի	մ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ)
Ստեփանյան Անահիտ Գուրգենի	հ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ)
Մարտիրոսյան Էրիկ Զավենի	մ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ)
Շախյան Ալեքսան Հովհաննեսի	մ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ)
Ղուկաս Կարինե Էդուարդի	տ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ)
Աբովյան Վարդան Արտավազդի	բ.գ.թ., դոցենտ (ՀՖԿՍՊԻ)
Ավագիմյանց Վլադիմիր Միխայիլի	պրոֆեսոր (ԵՊՀ)
Երիցյան Բագրատ Լևոնի	մ.գ.թ., պրոֆեսոր (ՀՀ ՊՆ Վ.Սարգսյանի անվան ռազմական համալսարան)
Սիմոնյան Ասյա Արթուրի	մ.գ.թ. (ՇՊՀ)
Տանաջյան Լուսինե Ասատուրի	պ.գ.թ. (ԳԱԱ)
Քսաջիկյան Նարինե Ներսեսի	կ.գ.թ. (Շիրակացի ճեմարան)
Սիմոնյան Երանուհի Վանիկի	լեզվաբան-խմբագիր (ՀՖԿՍՊԻ, eranuhi.simonyan@sportedu.am)

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

**ԲԱԺԻՆ 1. ԱԴԱՊՏԻՎ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԿՈՒՆՏՈՒՐԱՅԻ, ԱԴԱՊ-
ՏԻՎ ՍՊՈՐՏԻ ԵՎ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՄԱՆ
ՀԱՅԵՑԱԿԵՏԵՐԸ6**

**ՀՈԴԱԽԱԽՏԵՐԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀՖԿՍՊԻ ՈՒՍԱ-
ՆՈՂՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ**

ԱՏՍՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման

ամբիոն, 2-րդ կուրս, Անի Ադամյան 6

ԿԻՆԵԶԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆՆ

ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽԱՉԱՁԵՎ ԿԱՊԱՆԻ ԵՎ ՄԱՀԻԿԻ

ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

ԱՏՍՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,

3-րդ կուրս, Սոնա Դանիելյան 17

**ԴԱՍՏԱԿԻ ԹՈՒՆԵԼԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ՏԱՐԱԾՎԱ-
ԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ**

ԱՏՍՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,

2-րդ կուրս, Արմինե Խաչատրյան29

ԿՈՔՍԱՐԹՐՈՋԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՈՒՍԿԵՐԸ ՍՊՈՐՏՈՒՄ

ԱՏՍՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,

2-րդ կուրս, Ժենյա Կիրակոսյան35

ՃԱՐՊԱԿԱԼՄԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔՈՒՎԵՅԹԻ

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱՅՆՔՈՒՄ ԵՎ ՀՖԿՍՊԻ-ՈՒՄ

2-րդ կուրս, Շաղիկ Մովսեսյան43

ՖԻԶԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԴԵՐԸ ԿԱԹՎԱԾԻՑ ՀԵՏՈ՝ ՎԵ-

ՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑ-

ՔՈՒՄ

ԱՏՍՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն, 3-րդ կուրս, Հասմիկ Պողոսյան	53
ԲԱԺԻՆ 2. ՖԻԶԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻՆ ԵՎ ՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ՍՈՑԻԱԼ-ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ, ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԵՎ ՊԱՏՄԱԳԻՏԱԿԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԵՏԵՐԸ.....	63
ՁՅՈՒԴՈՅՈՒՄ ՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԴԵՐՆ ԱՆՁԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ	
ՄՄ ֆակուլտետ, Ըմբշամարտի և արևելյան մարզաձևերի ամբիոն, 4-րդ կուրս, Գոռ Հովսեփյան	63
ՍՊՈՐՏԻ ԴԵՐԸ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ	
ՄՄ ֆակուլտետ, Ծանրամարտի, բռնցքամարտի և սուսերա- մարտի ամբիոն, 2-րդ կուրս, Գյուլնարա Տիգրանյան.....	78

ԲԱԺԻՆ 1. ԱԴԱՊՏԻՎ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻ, ԱԴԱՊՏԻՎ ՍՊՈՐՏԻ ԵՎ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՄԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԵՏԵՐԸ

ՀՈԴԱԽԱԽՏԵՐԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀՖԿՍՊԻ ՈՒՍԱՆՈՂՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

ԱՏՍՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն, 2-րդ կուրս, Անի Ադամյան Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Թ, դոցենտ Կ. Աբովյան Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան
E:mail: ani.adamyan.2022@sportedu.am, vardan.abovyan@sportedu.am

Առանցքային բառեր: Հոդախախտ, ուսահող, վնասվածք, մարզաձևեր, կինեզիոթերապիա:

Հետազոտության արդիականություն: Սպորտի պրակտիկայում ուսի հոդախախտն ամենատարածված վնասվածքներից մեկն է: Այն կազմում է հոդախախտների ընդհանուր թվի գրեթե կեսը՝ վնասվածքների և հենաշարժողական համակարգի ամբողջականության խախտումների ընդհանուր թվի մոտ 1-3%-ը [5,7,8]: Տղամարդկանց մոտ հոդախախտն ավելի հաճախ է հանդիպում, քան կանանց [6]:

Վնասվածքների բարձր հաճախականությունը կապված է հոդի կառուցվածքի հետ, որը թույլ է տալիս շարժումները կատարել մեծ լայնույթով և, հետևաբար, ավելի քիչ կայուն հող է և

կարող է վնասվել [5]: Ուսահողը բարդ անհամատեղելի հող է, քանի որ բազուկոսկրի գլխիկը 3 անգամ մեծ է թիակի հոդափոսից [1]: Ուսահողում չկան հողն ամրապնդող ներհողային կապաններ, կան միայն արտահողյա կոցաբազկային, կապ-սուլյար և կոցառաւելունային կապանները: Հողն ամրանում է ուսագոտու մկաններով (վերկատարային, ստորկատարային, ենթաթիակային, փոքր կլոր մկաններ), որը հնարավորություն է տալիս հողին՝ կատարելու մեծ լայնույթով շարժումներ [5], ինչը նաև հաճախակի հողախախտերի պատճառ է [10]:

Հոդախախտի ժամանակ շուրջ 90-98% դեպքերում բազկոսկրը տեղաշարժվում է առաջ, հետին տեղաշարժերի առաջացման հաճախականությունը 1-2% է [4,6,8]: Ըստ վիճակագրության՝ տարեկան 100 հազար մարդու հաշվով 1 տարվա ընթացքում առաջային հոդախախտ ախտորոշվել է մոտ 40 մարդու մոտ, մինչդեռ հետին տեղաշարժերը հանդիպում են ընդամենը 1 դեպք հաճախականությամբ: Հոդախախտի ստորին տեսակը հազվադեպ է հանդիպում՝ 1%-ից ավելի քիչ դեպքերում [6]:

10-16 տարեկանների մոտ ուսի առջևի տեղաշարժի հաճախականությունը գնահատվել է մինչև 164 դեպք՝ 100.000 մարդու մոտ տարեկան: Դեռահասների մոտ, որոնք զբաղվում են կոնտակտային մարզաձևերով, ուսի առաջային հոդախախտի հաճախականությունը կարող է մոտենալ 15%-ի: Ըստ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ բազմակողմանի հոդախախտերի հաճախականությունն ամենաբարձրն է մարմնամարզիկների և լողորդների մոտ [3]:

Շատ հաճախ հոդախախտերը, որոնք լիարժեքորեն չեն բուժվում, կարող են կրկնվել: Կրկնվող հոդախախտի հավանականությունը մոտավորապես 90% է կազմում 20 տարեկանից ցածր մարդկանց մոտ՝ համեմատած 40 տարեկանից բարձր անհատների 15% հետ: Ենթադրվում է, որ սա պայմանավորված է ուսի պարկուճում և պատանիների կապաններում 3-րդ տիպի կոլագենի ավելի բարձր պարունակությամբ: Միջին տարիքի և մեծահասակների հետ համեմատած՝ այս տիպի կոլագենը շատ ավելի առաձգական է, քան 1-ին տիպի կոլագենը, որը գերակշռողն է տարեցների հյուսվածքներում: Ուսահողի կրկնվող հոդախախտի ամենաբարձր մակարդակը ամենաերիտասարդ խմբում է՝ 12-16 տարեկաններ, որին հաջորդում են 17-19 տարեկանները [9]:

Կրկնվող հոդախախտերը երիտասարդների մոտ ուսի տրավմատիկ հոդախախտից հետո տարածված բարդություն է, և այն շտկելու համար 50% դեպքերում պահանջվում է վիրաբուժական միջամտություն [2]:

Հարկ է նշել, որ հոդախախտերի կանխարգելման գործընթացում կարևոր տեղ է գրավում նաև կոնսերվատիվ բուժումը: Ուստի, անհրաժեշտություն է առաջանում բացահայտել ուսի հոդախախտի կանխարգելման և վերականգնման եղանակները:

Հետազոտության նպատակը: Բացահայտել ուսի հոդախախտի տարածվածությունը ՀՖԿՍՊԻ-ի ուսանողների շրջանում, նրա կանխարգելման և շտկման եղանակները:

Հետազոտության խնդիրները:

1. Մարզական գործունեությամբ պայմանավորված՝ պարզաբանել հոդախախտների հաճախությունը տարբեր մարզաձևերում ընդգրկված ուսանողների շրջանում: 2. Ներկայացնել պրակտիկայում կիրառվող կինեզիոթերապիայի եղանակները հոդախախտների կանխարգելման և շտկման վերաբերյալ:

Հետազոտության մեթոդները և կազմակերպումը: Հետազոտության մեթոդներն են՝ առկա գրականության ուսումնասիրություն և վերլուծություն, հարցաթերթիկային հարցում:

Հետազոտությունն անցկացվել է Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտում՝ 2023-2024 թթ. ուսումնական տարվա ընթացքում: Հետազոտությանը մասնակցել են 97 ուսանողներ՝ տարբեր մարզաձևերից (10 կարատե, 4 սամբո, 3 բասկետբոլ, 5 ձյուդո, 5 սպորտային պարեր, 5 մարմնամարզություն, 8 ծանրամարտ, 9 բռնցքամարտ, 18 ֆուտբոլ, 6 ֆիտնես, 12 վոլեյբոլ, 3 լող, 9 ֆիտնես) և 14 ոչ մարզիկներ:

Հետազոտվողների այլ տվյալները ներկայացված են 1-ին աղյուսակում:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն:

Ըստ հետազոտության տվյալների՝ հարցմանը մասնակցած ուսանողների 57,7%-ն ունեցել են վնասվածք, որտեղ հոդախախտները կազմում են ընդհանուր վնասվածքների 59,4%: Առավել տարածված է ուսային (39,5%), ծնկան (26,3%) և սրունքվեզային (15,8%) հոդերի հոդախախտները (աղյուսակ 2):

Ուսահոդի հոդախախտներն առավել հաճախ հանդիպում են ձյուդոյիստների (25%), ծանրամարտիկների (16,6%) և

լողորդների (8,3%) շրջանում: Ոչ հաճախակի հանդիպում են նաև մարմնամարզիկների, ֆուտբոլիստների, բռնցքամարտիկների և կարատեիստների շրջանում:

Աղյուսակ 1

Հեղազոտության մասնակիցների բնութագրերը

Ընդհանուր տեղեկություններ	Քանակական տվյալներ
Սեռ՝	
արական	55 (49,5%)
իգական	56 (50,5%)
Տարիքային խմբեր՝	
18-20	54 (48,6%)
21-30	57 (51,4%)
Ներգրավվածությունը սպորտում՝	
այո	97 (87,4%)
ոչ	14 (12,6%)
Սպորտով զբաղվելու ստաժը (տարիներ)՝	
2-5	48 (49,4%)
6-10	28 (28,8%)
11-25	21 (21,8%)

Ստացված տվյալների համաձայն՝ ծնկահոդի հոդախախտերը տարածված են ֆուտբոլիստների (33,3%) և սամբիստների (11,1%) շրջանում, հանդիպում են նաև ծանրամարտիկների, լողորդների, աթլետների, կարատեիստների և ֆիտնեսով

զբաղվողների շրջանում: Սրունքվեգային հոդախախտերն առավել հաճախ հանդիպում են ձյուդոյիստների (33,3%) և վոլեյբոլիստների (16,6%) շրջանում և, ոչ հաճախակի՝ ծանրամարտիկների և մարմնամարզիկների շրջանում:

Հարցման արդյունքների համաձայն՝ հոդախախտումով ուսանողների 36-ը (94,7%) ստացել են կոնսերվատիվ բուժում և միայն 2-ի (5,3%) մոտ է բուժումը եղել վիրահատական: Վնասվածք ստացած ուսանողներից 20-ը (31,2%) հոդախախտերից հետո նշել են տարբեր բարդություններ, երբ պահանջվել է երկարատև վերականգնման գործընթաց: Իրականացվող անհատական ծրագրով, հաշվի առնելով վնասվածք ստացողի ֆիզիկական պատրաստվածության մակարդակը և վնասվածքի բնույթը, ուսի հոդախախտի պարագայում վերականգնման առանցքային տարրը կինեզիոթերապիան է: Կիրառվող վարժություններն ուղղված են ուսագոտու մկանների ամրապնդմանը և հոդի շարժունակության վերականգնմանը: Բուժառուն վարժությունները կատարում է մասնագետի հսկողության ներքո: Տանը վերականգնումն իրականացվում է՝ պահպանելով կինեզիոթերապիստի կողմից ստացված համապատասխան հանձնարարությունները:

Հոդախախտի կանխարգելման արդյունավետ եղանակը այդ հատվածների մկանակապանային համակարգի ամրապնդումն է: Օրինակ՝ ուսահոդի հոդախախտի արդյունավետ կանխարգելման նպատակով կիրառվում են վարժություններ՝ ուղղված դելտայաձև, եռագլուխ, երկգլուխ մկանների ամրապնդմանը: Բացի այդ անհրաժեշտ է պահպանել նաև որոշ նվազագույն պահանջներ՝ մարզումների ընթացքում պետք է

չափազանց ուշադիր լինել՝ կենտրոնանալով վարժության տեխնիկայի ճիշտ կատարմանը, պարապմունքից առաջ անհրաժեշտ է կատարել նախավարժանք, իսկ պարապմունքից հետո՝ կիրառել հանգստացնող միջոցառումներ [11]:

Աղյուսակ 2

Վնասվածքի առկայությունը հեքազոդավորողների մոտ

Վնասվածքի առկայություն	Բոլորը	Մարզիկ	Ոչ մարզիկ
Այո	64 (57,7%)	59 (60,8%)	5 (7,8%)
Ոչ	47 (42,3%)	37 (78,7%)	10 (21,3%)
Հոդախախտեր	38 (59,4%)	34 (57,6%)	4 (80%)
1. արմնկային	1 (2,6%)	1 (2,9%)	-
2. ծնկան	10 (26,3%)	9 (26,5%)	1 (25%)
3. ուսային	15 (39,5%)	12 (35,3%)	3 (75%)
4. կոնքազդրային	1 (2,6%)	1 (2,9%)	-
5. սրունքվեզային	6 (15,8%)	6 (17,5%)	-
6. ճանճանջղաստակային	3 (7,9)	3 (8,8%)	-
7. ճանճանջղիկային	1 (2,6%)	1 (2,9%)	-
8. ֆալանգների	1 (2,6%)	1 (2,9%)	-
Առաջին օգնությունը տեղում իրականացրել է՝			
մարզիչ	14 (36,8%)	-	-
բուժքույր	16 (42,1%)	-	-
Այլ	8 (21,1%)	-	-

2-րդ աղյուսակի շարունակություն

Բժշկական հաստատությունում բուժում ստացել եք՝			
Այո	41 (64,1%)	-	-
Ոչ	23 (35,9%)	-	-
Ունեցել են բարդություններ՝			
Այո	20 (31,2%)	-	-
Ոչ	44 (68,8%)	-	-

Բուժական ֆիզկուլտուրան ցուցված է վերականգնման բոլոր փուլերում, որը որպես կանոն, բաղկացած է 3 փուլից: Վարժություններն ընտրվում են՝ հաշվի առնելով վերականգնման ընթացքը:

Առաջին փուլը՝ ընդհանուր տոնիզացնողը, ընդգրկում է իմոբիլիզացիայի ժամանակահատվածը: Այս փուլի նպատակն է՝ կանխել մկանային ատրոֆիան՝ բարելավելով հյուսվածքների սնուցումը և պահպանել շարժողական ակտիվությունը հոդում: Կինեզիոթերապիան նշանակվում է անմիջապես, եթե հիվանդի վիճակը թույլ է տալիս: Մեթոդիստը հանձնարարում է սեղմել և բացել մատները, այնուհետև ծալել և տարածել դաստակը: Ընդ որում՝ դա կատարվում է ոչ միայն հիվանդ ձեռքով, այլև՝ առողջ:

Երկրորդ փուլը սկսվում է իմոբիլիզացիայից հետո: Այս փուլի հիմնական նպատակն է՝ արագացնել նյութափո-

խանակության գործընթացները և ստեղծել ուսագոտու ամուր մկանային սեղմիրան: Սկզբում վարժությունները կատարվում են պասիվ, ապա՝ ինքնուրույն: Մկանների լարվածությունը փոխարինվում են թուլացմամբ: Կինեզիոթերապիայի առաջին պարապմունքները պետք է անցկացվեն մեթոդիստի հսկողության ներքո: Եթե վերականգնման գործընթացը նորմալ է ընթանում, ապա 14 օր անց բուժառույն կարող է զգույշ շարժումներ կատարել ուսահողում, իսկ մեկ ամիս անց՝ շարժման լայնույթը մեծացվում է: Երրորդ փուլի վերականգնման ավարտի ժամանակահատվածում շարունակվում են ուսի մկանային սեղմիրանի ձևավորման աշխատանքները: Մնացորդային երևույթներն ամբողջությամբ անցնելով՝ ուսի բոլոր գործառույթները պետք է վերականգնվեն: Վարժությունների համալիրը ներառում է ռոտացիոն, զատման, առբերման վարժությունների բեռնվածություն: 3-4 շաբաթ անց, ուսագոտում կարող են կատարել ռոտացիաններ՝ ամբողջ լայնությամբ, ինչպես առողջ վիճակում: Բոլոր վարժությունները կատարվում են ոչ միայն վնասված ձեռքով, այլև՝ առողջ:

Մեկուկես ամիս անց վերականգնված ուսի ձեռքով կարելի է ծանրություններ բարձրացնել, սկսած փոքր քաշերով, որն աստիճանաբար ավելացվում է: Հիանալի արդյունք են տալիս ջրի մեջ կատարված բեռնվածությունները: Հարկ է նշել, որ վերականգնման շրջանի բոլոր փուլերում պետք է խուսափել ցավի զգացողություններից [11]:

Եզրակացություն: 1. Սպորտով զբաղվող ուսանող մարզիկների շրջանում մեծ թիվ են կազմում վնասվածքները: Ընդ

որում՝ բոլոր վնասվածքների կեսից ավելին կազմում են հոդախախտերը՝ տարբեր հոդերի շրջանում:

2. Հոդախախտերի մեջ առավել մեծ տեղ են գրավում ուսահոդի հոդախախտերը, որոնք կրկնակի ավելի շատ են երկրորդ տեղում հանդիպող ծնկահոդի հոդախախտերից:

3. Հոդախախտերի կանխարգելման և առաջ եկած բարդությունների վերականգնումն անհրաժեշտ է իրականացնել՝ ըստ պրակտիկայում կիրառվող երաշխավորագրերի:

📖 ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Փաշիկյան Հ., Մարդու անատոմիա, Ուսումնական ձեռնարկ, Երևան, 2007, 140 էջ:
2. Good CR, MacGillivray JD. Traumatic shoulder dislocation in the adolescent athlete: advances in surgical treatment. Curr Opin Pediatr. 2005 Feb;17(1):25-9. doi: 10.1097/01.mop.0000147905.92602.bb. PMID: 15659959.
3. Kay J, Heyworth BE, Milewski MD, Kramer DE. Pediatric and Adolescent Shoulder Instability. Curr Rev Musculoskelet Med. 2023 Jul;16(7):263-273. doi: 10.1007/s12178-023-09837-z. Epub 2023 Apr 17. PMID: 37067690; PMCID: PMC10356695.
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10356695/>)
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-travmaticheskogo-vyviha-plecha/viewer> /24.06.24/
5. <https://www.scz.ru/library/vyvikh-plechevogo-sustava-symptomy-prichiny-diagnostika-i-lechenie/> /20.11.23/

6. https://hy.wikipedia.org/wiki/%D5%88%D6%82%D5%BD%D5%A1%D5%B0%D5%B8%D5%A4%D5%AB_%D5%B0%D5%B8%D5%A4%D5%A1%D5%AD%D5%A1%D5%AD%D5%BF%D5%80%D5%A5%D5%BF%D5%AB%D5%B6 /22.08.23/
7. <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/vyvih-plecha/> /20.11.23/
8. <https://doct.ru/articles/vyvikh-plecha.html> /20.11.23/
9. <https://consultqd.clevelandclinic.org/shoulder-dislocation-in-the-adolescent-athlete/> /26.11.23/
10. <https://euromed.academy> › profilaktika-vyvikha-plecha /29.05.24/
11. <https://euromed.academy> › lechenie-vyvikha-plecha /29.05.24/

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիտական ղեկավար
Վ. Աբովյանին՝ հոդվածի պատրաստման աջակցության և օգնության
աջակցելու համար:*

**ԿԻՆԵԶԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ
ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՌԱՋԱՅԻՆ
ԽԱՉԱՋԵՎ ԿԱՊԱՆԻ ԵՎ ՄԱՀԻԿԻ
ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ**

*ԱՏՏՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,
3-րդ կուրս, Սոնա Դանիելյան,
Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Թ., դոցենտ Կ. Արովյան,
Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի
պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան,
E-mail: sona.danielyan.2021@sportedu.am,
vardan.abovyan@sportedu.am*

Առանցքային բառեր: Առաջային խաչաձև կապան, մահիկ, ֆիզիկական ռեաբիլիտացիա, կինեզոթերապիա, ֆուտբոլ:

Հետազոտության արդիականություն: Մարզիկների մոտ հենաշարժողական համակարգի հաճախ հանդիպող վնասվածքների 50%-ը բաժին է ընկնում ծնկահոդին. առավել վնասվում են (70%) առաջային խաչաձև կապանը և մահիկը [2]: Վերջիններս հիմնականում հանդիպում են այն մարզաձևերում, որտեղ ստորին վերջույթներով կատարվում են՝ ցատկեր, ոստյուններ, բարդ կոորդինացիոն և պտտական շարժումներ: Ֆուտբոլը հարուստ է նմանօրինակ վարժություններով, ինչն էլ բարձրացնում է վնասվածք ստանալու ռիսկերը:

Ֆուտբոլի միջազգային ֆեդերացիայի (FIFA) տվյալներով՝ աշխարհում գրանցված է 270 միլիոն պրոֆեսիոնալ ֆուտբոլիստ: Հաշվի առնելով FIFA-ի ներկայացրած տվյալները՝ կա-

րելի է եզրակացնել, որ ծնկի վնասվածքների ընդհանուր թիվը ֆուտբոլում մեծ հավանականությամբ կարող է լինել բարձր [2,8]: Վնասվածքները հիմնականում առաջանում են խաղի առաջին և վերջին 15 րոպեների ընթացքում: Սրանք ոչ կոնտակտային վնասվածքներ (54%) են և հիմնականում պայմանավորված են ոչ պատշաճ նախավարժանքով և մկանային հոգնածությամբ [7,8,9,10]: Վնասվածքների մոտ 40%-ը պայմանավորված է խաղացողների բախումներով, դարպասապահների համար այդ ցուցանիշն ավելի բարձր է՝ մինչև 50% [3]: Ֆուտբոլում վնասվածքների առավել խոցելի տարիքը 18-19 տարեկանն է: Մեկ տարվա կտրվածքով 18-19 տարեկան 1000 ֆուտբոլիստի հաշվով կա 492 վնասվածք: Այս տարիքում խաղացողները հաճախ չեն կարողանում ճիշտ բաշխել իրենց ուժը: Երիտասարդ մարզիկները շատ էմոցիոնալ են, ինչը նույնպես մեծացնում է վնասվածք ստանալու ռիսկերը: Ռիսկի գործոն կարող են լինել նաև խաղային փորձի, պրոֆեսիոնալիզմի և ճկունության բացակայությունը [3,8]:

Ֆուտբոլում կանայք ավելի հաճախ և ավելի բարդ վնասվածքներ են ստանում, քան տղամարդիկ: Պատճառները բազմազան են: Կանայք ունեն ավելի քիչ զարգացած մկանային համակարգ, մկաններն ու կապաններն ավելի բարակ են և թույլ, ոսկորներն ավելի փխրուն: Այլ պատճառներից են՝ խաղի ինտենսիվության բարձրացումը, սպորտային կոպտության հաճախակի դրսևորումները [3]:

Վնասվածքների մեծամասնությունը (60-90%) տեղի են ունենում ստորին վերջույթներում, հատկապես սրունքվեզային հոդում, ծնկի կողմնային և առաջային խաչաձև կապանների և

ազդրի քառագլուխ մկանի հատվածներում [1]: Վնասվածքների մեծ մասը մարզիկները ստանում են մրցակցային խաղի ժամանակ (59%) [8]: Առավել հաճախ վնասվում են ծնկահոդի կողմնային և խաչաձև կապանները [1]: Կապանները հոդը պահում են ճիշտ դիրքում, ապահովում են հոդի ամրությունն ու կայունությունը: Դրանցից որևէ մեկի՝ հատկապես առաջային խաչաձև կապանի (ԱԽԿ) պատռվածքն ազդում է հոդի ֆունկցիոնալության վրա, ինչպես նաև կարող է առաջանալ ենթահոդախախտ և, ի վերջո, հանգեցնել հոդի դիստրոֆիկ-դեգեներատիվ փոփոխությունների: Կայունության խախտումը հանգեցնում է հոդի աշխատունակության նվազմանը, իսկ կապանների վնասման հետևանքով առաջացած պրոպրիոցեպտիվ կորուստն ազդում է ամբողջ մկանակապանային և հոդային համակարգերի ֆունկցիոնալության վրա: Բժիշկ-վերականգնողաբանի և մարզչի հիմնական խնդիրն է ամրացնել ֆուտբոլիստի մկանակապանային համակարգը, որը նպատակ ունի կանխարգելել վնասվածքներ ստանալու ռիսկերը և հնարավորինս նվազեցնել դրանք [3]:

Վնասվածքներ ստանալու պարագայում անհրաժեշտություն է առաջանում բուժել համապատասխան հատվածը և իրականացնել վերականգնողական աշխատանքներ՝ կիրառելով կինեզիոթերապիա: Կինեզիոթերապիան թույլ է տալիս վերականգնել ծնկահոդի ինչպես պասիվ, այնպես էլ ակտիվ շարժումները: Վերականգնվում են նաև պրոպրիոցեպտիվ զգայունությունը, մկանների ուժը և ծավալը: Կինեզիոթերապիայից հետո վերականգնվում է ծնկահոդի կայունության զգացումը, բարելավվում են առօրյա և սպորտային հմտությունները:

Վերականգնողական ծրագրերի ժամկետները շատ տարբեր են՝ կախված վնասվածքի բնույթից և կատարված վիրահատության տեսակից: Փոքր վնասվածքներից հետո մարզիկից պահանջվում է 1,5 ամիս՝ մարզական գործունեությանը վերադառնալու համար, իսկ ծանր վնասվածքներից հետո, ինչպիսիք են՝ ծնկի կապանների պատռվածքները կամ ներհոդային ոսկրների կոտրվածքները, ամբողջական վերականգնման ժամանակը 6-9 ամիս է, երբեմն էլ՝ 12 ամիս: Վերականգնողական միջոցառումներն անհրաժեշտ են ոչ միայն վերականգնողական պրոցեսը արագացնելու համար, այլև վերականգնման շրջանի ավարտից հետո լիարժեք բարելավելու ծնկահոդի ֆունկցիոնալ հնարավորությունները [5]:

Նման վնասվածքների վերականգնման գործընթացում լայնորեն կիրառվում են կինեզիոթերապևտիկ բազմազան միջոցներ և մեթոդներ: Վերջիններիս կիրառումը կրում է անհատական բնույթ՝ պայմանավորված վնասվածքի բարդությամբ: Այդ իսկ պատճառով յուրաքանչյուր բուժառուի համար մոլտիդիստիպլինար թիմի կողմից կազմվում է անհատական ծրագիր: Վերջինիս կազմի մեջ են մտնում վիրաբույժը, վերականգնողաբանը, հոգեբանը, ֆիզիոթերապևտը, կինեզիոթերապիստը, մարզիչը և այլ մասնագետներ [6]: Հարկ է նշել, որ այս շարքում շատ կարևոր է կինեզիոթերապիստի դերը:

Հետազոտության նպատակ: Ուսումնասիրել կինեզիոթերապիայի արդյունավետությունը ԱԽԿ-ի և մահիկի վնասվածքների ընթացքում:

Հետազոտության խնդիրները: 1. Ուսումնասիրել ԱԽԿ-ի և մահիկի վնասվածքների առաջացման պատճառները և վերականգնման առանձնահատկությունները:

2. Բացահայտել ԱԽԿ և մահիկի արթրոսկոպիկ ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունից հետո կիրառվող կինեզիոթերապևտիկ մեթոդների և միջոցների արդյունավետությունը:

Հետազոտության մեթոդները և կազմակերպումը: Հետազոտության մեթոդներն են՝ գիտամեթոդական գրական աղբյուրների ուսումնասիրում, վերլուծություն, ամփոփում, մկանային ուժի թեստավորում ըստ բալային գնահատման (0-5 միավոր), գոնիոմետրիա, անտրոպոմետրիկ չափումներ (ազդրի և սրունքի շրջագծեր), մանկավարժական գիտափորձ:

Հետազոտվողը 18 տարեկան իգական սեռի մարզիկ է, որը, ըստ սոնոգրաֆիայի և մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիայի հետազոտության՝ ձախ ծնկահոդում ունեցել է ԱԽԿ-ի ամբողջական վնասվածք՝ ծնկահոդի առաջամիջային ամբողջական անկայունությամբ, միջային մահիկի հետին եղջյուրի բարդ կոմպլեքսային վնասվածք, քրոնիկ հիպերտրոֆիկ սինովիտ, ազդրոսկրի միջային կոճի և Pattelo-Femoral խոնդրոպաթիա: Ելնելով նման իրողությունից՝ կատարվել է արթրոսկոպիկ ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություն:

Ստացիոնար բուժման ընթացքում հետազոտվողը ստացել է կանխարգելիչ դեղորայքային բուժում: Հետազոտվողին դուրս գրելիս՝ խորհուրդ է տրվել վիրահատված վերջույթի չափավորված բեռնվածություն և ձախ ծնկահոդի ֆիքսատորով անշարժեցում՝ 4-5 շաբաթ, հետագա ռեաբիլիտացիոն բուժում: Բուժառուին նշանակվել էր վերականգնման իրեն համապա-

տասխան բուժման եղանակ՝ պահպանելով կինեզիոթերապևտիկ ընդհանուր մեթոդները, հաշվի առնելով տվյալ անձի անատոմորֆոլոգիական առանձնահատկությունները [13]: Վերականգնողական մարզումները իրականացել են գիտափորձում, որը սկսվել է վիրահատությունից հետո մեկ ամիս անց՝ «Ուրարտու» ֆուտբոլային ակումբում:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն: Վերականգնողական պարապմունքներն ուղղված են եղել ստորին վերջույթների մկանսկապանային համակարգի ամրապնդմանը: Նպատակ ունենալով ամրապնդել մարզիկի ստորին վերջույթի մկանները՝ ստեղծելով ամուր կորսետ հոդի համար, վերականգնել շարժումների ծավալը և ծնկահոդի կայունությունը, բարելավել մարզիկի հոգեէմոցիոնալ վիճակը և պատրաստել հետագա մարզումային ծրագրերին: Կիրառվել են ընդհանուր զարգացնող վարժություններ, առանձնահատուկ շեշտ է դրվել առբերիչ մկանների վրա: Կատարվել են նաև կոորդինացիայի, շարժունակության, հավասարակշռության և մկանային ուժի զարգացմանը նպաստող վարժություններ:

Մինչև վերականգնողական պարապմունքների իրականացումը գիտափորձում մեր կողմից ուսումնասիրվել են ստորին վերջույթի մի շարք ցուցանիշներ (աղյուսակ)՝ նպատակ ունենալով հետագայում գնահատելու վերականգնողական միջամտությունների արդյունավետությունը:

Ծրագիրն իրականացվել է՝ համաձայն «Ուրարտու» ֆուտբոլային ակումբի ֆիզիոթերապևտ Խուան Հերնանդեսի մշակած ծրագրի: Ծրագրի բովանդակության հիմնական ուղղությունները կազմել են կինեզիոթերապևտիկ վարժությունները:

Առաջին երկու շաբաթների ընթացքում բոլոր մկանախմբերի համար կատարվել են ընդհանուր զարգացնող վարժություններ, ինչպես նաև իզոմետրիկ բնույթի վարժություններ՝ քառազլուխ մկանի համար: Բոլոր վարժությունները կատարվել են դանդաղ, հանգիստ, 15-20 անգամ՝ 2 մոտեցմամբ: Վերականգնողական երրորդ շաբաթը եղել է մարզումային: Այս ընթացքում կատարվել են ուժային վարժություններ և՛ վերին, և՛ ստորին վերջույթների համար: Վարժությունները կատարվել են 20-25 անգամ՝ 3 մոտեցմամբ: Չորրորդ շաբաթում ուժային վարժություններին ավելացել են կոորդինացիան և հավասարակշռությունը զարգացնող վարժություններ: Վարժությունների քանակը մնացել է անփոփոխ՝ 20-25 անգամ՝ 4 մոտեցմամբ: Չորրորդ շաբաթվա վերջին պլանավորվել էր դանդաղ վազք՝ 2 անգամ 7 րոպե տևողությամբ: Մարզումները կատարվել են ամեն օր՝ 1,5-2 ժամ: Առաջին երկու շաբաթների ընթացքում յուրաքանչյուր մարզումից հետո իրականացվել է ծախս ծնկահոդի մերսում և կրիոթերապիա game ready սարքի միջոցով: Մերսումները շարունակվել են երրորդ և չորրորդ շաբաթների ընթացքում, իսկ կրիոթերապիան իրականացվել է մեկ օր դադարով:

Աղյուսակ

**Ծնկահոդի մորֆոֆունկցիոնալ փոփոխությունները
գիպսափորձի արդյունքում**

Ցուցանիշներ	Ցուցանիշների փոփոխության արդյունքները		
Մկանային ուժ (միավոր)	Վիրահատությունից առաջ	Վիրահատությունից հետո	Կինեզիոթերապևտիկ միջամտությունից հետո
աջ - (flexia/extensia)	5/5	5/5	5/5
ձախ (flexia/extensia)	5/5	5/5	5/5
ազդրի շրջագիծ (սմ)	-	-	-
աջ	48	48	53
ձախ	50	45	51
սրունքի շրջագիծ (սմ)	-	-	-
աջ	38	37	38
ձախ	38	35	36
գոնիոմետրիա (°)			
աջ (flexia/extensia)	130/5	130/5	130/5
ձախ (flexia/extensia)	120/3	55/2	123/4

Ըստ մկանային ուժի թեստավորման՝ ստորին վերջույթների մկանային ուժը վիրահատությունից առաջ գնահատվել է գերազանց (աղյուսակ)՝ համաձայն բալային համակարգի համապատասխան երաշխավորագրի [11], որով փաստվում է, որ մկանային համակարգը չի ներառվել ախտաբանական պրոցեսների մեջ:

Նախքան վիրահատությունը, ըստ գոնիոմետրիայի տվյալների՝ ձախ ծնկահոդի տարածման ցուցանիշը նորմայից նվազել է 2° -ով, որը, ըստ Norkin et al (2016)՝ կազմում է $5-10^{\circ}$ [12]: Ձախ ծնկահոդի ծալման, աջ ծնկահոդի տարածման և ծալման ֆունկցիաների ցուցանիշները եղել են նորմայի սահմաններում: Վիրահատությունից հետո ձախ ծնկահոդի տարածման ցուցանիշը նվազել է 1° -ով, իսկ ծալմանը՝ 65° -ով (աղյուսակ): Կինեզիոթերապևտիկ միջամտությունից հետո աստիճանաբար գրանցվել են դրական փոփոխություններ. տարածման ցուցանիշը ավելացել է 2° -ով, իսկ ծալմանը՝ 68° -ով (աղյուսակ): Դրական փոփոխությունները վկայում են, որ կիրառված վարժությունները բարելավվել են ծնկահոդի շարժունակությունը:

Վիրահատությունից առաջ աջ ազդրի շրջագիծը կազմել է 48 սմ, ձախինը՝ 50սմ: Վիրահատությունից հետո, աջ ազդրի շրջագիծը փոփոխության չի ենթարկվել, իսկ ձախինը նվազել է 5սմ-ով (դարձել է 45սմ): Կինեզիոթերապևտիկ միջամտությունից հետո երկու շրջագծերում նկատվել է աճ՝ աջը՝ 5սմ-ով, իսկ ձախը՝ 6սմ-ով (աղյուսակ): Սրունքի շրջագծի չափման տվյալները վկայում են դրական փոփոխությունների միտման մասին:

Ստացված արդյունքերը պայմանավորված են մկանային ուժը զարգացնող վարժություններով:

Ինչպես երևում է տվյալներից, իրականացված կինեզիոթերապևտիկ միջամտություններն արդյունավետ են և ցուցված են վերականգնողական մարզումների ընթացքում:

Եզրակացություն: 1. Ծնկահոդի առաջային խաչաձև կապանի և մահիկի վնասվածքները ֆուտբոլիստների շրջանում առավել հանդիպող վնասվածքներ են, որոնց վերականգնման համար կիրառվում են կինեզիոթերապևտիկ մեթոդներ:

2. Ռեկոնստրուկտիվ վիրահատական միջամտությունից հետո ծնկահոդի ֆունկցիայի վերականգնումը ֆիզիկական վարժությունների միջոցով պետք է կրի անհատական մոտեցում:

3. Մասնագետների կողմից առաջարկվող կինեզիոթերապևտիկ եղանակների միջոցով ստորին վերջույթի ֆունկցիայի վերականգնումն արդյունավետ է:

📖 ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Механизм повреждения и этапность физической реабилитации после травм крестообразной связки коленного сустава у спортсменов <https://elibrary.ru/item.asp?id=38165756> [մուտք՝ 22.01.24]

2. Физическая реабилитация спортсменов после сочетанной травм передней крестообразной связки и мениска коленного сустава с применением баланстренинга для развития проприоции https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/95095/1/urfu2220_d.pdf [մուտք՝ 22.01.24]

3. Диагностика и профилактика травм коленного сустава. Материал подготовил Начальник медико-биологической

службы К.С.Моденов 5a87037f8c887.pdf (bizmrg.com) [մուտք՝ 02.04.24]

4. Травматология. Учебно-методическое пособие. - Майкл: изд-во МГТУ, 2015 [մուտք՝ 08.05.24]

5. Как разработать колено после операции или травмы? - статьи клиники Доктора Глазкова в Москве (koleno.su) [մուտք՝ 28.05.24]

6. Реабилитация после операции коленного сустава: правила восстановления (msk-artusmed.ru) [մուտք՝ 28.05.24]

7. Chomiak J, Junge A, Peterson L, Dvorak J. Severe Injuries in Football Players. *The American Journal of Sports Medicine*. 2000;28(5_suppl):58-68. doi:10.1177/28.suppl_5.s-58

8. Hawkins RD, Hulse MA, Wilkinson C, Hodson A, Gibson M. The association football medical research programme: an audit of injuries in professional football. *Br J Sports Med*. 2001 Feb;35(1):43-7. doi: 10.1136/bjsm.35.1.43. PMID: 11157461; PMCID: PMC1724279.

9. Dvorak J, Junge A, Chomiak J, et al. Risk Factor Analysis for Injuries in Football Players. *The American Journal of Sports Medicine*. 2000;28(5_suppl):69-74. doi:10.1177/28.suppl_5.s-69

10. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2009.01063.x>
[մուտք՝ 18.01.24]

11. Daniels and Worthingham's Muscle Testing - Techniques of Manual Examination and Performance Testing, Saunders, Dale Avers, Marybeth Brown, Elsevier, 10th Edition 2019-TLS.pdf [մուտք՝ 08.05.24]

12. Norkin C. C., White D.J. 2016. Measurement of joint Motion: A Guide to Goniometry. Philadelphia. F.A. Davis company [մուտք՝ 08.05.24]

13. <https://www.gosmed.ru/lechebnaya-deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/travmatologiya-bolezny/travmy-krestoobraznykh-svyazok/> [մուտք՝ 19.05.24]

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիտական ղեկավար
Վ. Աբովյանին՝ հոդվածի պատրաստման աշխատանքներին
աջակցելու համար:*

ԴԱՍՏԱԿԻ ԹՈՒՆԵԼԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

USUSԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,

2-րդ կուրս, Արմինե Խաչատրյան

Գիտական ղեկավար՝ *բ.գ.թ., դոցենտ Վ. Աբովյան*

Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի

պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան

E-mail: *armine.khachatryan.2022@sportedu.am,*

vardan.abovyan@sportedu.am

Առանցքային բառեր: Դաստակի թունելային համախտանիշ, ախտաբանական վիճակ, ցավ, թմրածություն, կանխարգելում, ֆիզիկական վարժություններ:

Հետազոտության արդիականություն: Դաստակի թունելային համախտանիշը (ԴԹՀ) տարածված ախտաբանական վիճակ է, որն առկա է բնակչության մոտավորապես 3-6%-ի մոտ [3,4]: ԴԹՀ-ն առաջացնում է ձեռքի ցավ, թմրածություն և թուլություն՝ դաստակի միջնակ նյարդի սեղմման պատճառով: Այս համախտանիշն առավել ցայտուն դրսևորվեց COVID-19 համաճարակի արդյունքում, քանզի մարդիկ, ինքնամեկուսանալով ավելի շատ ժամանակ էին անցկացնում համակարգիչների և գաջեթների առջև՝ կատարելով երկարատև, միօրինակ շարժումներ դաստակով, ինչի հետևանքով էլ շատերը սկսեցին դաստակի շրջանում զանգատվել ցավից, թմրածությունից, տհաճ զգացողություններից, որը հիմնականում վկայում է ԴԹՀ-ի մասին: Բուժերում անցկացված տարբեր հետա-

զոտություններ փաստել են, որ ԴԹՀ-ի ախտանիշներն առկա են ուսանողների 48,7%-ի մոտ, մինչդեռ մինչև հեռավար ուսուցման անցնելն այն կազմում էր 17,1 % [1]:

Հետազոտության նպատակն է՝ ուսումնասիրել ԴԹՀ-ի վերաբերյալ առկա տեղեկատվությունը՝ նրա տարածվածության և կանխարգելման մասին:

Հետազոտության խնդիրները: Ելնելով հետազոտության նպատակից՝ առաջադրվել են հետևյալ խնդիրները.

1. Իրականացնել գրականության, համացանցում ԴԹՀ-ի վերաբերյալ առկա նյութերի, հոդվածների, տվյալների վերհանում և վերլուծություն:

2. Ի հայտ բերել ԴԹՀ-ի կանխարգելման վերաբերյալ եղանակները:

Հետազոտության մեթոդները: Առաջադրված խնդիրները լուծելու համար կիրառվել է գիտամեթոդական գրականության ուսումնասիրման, վերլուծության և ընդհանրացման մեթոդը:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն: Դաստակի թունելային համախտանիշն ախտաբանական վիճակ է, որն առաջանում է նախաբազկի միջնակ նյարդի՝ միջմկանային, միջկապանային և միջոսկրային սեղմման ֆոնին, ինչպես նաև դաստակի թունելի այտուցի հետևանքով: Համախտանիշը բազմապատճառային է: ԴԹՀ-ի առաջացման պատճառները կարող են լինել՝ ձեռքի անհարմար երկարատև դիրքը, դաստակի երկարատև ծալված դիրքը, դաստակի մկանների երկարատև լարվածությունը, դաստակի շրջանում արյան շրջանառության խանգարումը, սնուցախանգարումը, դաստակի շրջանում հիպոքսիան և այլն: Ռիսկի խմբում այն մարդիկ են, որոնք

կատարում են երկարատև, միօրինակ շարժումներ ձեռքերով՝ ծրագրավորողներ, դերձակներ, երաժիշտներ, նկարիչներ, մերսողներ և այլն [2]:

Տարբեր հետազոտություններ փաստում են, որ ԴԹՀ-ի տարածվածությունը մեծացել է հատկապես COVID-19-ով պայմանավորված հեռավար ուսուցման հետևանքով: ԴԹՀ-ի դրսևորման հաճախականության առավել մեծ աճ գրանցվել է բժշկական պրոֆիլի ուսանողների մոտ. մինչ հեռավար ուսուցումն այն կազմել է 6,3%, հեռավար ուսուցումից հետո՝ 33,4%: Ճարտարագիտության, տեխնոլոգիայի, տեխնիկական, մաթեմատիկական և բնագիտական գիտությունների ուղղությամբ սովորող ուսանողների մոտ այն համապատասխանաբար կազմել է 18,3%, համավարակից հետո՝ 20,6%: Նման պատկեր արձանագրվել է մանկավարժական ուղղությամբ սովորող ուսանողների շրջանում՝ 11,3%, համավարակից հետո՝ 24,6% [1]:

Ուսանողների 61,9%-ը, որոնք ունեն ԴԹՀ-ի ախտանշաններ՝ համակարգչով աշխատում են օրական 4-6 ժամ, 28,9%-ը՝ մինչև 6 ժամ, 9,2%-ը՝ մինչև 4 ժամ [1]:

ԴԹՀ-ի նպաստող գործոններն են՝ սթրեսը, հղիությունը, արթրիտները, էնդոկրին համակարգի հիվանդությունները, դաստակի վնասվածքները, դաստակի կիստաները, նորագոյացությունները, ավելորդ քաշը, վնասակար սովորությունները, դաստակի ջլերի այտուցն ու բորբոքային գործընթացները [2]: Գեր մարդկանց մոտ ԴԹՀ-ի զարգացման ռիսկը կրկնապատկվում է: ԴԹՀ-ն ավելի տարածված է կանանց մոտ, քան տղամարդկանց՝ 3:1 հարաբերակցությամբ: ԴԹՀ-ն երեխաների մոտ հազվադեպ է հանդիպում. այն սովորաբար ի հայտ է

գալիս 40-60 տարեկան մեծահասակների մոտ, սակայն վերջին տասնամյակներում հանդիպում է նաև ավելի երիտասարդների մոտ [5]:

ԴԹՀ-ի ժամանակ տեղի է ունենում՝ զգայական (պարեզթեզիա, ձեռքի թմրածություն, ցավ, մատների ու դաստակի շրջանում ծակոցներ, զգայության նվազում, էլեկտրական հոսանքի հարվածի նման զգացողություն) և շարժողական (ձեռքի ափի ու մատների թուլություն, շարժումների սահունության և ուժի նվազում) ֆունկցիաների խանգարում [2], հաճախակի առաջ են գալիս ցավեր [4]:

ԴԹՀ-ի խորացման և բարդացման դեպքում հնարավոր է նաև մկանների ու կապանների ատրոֆիա, ինչպես նաև մաշկի գույնի փոփոխություն, ինչն առաջանում է սնուցախանգարման հետևանքով [6]:

ԴԹՀ-ի կանխարգելման նպատակով պրակտիկայում լայնորեն կիրառվում են ֆիզիկական վարժություններ, որոնք ուղղված են դաստակի շրջանում արյան շրջանառության բարելավմանը և թմրածության վերացմանը: Հատկապես համակարգչով երկարատև աշխատելիս 2 ժամը մեկ խորհուրդ է տրվում կատարել պարզ ֆիզիկական վարժություններ՝

- կատարել ձեռքերի թափահարումներ՝ 10-20 վրկ.,
- ձեռքերի մատները բռնցքել սեղմած պահել 3-5 վրկ., ապա բացել և մատները առավելագույն տարածել 5-6 վրկ., կրկնել 5-10 անգամ,
- կատարել դաստակների ծալում և տարածում, պտույտներ, կրկնել 5-10 անգամ,

- մատները հերթականությամբ միացնել բութ մատին, բութ մատով դիմադրելով մյուս մատներին, 10-20 վրկ.,
- ձեռքերի ափերը միացնել իրար և հերթականությամբ՝ մատներն իրարից անջատել և միացնել, 10-20 վրկ. [2]:

Եզրակացություն:

1. ԴԹՀ-ի զարգացման ռիսկը մեծանում է մի շարք մասնագիտություններում, ինչպես նաև համակարգչով երկարատև աշխատելիս, երբ ձեռքով, մասնավորապես դաստակով կատարում են միօրինակ, երկարատև շարժումներ:

2. Ձեռքով միօրինակ երկարատև շարժումներ կատարելու ժամանակ անհրաժեշտ է հաճախակի կատարել ընդմիջումներ և հատուկ ֆիզիկական վարժություններ, որոնք նպաստում են դաստակի շրջանում արյան շրջանառության բարելավմանը, թմրածության վերացմանը, մկանների թուլացմանն ու ձգմանը:

📖 ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Томских. Э.С., Оценка распространенности туннельного карпального синдрома среди студентов высших учебных заведений в период введения противозидемических мероприятий Covid-19. MEDICUS International medical scientific journal № 6 (48), 2022

2. Халимова А.А., медицинский центр «Рахат», Туннельный синдром (Обзор литературы), г. Алматы, Казахстан, Вестник АГИУБ, спецвыпуск, 2013г.

3. Atrosi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I. Prevalence of Carpal Tunnel Syndrome in a General

Population. JAMA. 1999;282(2):153–158. Doi:10.1001/jama.282.2.153

4. Javed HR., et al. Dentists' Carpal Tunnel Syndrome Prevalence Study (2023). 3(2): DOI: [https://doi.org/ 10.61919/jhrr.v3i2.119](https://doi.org/10.61919/jhrr.v3i2.119)

5. Sevy JO, Sina RE, Varacallo M. Carpal Tunnel Syndrome. [Updated 2023 Oct 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448179/>

6. <https://www.gosmed.ru/lechebnaya-deyatelnost/spravoch-nik-zabolevaniy/travmatologiya-bolezny/tunnelnyy-sindrom-zapyastya/> [մուտք՝ 31.01.24]

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիտական ղեկավար
Վ. Արմյանին՝ հոդվածի պատրաստման աշխատանքներին
աջակցելու համար:*

ԿՈՔՍԱՐԹՐՈՁԻ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ՌԻՍԿԵՐԸ ՍՊՈՐՏՈՒՄ

ԱՏՏՍԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,

2-րդ կուրս, Ժենյա Կիրակոսյան,

Գիտական ղեկավար՝ *բ.գ.թ. , դոցենտ Վ. Աբովյան,*

Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի

պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան,

E-mail: *zhenya.kirakosyan.2022@sportedu.am,*

vardan.abovyan@sportedu.am

Առանցքային բառեր: Կոքսարթրոզ, օստեոարթրիտ, կանխարգելում, սպորտ, ռիսկի գործոն:

Հետազոտության արդիականություն: Հենաշարժողական համակարգի հիվանդությունների ընդհանուր թվի հաճախականությամբ կոքսարթրոզը երկրորդ տեղում է ծնկահոդերի վնասվածքներից հետո, իսկ աշխատունակության կորուստների առումով՝ առաջինը: Հոդերի վնասման պատճառով հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց ավելի քան 20%-ի հիմնական հիվանդությունը կոքսարթրոզն է [7]:

Վիճակագրական տվյալների համաձայն՝ 16-25 տարեկան հիվանդների մոտ նկատվում են օստեոարթրիտի (ՕԱ) ախտորոշման առանձին դեպքեր: Հիվանդությունը սկսվում է 20-25 տարեկանից, ախտանիշների առաջացման միջին տարիքը 37-39 տարեկանն է: Այն զարգանում է տարիքի հետ, ինչը կապված է ոսկրամկանային համակարգի պաթոլոգիաների առկայությանը զուգահեռ: Միջին տարիքի հիվանդների մոտ կոքսարթրոզի տարածվածությունը 11 % է: Երեխաների և դեռահասների մոտ կոքսարթրոզի տարածվածությունը 11 % է: Երեխաների և դեռահասների մոտ կոքսարթրոզի տարածվածությունը 11 % է: Երեխաների և դեռահասների մոտ կոքսարթրոզի տարածվածությունը 11 % է:

հասների մոտ կոքսարթրոզը հոդերի բնածին դիսպլազիայի հետևանք է [14]:

Ըստ որոշ հեղինակների՝ սպորտային գործունեությունը մեծացնում է օստեոարթրիտի զարգացման ռիսկը [9]: Մարզիկների մոտ կոքսարթրոզը հիմնականում առաջանում է հոդերի վրա գերբեռնվածության ավելացման պատճառով, որի արդյունքում վերջիններս ավելի արագ են մաշվում և 20-25 տարի անց նվազագույն փոփոխություններ կարելի է հայտնաբերել գրեթե ցանկացած մարզիկի մոտ [12]: Հիվանդության զարգացումը կարող է տևել երկար տարիներ: Մշտական չափազանց մեծ բեռնվածությունները և միկրովնասվածքները վերաժվում են ավելի լուրջ հետևանքների: Ծանր վնասվածքներ են առաջանում նաև ընկնելուց, կապտուկներից և հոդախախտերից հետո: Հետևանքը 35-40 տարեկանում մի շարք հիվանդություններն են, օրինակ՝ 3-4 աստիճանի ծնկան և կոնքազդրային հոդերի արթրոզ [4]:

Ինչպես ցանկացած հիվանդության դեպքում, որը կապված է հոդերի աստիճանական մաշման հետ, այդ թվում կոքսարթրոզի, օգտագործվում են պահպանողական մեթոդներ: Օրինակ՝ բեռնվածության սահմանափակում, մարզումների իրականացում անհատական ծրագրով վերականգնող մասնագետի հետ: Այս կերպ հնարավոր է լինում դադարեցնել կամ գոնե դանդաղեցնել հիվանդության առաջընթացը [11]: Վատագույն դեպքում մարզիկի կարիերան ավարտվում է:

Չնայած այս ամենին, հարկ է նշել, որ սպորտային գործունեության և օստեոարթրիտի միջև կապը մնում է մինչև վերջ չուսումնասիրված: Ըստ որոշ հեղինակների՝ սպորտային գոր-

ծունեությունը մեծացնում է օստեոարթրիտի զարգացման ռիսկը, սակայն դա տարբեր է առանձին սպորտաձևերում [9]:

Կոքսարթրոզի տարածվածության ցուցանիշների բացահայտումը անհրաժեշտ է՝ այս պաթոլոգիայի սոցիալ-տնտեսական նշանակությունը գնահատելու և ըստ այդմ՝ համապատասխան կանխարգելիչ միջոցառումներ նախաձեռնելու համար [1,2]:

Հետազոտության նպատակն է՝ բացահայտել կոքսարթրոզի տարածվածությունը սպորտում:

Հետազոտության խնդիրները: Ուսումնասիրել կոքսարթրոզի տարածվածությունը տարբեր մարզաձևերում:

Հետազոտության մեթոդներն են՝ գրական աղբյուրների ուսումնասիրում և վերլուծություն:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն: Կոքսարթրոզը պատկանում է «օստեոարթրոզ» խմբին: Հիվանդության այլ անվանումներն են՝ օստեոարթրիտ (ՕԱ), դեֆորմացնող արթրոզ [7,5]: Մարդու ոսկրային համակարգի դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ հիվանդությունների շարքում ամենատարածվածն է ՕԱ-ը: Վերջինս հաշմանդամության ամենամեծ պատճառն է 18 տարեկանից բարձր անձանց շրջանում: Այն ազդում է ավելի քան երկու անգամ ավելի շատ մարդկանց վրա, քան սրտի հիվանդությունները, և տարիքի հետ աճում է նրա տարածվածությունը [11]:

Կոքսարթրոզի առաջացման պատճառներն են՝ ժառանգական նախատրամադրվածությունը, տարիքը, հավելյալ քաշը, ոսկորների և հոդերի զարգացման անոմալիաները, ծանրաբեռնված ֆիզիկական աշխատանքը, ոսկորների և հոդերի

պաթոլոգիաները (օրինակ՝ ռևմատոիդ, հոդատապային արթրիտ, հոդերի վարակիչ վնասվածքներ), էնդոկրին հիվանդություններ (շաքարախտ, գիրություն) և վնասվածքները [8]:

Մարզիկների մոտ, որոնք ունենում են ծնկի կամ կոնքի վնասվածքներ, մեծ է հավանականությունը, որ կզարգանա ազդրի օստեոարթրիտ [9]:

Ըստ վիճակագրական տվյալների՝ 20-60% դեպքերում արթրոզի զարգացման պատճառ կարող է լինել ծնկահոդի խաչաձև կապանների վնասվածքը:

Սրունքվեգային հոդերի արթրոզն ամենից հաճախ դահուկորդների ու սնոթորդիստների մոտ հանդիպում է սրունքվեգային հոդերի վնասվածքի պատճառով: Դահուկորդների և սնոթորդիստների արթրոզը միշտ չէ, որ պայմանավորված է վնասվածքի հետ, այն կապված է նաև սրունքվեգային հոդի գերբեռնվածության հետ [15]:

Ազդրի և ծնկի օստեոարթրիտի զարգացման հավանականությունը մեծ է տափօղակով հոկեյի և ըմբշամարտի մարզիկների մոտ, իսկ ազդրի օստեոարթրիտի զարգացման ռիսկը՝ հանդբոլիստների մոտ [3]:

Ըմբիշների շրջանում ազդրի օստեոարթրիտի բարձր տարածվածությունը կարող է պայմանավորված լինել մեծ բեռնվածությամբ, վնասվածքներով, ինչպես նաև ոչ բնական անատոմիկ զիջվածքի հետևանքով ռոտացիոն շարժումների արդյունքում:

Ամերիկյան ֆուտբոլով զբաղվելը մեծացնում է բազմաթիվ հոդերի դեգեներատիվ փոփոխությունների հաճախականությունը [9]: Առաջային խաչաձև կապանների պատռվածք

ունեցող ֆուտբոլիստների մոտ ծնկի ՕԱ-ի զարգացումն ավելի հավանական է [11]:

Հանդբոլը մեծ մեխանիկական բեռնվածություն է թողնում կոնքազդրային հոդի վրա, դրան նպաստում են հաճախակի կատարվող կտրուկ շարժումները, արագ կանգառները և արագացումները: Ըստ երևույթին՝ դա է պատճառներից մեկը, որ կոնքազդրային հոդերից առնվազն մեկում հանդբոլիստների 60%-ի մոտ ախտորոշվել է ՕԱ [10]:

Կոնտակտային մարզաձևերում պրոֆեսիոնալ մարզիկների մոտ առկա է ՕԱ-ի ամենաբարձր ցուցանիշը [11]:

Եզրակացություն: Պրոֆեսիոնալ սպորտը կարող է հանգեցնել վնասվածքների, հետևաբար օստեոարթրիտի զարգացմանը: Վերջինիս զարգացման ռիսկերը հատկապես բարձր են կոնտակտային մարզաձևերում՝ տափօղակով հոկեյ, ըմբշամարտ, հանդբոլ և ֆուտբոլ: Օստեոարթրիտը բավականին հաճախ դիտվում է նաև ձմեռային մարզաձևերով զբաղվող մարզիկների մոտ, մասնավորապես՝ դահուկորդների ու սնոուբորդիստների:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1.Захаров К.И., Зудин Э.Г., Парфенов Ю.А., Парфенов С.А., Ершов Е.В., Возрастные особенности эпидемиологии деформирующего коксартроза у пациентов Санкт-Петербурга и Ленинградской области // Современные проблемы науки и образования. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26721> [մուտք՝ 10.02.2024]

2. Корьяк В. А. В., Сорокиков А, Свистунов В. В., Шарова Т. В., Малов И.В., Григорьев Е.Г., Шпрах В.В., Павлюк Л.А., Дудин П.Е., <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-koksartroza> [մուտք՝ 10.02.24]

3. 2014–2024 Медицинский центр «Santerra» <https://santerramed.ru/napravleniya/ortopediya/zabolevaniya/koksartroz.html> [մուտք՝ 10.02.24]

4. 000 “Е.М.К.” – “Первая медицинская клиника”. 190013, Санкт-Петербург г.

<https://pervaya-medklinika.ru/pochemu-futbolisty-uxodyat-iz-sporta-v-35-40-let> [մուտք՝ 21.05.2024]

5. 2024 000 "Бизнес Центр Арбат" <https://www.mos-clinics.ru/diseases/koksartroz/#:~:text=%D0%9D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B8%D0%BD> [մուտք՝ 12.04.2024]

6. Alessandro Bistolfi, Wen-Ming Zhang, Lee Gwo-Chin Alessandro Bistolfi, Wen-Ming Zhang, Gwo-Chin Lee, Early prophylactic intervention: Avoiding or deferring arthroplasty?, *Seminars in Arthroplasty*, Volume 29, Issue 3, 2018, Pages 124-128, ISSN 1045-4527, <https://doi.org/10.1053/j.sart.2019.02.001>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1045452719300173>)

7. Koryak V.A., Botvinkin A.D., Sorokovikov V.A. Epidemiological assessment of the prevalence of coxarthrosis according to reports from medical organizations. *Acta Biomedica Scientifica*. 2022;7(2):282-291. (In Russ.) <https://doi.org/10.29413/ABS.2022-7.2.28>

8.Migliorini, Filippo MD, PhD, MBA; Maffulli, Nicola MD, Pintore, Andrea, Ernst, Jeff , Eschweiler, Joerg, Hildebrand, Frank, Betsch, Marcel, MHBA. Osteoarthritis Risks and Sports: An Evidence-based Systemat Review. Sports Medicine and Arthroscopy Review 30(3):p 118-140, September 2022. https://journals.lww.com/sportsmedarthro/abstract/2022/09000/osteoarthritis_risks_and_sports__an_evidence_based.2.aspx

9.Bestwick-Stevenson T, Ifesemen OS, Pearson RG, Edwards KL. Association of Sports Participation With Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Orthop J Sports Med. 2021 Jun 14;9(6):23259671211004554.

doi: 10.1177/23259671211004554. PMID: 34179201; PMCID: PMC8207281.

10.L'Hermette M, Polle G, Tourny-Chollet C, Dujardin F. Hip passive range of motion and frequency of radiographic hip osteoarthritis in former elite handball players. Br J Sports Med. 2006 Jan;40(1):45-9; discussion 45-9. doi: 10.1136/bjsm.2005.019026. PMID: 16371490; PMCID: PMC2491938.

11.Molloy MG, Molloy CB. Contact sport and osteoarthritis. Br J Sports Med

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21444375/> [մուտք՝ 14.04.2024]

12.1998 -2024 © Sports.ru <https://www.sports.ru/tribuna/blogs/medprivet/2953244.html> [մուտք՝ 21.05.2024]

13.Thomas Bestwick-Stevenson,Onosi S Ifesemen,Richard G Pearson,Kimberley L Edwards Association of Sports Participation With Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Orthop J Sports Med. 2021 Jun [https://pubmed. ncbi. nlm. nih.gov/34179201/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34179201/)

14.<https://armenia.artrovex-cream.site/> [մուտք՝ 12.04.2024]

15.<https://xn--80adbagh11daeqpaon5l.xn--p1ai/poleznaya-informatsiya/posledstviya-sporta-dlya-sustavov/> [մուտք՝ 21.05.2024]

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիտական ղեկավար
Վ. Աբովանին՝ հոդվածի պատրաստման աշխատանքներին
աջակցելու համար:*

**ՃԱՐՊԱԿԱԼՄԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՔՈՒՎԵՅԹԻ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱՅՆՔՈՒՄ ԵՎ
ՀՖԿՍՊԻ-ՈՒՄ**

ԱՏՏՏԿ ֆակուլտետ, Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,
2-րդ կուրս, Շաղիկ Մովսեսյան,
Գիտական ղեկավար՝ *բ.գ.թ. , դոցենտ Վ. Աբովյան*
Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի
պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան
E-mail: shaghik.movesyan.2022@sportedu.am,
vardan.abovyan@sportedu.am

Առանցքային բառեր: Քուվեյթի հայկական համայք,
ՀՖԿՍՊԻ-ի աշխատակիցներ, հավելյալ քաշ, ճարպակալում:

Հետազոտության արդիականություն: Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալների (ԱՀԿ)՝ 2022 թվականին 2,5 միլիարդ մարդ (18 տարեկան և բարձր) ունեցել է հավելյալ քաշ, այդ թվում՝ ավելի քան 890 միլիոնն ունեցել է ճարպակալում: Հավելյալ քաշի նման ցուցանիշը տվյալ տարիքային խմբում կազմել է 43%-ը, ինչը համեմատ 1990 թվականի տվյալների՝ էականորեն ավելացել է, քանզի այդ ժամանակահատվածում միայն 25%-ն ուներ հավելյալ քաշ: 2022 թվականին ճարպակալմամբ տառապում էր մարդկության գրեթե 16%, ինչը համեմատաժ 1990 թվականի հետ, նույնպես կրկնապատկվել է: «World Obesity Atlas–2023» զեկույցի համաձայն՝ աշխարհի բնակչության 38%-ը ներկայումս կա՛մ հավելյալ քաշ ունի, կա՛մ ճարպակալում [7,8,9]:

ԱՀԿ-ի տվյալների համաձայն՝ հավելյալ քաշի տարածվածությունը Հարավարևելյան Ասիայի և Աֆրիկայի տարածաշրջանում տատանվում է 31%-ի սահմաններում, իսկ Ամերիկյան տարածաշրջանում՝ մինչև 67% [8,9]: Հարավարևմտյան Ասիայի տարածաշրջանում մասնավորապես Քուվեյթում 1990 թվականի տվյալներով, վերը նշած տարիքային խմբում, հավելյալ քաշով մարդկանց քանակը կազմում էր գրեթե 54%, իսկ ճարպակալումով՝ 25% [10]: Հարկ է նշել, որ Քուվեյթում ճարպակալմամբ մարդկանց թիվը տարիների ընթացքում նույնպես ավելացել է և ըստ վիճակագրական տվյալների՝ 2024 թվականին արդեն կազմել է 37% [11]: Համաձայն որոշ աղբյուրների՝ տվյալ երկրում 10 մարդուց 8-ի մոտ արձանագրվել է հավելյալ քաշ կամ ճարպակալում [12]:

Ըստ 2022 թվականի տվյալների՝ Հայաստանում հավելյալ քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը կազմել է 51%: Կանանց մոտ ավելցուկային քաշի առկայությունը՝ 54,1%, գերազանցում է տղամարդկանց ցուցանիշը՝ 47,9%: Անհրաժեշտ է նշել, որ Հայաստանում 2022 թ.-ին 2016-ի համեմատ 5,4%-ով աճել է ճարպակալում ունեցող անձանց քանակը [1, 2, 3, 4]:

Այս ամենը վկայում է, որ ազգաբնակչության առողջությունը վտանգված է: Հետևաբար, մարմնի զանգվածի ցուցանիշների պարբերաբար գնահատումն ունի կարևոր նշանակություն, քանզի հավելյալ քաշի և ճարպակալման երևույթների ժամանակին հայտնաբերումը կարող է հնարավորություն ընձեռել՝ համապատասխան միջոցառումներ ձեռնակել այն կանխարգելելու նպատակով:

Հարկ է նշել, որ նման ուսումնասիրությունները, հավելյալ քաշի և ճարպակալման բացահայտման վերաբերյալ, Քուվեյթի հայկական համայնքում և ՀՖԿՍՊԻ-ի աշխատակիցների շրջանակում երբևից է չի իրականացվել:

Հետազոտության նպատակն է՝ բացահայտել Քուվեյթի հայկական համայնքի ազգաբնակչության և Հայաստանում, մասնավորապես՝ Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտի աշխատակիցների շրջանում հավելյալ քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը:

Հետազոտության խնդիրները՝

- ուսումնասիրել Քուվեյթի հայկական համայնքի ազգաբնակչության մարմնի զանգվածի վիճակը,

- ուսումնասիրել ՀՖԿՍՊԻ-ի աշխատակիցների մարմնի զանգվածի վիճակը:

Հետազոտության մեթոդները և կազմակերպումը: Հետազոտության առջև դրված խնդիրները լուծելու նպատակով կիրառվել են՝ գիտամեթոդական գրականության ուսումնասիրման, վերլուծության և ընդհանրացման, հարցաթերթիկային հարցման մեթոդները, որոնցում հետազոտվողները մեզ հետաքրքրող մի շարք տվյալների շրջանակում արտացոլել են նաև իրենց մարմնի հասակը և քաշը: Սեփական մարմնի հասակը հետազոտվողը որոշել է՝ ըստ համապատասխան երաշխավորագրում արտացոլված գրականության - եղանակների [13]: Մարմնի զանգվածը հետազոտվողները որոշել են էլեկտրոնային կշեռքի մջոցով: Հավելյալ քաշի, ճարպակալման առկայությունը կամ մարմնի զանգվածի ցուցանիշը (ՄՁՑ) և նրա գնահատումը որոշվել է՝ համաձայն

երաշխավորագրերի [5,8], լայնորեն կիրառվող պրակտիկայում:

Հետազոտությունն իրականացվել և կազմակերպվել է Քուվեյթի հայկական համայնքի ազգաբնակչության և ՀՖԿՍՊԻ-ի աշխատակիցների շրջանակներում: Հետազոտությանը յուրաքանչյուր խմբում մասնակցել է 100-ական մարդ՝ 29 արական և 71 իգական սեռի ներկայացուցիչ:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն: Հետազոտությունում հիմնականում ընդգրկվել են 21-35 տարեկան մեծ մասամբ բարձրագույն կրթություն ունեցող և առավելապես գրասենյակային/մտավոր աշխատանքային գործունեություն վարող անձինք (աղյուսակ 1):

Հարցաթերթիկների վերլուծության արդյունքում բացահայտել ենք, որ ՀՖԿՍՊԻ-ի աշխատակիցները և Քուվեյթի հայ համայնքի ներկայացուցիչներն իրենց առողջական վիճակը գնահատել են լավ և բավարար, համապատասխանաբար՝ 97 և 96% դեպքերում: Դա առողջ ապրելակերպ վարելու արդյունք է, տվյալները վկայում են, որ հետազոտվողների գերակշիռ մասը երկու խմբում էլ չեն ծխում, ՀՖԿՍՊԻ-ի ներկայացուցիչները չափավոր օգտագործում են ալկոհոլ, իսկ Քուվեյթի մեր հայրենակիցներն ընդհանրապես այն բացառում են: Գոհացուցիչ է նաև այն, որ ՀՖԿՍՊԻ-ի աշխատակիցների 84%-ը ֆիզիկապես ակտիվ են: Որոշ չափով ֆիզիկական ակտիվ կյանք են վարում նաև Քուվեյթի ներկայացուցիչների կեսից ավելին՝ 57%-ը: Եվ դա այն դեպքում, երբ հետազոտվողների գերակշիռ մասի աշխատանքային գործունեությունը նստակյաց բնույթ է կրում (աղյուսակ 1): Ըստ երևույթին՝ ֆիզիկապես ակտիվ

լինելու, չծխելու, չափավոր ակոհոլ օգտագործելու հանգամանքը որոշակիորեն պայմանավորված է նրանով, որ հետազոտվողների գերակշիռ մասը կրթված անձնավորություններ են և գիտակցում են առողջ ապրելակերպի կարևորությունը: Առողջական լավ և բավարար վիճակը կարելի է նաև բացատրել նրանով, որ հետազոտվողների զգալի մասը առողջ սնունդի հետևողներ են, օգտագործում են միրգ և բանջարեղեն, համապատասխանաբար՝ 81 և 66%% դեպքերում (աղյուսակ 2):

Աղյուսակ 1

Հեղազոտության մասնակիցների բնութագրերը

Ընդհանուր տեղեկություններ	Քուլեյթ	ՀՖԿՍՊԻ
Սեռ		
արական	29 (29%)	29 (29%)
իգական	71 (71%)	71 (71%)
Տարիքային խմբեր		
≤ 20	20 (20%)	22 (22%)
21 – 35	46 (46%)	33 (33%)
36 – 55	28 (28%)	37 (37%)
> 55	6 (6%)	8 (8%)
Կրթություն		
միջնակարգ	3 (3%)	1 (1%)
միջին մասնագիտական	8 (8%)	15 (15%)
ուսանող / թերի բարձրագույն	25 (25%)	-
բարձրագույն	54 (54%)	59 (59%)
հետբուհական	10 (10%)	25 (25%)
Զբաղմունք		
հողագործություն, անասնապահություն	1 (1%)	3 (3%)

1-ին աղյուսակի շարունակություն

արդյունաբերություն, շինարարություն	8 (8%)	2 (2%)
գրասենյակային/մտավոր աշխատանք, ծառայությունների մատուցում	78 (78%)	81 (81%)
մարզական ակումբ, ֆիթնես մարզասրահ, առողջապահական հաստատություն	13 (13%)	14 (14%)

Այս հարցում կարևոր նշանակություն ունի նաև այն հանգամանքը, որ հետազոտվողների գերակշիռ մասն ունեն առողջ քուն: Դա է վկայում այն, որ հայաստանաբնակ (75%) և քուվեյթաբնակ անձինք (73%) քնում են 6-9 ժամ (աղյուսակ 2), ինչը տեղավորվում է միջին նորմի սահմաններում [6]:

Աղյուսակ 2

Առողջական վիճակ և ռիսկի գործոններ

Առողջական վիճակ և ռիսկի գործոններ	Քուվեյթ	ՀՖԿՍՊԻ
Առողջական վիճակի ինքնագնահատում		
լավ	60 (60%)	51 (51%)
բավարար	36 (36%)	46 (46%)
վատ	4 (4%)	3 (3%)
Ծխախոտի օգտագործում		
օգտագործում են	11 (11%)	14 (14%)
չեն օգտագործում	89 (89%)	86 (86%)
Ալկոհոլի օգտագործում		
օգտագործում են	-	49 (49%)
չեն օգտագործում	-	51 (51%)

2-րդ աղյուսակի շարունակություն

Ֆիզիկական ակտիվություն		
Ֆիզիկապես ակտիվ են	57 (57%)	84 (84%)
Ֆիզիկապես ակտիվ չեն	43 (43%)	16 (16%)
Մրգերի և բանջարեղենների ամենօրյա օգտագործում		
օգտագործում են	66 (66%)	81 (81%)
չեն օգտագործում	34 (34%)	19 (19%)
Նախաճաշել		
նախաճաշում են	54 (54%)	48 (48%)
չեն նախաճաշում	15 (15%)	28 (28%)
երբեմն	31 (31%)	24 (24%)
Քնում են		
մինչև 6 ժ	23 (23%)	21 (21%)
6-7 ժ	43 (43%)	49 (49%)
7-9 ժ	30 (30%)	26 (26%)
9 ժ և ավելի	4 (4%)	(4%)

Ուսումնասիրելով 3-րդ աղյուսակում ներկայացված հավելյալ քաջի և ճարպակալման տվյալները՝ մենք բացահայտեցինք, որ ՀՖԿՍՊԻ-ի ներկայացուցիչների 55%-ը և Քուվեյթի հայկական համայնքի 42%-ն ունեն նորմալ քաշ՝ ՄՁՑ-ն կազմում է 18-24,9 միավոր [8]: Հարկ է նշել այն մտահոգիչ փաստը, որ ՀՖԿՍՊԻ-ի ներկայացուցիչների՝ 14%-ի և Քուվեյթի հայ համայնքի ներկայացուցիչների՝ 25%-ի մոտ արձանագրվել են ճարպակալման երևույթներ: Եթե այս վերջին տվյալները համեմատենք Քուվեյթի ազգաբնակչության ներկայացուցիչների տվյալների հետ, որոնք ըստ գրական աղբյուրների կազմում են 37% [11], կարելի եզրակացնել, որ հայազգի ներկայացուցիչները դեռևս «այնքան էլ վատ դիրքերում չեն»:

Առավել մտահոգիչ է այն փաստը, որ ճարպակալման ընդհանուր թվի մեջ, ճարպակալման առաջին աստիճանի ցուցանիշները թե Քուվեյթի, թե ՀՖԿՍՊԻ-ի ներկայացուցիչների մոտ բավականին բարձր են, և համապատասխանաբար կազմում են 76 և 93%% (աղյուսակ 3): Այս փաստերը մտածելու տեղիք են տալիս, չէ որ ինչպես մեր կողմից բացահայտվել էր, երկու խմբի ներկայացուցիչների մեծ մասնությունը վարում են առողջ ապրելակերպ:

Նման փաստերի պարզաբանումը պետք է դառնա մեր հետագա ուսումնասիրությունների առարկան:

Աղյուսակ 3

Հավելյալ քաշի և ճարպակալման ցուցանիշները

Մարմնի զանգվածի ցուցիչներ	Քուվեյթ	ՀՖԿՍՊԻ
ՄՁՑ= մինչև 17,9 (թերքաշություն)	5 (5%)	4 (4%)
ՄՁՑ= 18 - 24,9 (նորմալ քաշ)	42 (42%)	55 (55%)
ՄՁՑ= 25 - 29,9 (հավելյալ քաշ)	28 (28%)	27 (27%)
ՄՁՑ= 30 և ավել (ճարպակալում)	25 (25%)	14 (14%)
3.2. Ճարպակալման դասակարգում		
1-ին աստիճան	19 (76%)	13 (93%)
2-րդ աստիճան	5 (20%)	1 (7%)
3-րդ աստիճան	1 (4%)	0 (0%)

Եզրակացություն: Ուսումնասիրությունների արդյունքում բացահայտվել է, որ Քուվեյթի հայկական համայնքի և ՀՖԿՍՊԻ-ի ներկայացուցիչների զգալի մասը վարում են առողջ ապրելակերպ, ինչը դրական է անդրադարձել նրանց

առողջության վրա: Սակայն այն հանգամանքը, որ հավելյալ քաշով և ճարպակալման ցուցանիշներով մարդկանց քանակը հետազոտվողների երկու խմբում էլ առկա են, փաստում է այն մասին, որ առողջական խնդիրները հետազայում մեծ հավանականությամբ կարող են վտանգվել, եթե համապատասխան միջոցներ չձեռնարկվեն:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1.Անդրեասյան Դ. և այլք., Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2016/ ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2016. էջ 204:

2.Անդրեասյան Դ. և այլք., Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2019/ Ա 720.- Երևան: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2020.- էջ 70:

3.Անդրեասյան Դ. և այլք., Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2022 / Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.-243 էջ:

4.Անդրեասյան Դ. և այլք., Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2023 / Ա 720 . Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2023.- 187 էջ:

5.Գրիգորյան Ս. Վ., Գրիգորյան Մ. Ս., Երեխաների և դեռահասների ֆիզիկական զարգացման գնահատումը, Երևան, 2018, 108 էջ:

6. Арцименова С., Сон в руку: сколько часов нужно спать человеку, чтобы быть здоровым. Forbes.ru
<https://www.forbes.ru> › ForbesLife

7.Koliaki, C., Dalamaga, M. & Liatis, S. Update on the Obesity Epidemic: After the Sudden Rise, Is the Upward Trajectory Beginning to Flatten?. Curr Obes Rep 12, 514–527 (2023).
<https://doi.org/10.1007/s13679-023-00527-y>

8. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/11209-weight-control-and-obesity> [մուտք՝ 13.02.2024]

9.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [մուտք՝ 14.04.2024]

10. Jump up to: a b Al-Isa, A.N. (1999). Obesity among Kuwaiti University Students: An Explorative Study. p. 223.

11. Most Obese Countries (of 2024) Mexico Bariatric Center
<https://mexicobariatriccenter.com> › ...

12. Weiderpass E, Botteri E, Longenecker JC, Alkandari A, Al-Wotayan R, Al Duwairi Q, Tuomilehto J. The Prevalence of Overweight and Obesity in an Adult Kuwaiti Population in 2014. Front Endocrinol (Lausanne). 2019 Jul 9;10:449. doi: 10.3389/fendo.2019.00449. PMID: 31338067; PMCID: PMC6629831.

13. Joseph M., Как самостоятельно измерить рост
<https://ru.wikihow.com> ›

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիրական ղեկավար
Վ. Արսլյանին՝ հոդվածի պատրաստման աշխատանքներին
աջակցելու համար:*

ՖԻԶԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԴԵՐԸ ԿԱԹՎԱԾԻՑ ՀԵՏՈ՝ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

*ԱՏՏՏԿ ֆակուլտետ,
Ֆիզիկական վերականգնման ամբիոն,
3-րդ կուրս, Հասմիկ Պողոսյան,
Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Թ., դոցենտ Կ. Աբովյան,
Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի
պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան
E.mail: hasmik.poghosyan.2021@sportedu.am,
vardan.abovyan@sportedu.am*

Առանցքային բառեր: Կաթված, ռիսկի գործոններ, ֆիզիոթերապիա, վերականգնում, մկանային թուլություն:

Հետազոտության արդիականություն: Ամեն տարի աշխարհում 15 միլիոն մարդ կաթված է ստանում՝ 5 միլիոնը մահանում է, 5 միլիոնն էլ դառնում հաշմանդամ: Կաթվածը հազվադեպ է հանդիպում 40 տարեկանից ցածր մարդկանց մոտ և հիմնական պատճառը արյան բարձր ճնշումն է [1]: Հայաստանում ևս կաթվածը հանրային առողջության հիմնական խնդիրներից մեկն է և մահվան վեցերորդ հիմնական պատճառը՝ 100,000-ից 75,5 մահացությամբ [2]:

Ամբողջ աշխարհում, ինչպես նաև Հայաստանում առկա են ռիսկի գործոններ՝ կապված սխալ ապրելակերպի հետ՝ ծխախոտի օգտագործում, ֆիզիկական ակտիվության ցածր մակարդակ և կենսաբանական ռիսկի գործոններ (արյան բարձր

ճնշում, խոլեստերինի բարձրացում, ճարպակալում եւ շաքարախտ), որոնք կաթված ստանալու պատճառ են [3]:

Առողջ ապրելակերպի պահպանման, նպատակային բժշկական միջամտությունների շնորհիվ հնարավոր է վերացնել կաթված առաջացնող բոլոր ռիսկի գործոնները:

Կաթվածից մահացության և բազմազան բարդությունների նվազումը կարող է զգալիորեն կրճատվել կազմակերպված խնամքի և շարունակական վերականգնողական թերապիայի որակի բարելավման շնորհիվ [4,5,6]:

Ֆիզիոթերապիան վճռորոշ դեր է խաղում կաթվածից հետո, վերականգնելով՝ շարժունակությունը, ուժը, հավասարակշռությունը և ընդհանուր ֆունկցիոնալ կարողությունները: Ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները զգալիորեն տարբերվում են՝ կախված կաթվածի ծանրությունից: Այդ միջոցառումների հիմնական նպատակներից մեկը վերջույթների ֆունկցիայի և հավասարակշռության վերականգնումն է [16]:

Պրակտիկայում առկա են բազմազան ֆիզիոթերապիայի մեթոդներ, որոնք սովորաբար օգտագործվում են կաթվածով հիվանդների հետ: Դրանք են՝ շարժման լայնույթի բարելավման վարժություններ, ուժային մարզումներ, հատուկ առաջադրանքների ուսուցում, վիրտուալ իրականություն, հիդրոթերապիա, էլեկտրական խթանում, աերոբիկ վարժություններ, հայելու թերապիա:

Այս մեթոդները հաճախ հարմարեցված են առանձին հիվանդների համար՝ ելնելով նրանց հատուկ կարիքներից և խանգարման մակարդակից: Ֆիզիոթերապիայի համապարփակ ծրագիրը կարող է ներառել այս մոտեցումների համակ-

ցությունը՝ կաթվածից վերապրածների վերականգնումը առավելագույնին հասցնելու համար [10,12,13,16]:

Վերականգնման շրջան անցած հիվանդները կարող են ավելի հեշտությամբ վերադառնալ առօրյա կյանքին:

Ուստի, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցների և մեթոդների առանձնահատկությունների ուսումնասիրումը և առավել արդյունավետ եղանակների բացահայտումը, մասնավորապես՝ հենաշարժիչ համակարգի գործառնությունների խանգարումների վերականգնման գործընթացում, կաթվածից հետո ձեռք է բերում կարևոր նշանակություն:

Հետազոտության նպատակն է՝ ուսումնասիրել ֆիզիոթերապիայի դերը կաթվածից հետո՝ վերականգնողական գործընթացում:

Հետազոտության խնդիրները.

- Բացահայտել կաթվածի առաջացման ռիսկի գործոնների և ի հայտ եկած բարդությունների տարատեսակները:

- Հիմնավորել ֆիզիոթերապիայի կիրառման անհրաժեշտությունը և արդյունավետությունը:

Հետազոտության մեթոդներն են՝ գիտամեթոդական գրական աղբյուրների ուսումնասիրում և վերլուծություն:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն: Կաթվածը՝ գլխուղեղի արյան մատակարարման ընդհատումն է, որն առաջացնում է ուղեղի բջիջների ժամանակավոր կամ մշտական դիսֆունկցիա և վնասում:

Տարբերում ենք կաթվածի երկու տեսակ՝ իշեմիկ և հեմոռագիկ: Իշեմիկ կաթվածը կարող է պայմանավորված լինել գլխուղեղի որոշակի հատվածի ուղեղային արյան հոսքի իջեց-

մամբ, թրմբոզի կամ անոթների, սրտի կամ արյան հիվանդությունների հետ կապված, էմբոլիայի հետևանքով առաջացած արյան մատակարարման անբավարարությամբ: Հեմոռագիկ կաթվածը գանգի խոռոչում սպոնտան արյունազեղումն է: Հեմոռագիկ կաթվածի զարգացման պատճառներ կարող են հանդիսանալ հիպերտոնիկ հիվանդությունը, սիմպտոմատիկ զարկերակային հիպերտենզիան, երիկամային ու էնդոկրին ախտահարումները, արյան ու արյունաստեղծ համակարգի հիվանդությունները, անոթների համակարգային հիվանդությունները և այլն [8]: Կաթվածների մոտ 80%-ը իշեմիկ է, իսկ 20%-ը՝ հեմոռագիկ [9]:

Կաթվածի նշաններն են՝ դեմքի, ձեռքի կամ ոտքի թմրություն կամ թուլություն, հատկապես մարմնի մի կողմում, շփոթմունք, խոսելու կամ խոսքը հասկանալու դժվարություններ, քայլքի հետ կապված խնդիրներ, գլխապտույտ, հավասարակշռության խանգարում, ծանր գլխացավ՝ առանց հայտնի պատճառի [10]:

Կաթվածի արդյունքում առաջ եկած խնդիրներն են՝

- հաղորդակցման հետ կապված խնդիրներ,
- վարքագծի փոփոխություններ,
- կոգնիտիվ խանգարումներ,
- տեսողության խնդիրներ,
- ցնցումներ,
- ցավեր:

Բացի այդ, կաթվածը դրսևորվում է հավասարակշռության, քայլքի խախտմամբ, մկանների թուլությամբ, սպաստիկությամբ և զգացողությամբ [11]:

Կաթվածը կանխարգելելի է և բուժելի: Վերջին երկու տասնամյակում գրեթե կիսով չափ կրճատվել է կաթվածից մահվան դեպքերը [15]:

Կաթվածից հետո առաջացած բազմաթիվ խնդիրներ արդյունավետ լուծվում են վերականգնողական թիմի աշխատանքների (լոգոպեդ, հոգեբան, ֆիզիոթերապևտ, ակնաբույժ, ֆիզիոթերապիստ, բուժքույր, օրթոպեդ և այլն) արդյունքում:

Ֆիզիոթերապիստը ընդգրկվում է թիմային աշխատանքներում՝ որպես թիմի լիարժեք անդամ և ֆիզիոթերապիան օգտագործվում է հաշմանդամություն ստանալու հավանականության նվազման և կաթվածից հետո շարժողական գործունեության բարելավման համար: Ֆիզիոթերապիայի միջոցով վերջույթներում վերականգնվում է թմրածությունը, հավասարակշռության և քայլքի խնդիրները, մկանային կոշտությունը, մկանային սպազմը և այլն [10]:

Կաթվածի բուժման համար մշակվել և ներդրվել են վերականգնողական միջամտությունների ընդհանուր սկզբունքներ, այն է՝ անհրաժեշտ է.

- Միջոցիցիպլինար թիմի կողմից տրամադրել վերականգնողական օգնություն:

- Կազմել անհատականացված վերականգնողական ծրագիր՝ վերականգնողական խնդիրները լուծելու համար:

- Բուժման համար ներգրավել կաթվածը վերապրած անձին և նրան խնամողներին:

- Պարբերաբար վերանայել և վերափոխել վերականգնման նպատակները:

- Վերականգնողական միջամտությունների համապատասխան ինտենսիվության փոփոխություն՝ հաշվի առնելով հիվանդի կարողությունները:

- Առաջարկել հարմարողական ուսուցում՝ բարելավելու աշխատանքը (օրինակ՝ օժանդակ սարքերի օգտագործումը):

- Կաթվածով հիվանդին և նրա ընտանիքին տրամադրել կաթվածի հետևանքների վերացման ռազմավարությունները (ապրելակերպի փոփոխություններ, հարմարեցված վարժություններ և այլն) [10]:

Կաթվածից հետո ֆիզիոթերապիայի առաջին փուլը սկսվում է հիվանդանոցում՝ 1-2 օրվա ընթացքում: Ֆիզիոթերապիստը սկզբնական շրջանում կատարում է պասիվ շարժումներ՝ օգնելով հիվանդին շարժել ձեռքերն ու ոտքերը, նստել անկողնում: Այնուհետև, կախված կաթվածի ծանրությունից, հիվանդին խրախուսվում է հնարավորինս շատ շարժվել ինքնուրույն՝ կատարելով ակտիվ վարժություններ [14]:

Վերականգնման ընթացքում կիրառվող եղանակներն են.

- Շարժման լայնույթի բարելավման վարժություններ. այս վարժությունները նպատակ ունեն բարելավել հոդերի ճկունությունը և կանխել մկաններում հնարավոր կոնտրակտուրաները: Այն ներառում է պասիվ և ակտիվ վարժություններ:

- Ուժային մարզումներ. կաթվածով հիվանդները հաճախ ունենում են մկանային թուլություն, ինչն ազդում է առօրյա գործողություններ կատարելու վրա: Ուժային վարժություններն ուղղված են՝ բարելավելու մկանների հատուկ խմբերի ուժը:

- Հատուկ առաջադրանքների ուսուցում. այն կենտրոնանում է կրկնվող վարժությունների վրա, որոնք ամրապնդում են գլխուղեղում ձևավորվող նոր նյարդային ուղիները:

- Վիրտուալ իրականությունը ֆիզիոթերապիայի մեջ. համակարգչային տեխնոլոգիա, որն օգտագործվում է վերականգնման գործընթացն առավել հեշտ և հաճելի դարձնելու համար: Վիրտուալ իրականությունը կաթվածում ուղղված է՝ վերականգնելու հավասարակշռությունը, վերին և ստորին վերջույթների գործառույթը:

- Հիդրոթերապիա. օգնում է բարելավել շարժունակությունը, ուժը, նվազեցնում սպաստիկան և ցավը:

- Էլեկտրական խթանում. նյարդային ակտիվությունն առաջանում է որոշակի էլեկտրական հոսանքի միջոցով: Այն օգնում է բարելավել մկանային ուժը, նվազեցնել սպաստիկան և հեշտացնել շարժումը ֆունկցիոնալ առաջադրանքների ժամանակ:

- Աերոբիկ վարժություններ:

- Հայելու թերապիա. հատուկ նախագծված հայելու միջոցով, ոչ վնասված վերջույթը շարժելով՝ ստեղծվում է տեսողական պատրանք, այնպես, կարծես վնասված վերջույթն է իրականում շարժվում:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ կաթվածից վերապրածները, որոնք կաթվածից հետո վերականգնողական աշխատանքներ են անցնում, նշված սկզբունքներով և եղանակներով ավելի արագ և արդյունավետ են վերականգնվում [14]:

Հիվանդները ձեռք են բերում ընդհանուր ուժ, շարժունակություն և ճկունություն: Նրանց մոտ կանխվում է մկանների ատրոֆիան, վերականգնվում է վնասված վերջույթի ֆունկցիան՝ համապատասխան վարժությունների ծրագրի միջոցով:

Եզրակացություն:

- Կաթվածը հաշմանդամության և մահացության հիմնական պատճառն է ամբողջ աշխարհում: Կաթվածից հետո հաճախ հանդիպում են մի շարք բարդությունների, որոնք կարող են ազդել մարդու ֆիզիկական, ճանաչողական և էմոցիոնալ բարեկեցության վրա:

- Ֆիզիոթերապևտիկ միջամտությունները կաթված ստացած անհատների վերականգնողական գործընթացի կարևոր բաղադրիչն են: Ֆիզիոթերապիան կաթվածից հետո ուղղված է հավասարակշռության, շարժունակության, մկանային ուժի վերականգնման և սպաստիկության վերացմանը:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. WHO EMRO <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html> [մուտք՝ 30.01.24]

2. «Health and Health Care» Yearbook, Republic of Armenia 2021/ D. Andreasyan, A. Bazarchyan, N. Galstyan, M. Matevosyan, L. Mirzoyan, L. Mosoyan, G. Muradyan, I. Torgomyan, A. Simonyan, S. Simonyan.– Yerevan: National Institute of Health Named after Academician S. Avdalbekyan, 2021.– 302 pages. [մուտք՝ 03.02.2024]

3. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/46fd4a0a5c67d43d981ebc3f3ff4c443.pdf> [մուտք՝ 17.02.2024]

4. <https://www.youtube.com/watch?v=xbEpjWGH9z4> [մուտք՝ 01.03.2024]

5. Efremova D, Ciolac D, Zota E, Glavan D, Ciobanu N, Aulitzky W, Nics AM, Trinkia E, Yamada C, Movila A, Groppa SA. Dissecting the Spectrum of Stroke Risk Factors in an Apparently Healthy Population: Paving the Roadmap to Primary Stroke Prevention. J Cardiovasc Dev Dis. 2023 Jan 20;10(2):35. doi: 10.3390/jcdd10020035. PMID: 36826531; PMCID: PMC9965290. [մուտք՝ 18.04.2024]

6. <https://www.youtube.com/watch?v=xbEpjWGH9z4> [մուտք՝ 09.03.2024]

7. Avoiding heart attacks and strokes: don't be a victim - protect yourself. 1.Heart arrest - prevention and control. 2.Cerebrovascular accident - prevention and control 3. Popular works I. World Health Organization. ISBN 92 4 154672 7<https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2005/04/publications-avoiding-english.pdf> [մուտք՝ 15.04.2024]

8. https://www.youtube.com/watch?v=DO8u_sc-7r0 [մուտք՝ 21.04.2024]

9. Runchey S, McGee S. Does this patient have a hemorrhagic stroke?: clinical findings distinguishing hemorrhagic stroke from ischemic stroke. JAMA. 2010 Jun 9;303(22):2280-6. doi: 10.1001/jama.2010.754. PMID: 20530782. [մուտք՝ 20.04.2024]

10.WSO Stroke Rehabilitation Checklist (world-stroke-academy.org) [մուտք՝ 21.04.2024]

11. Ivey, F.M., Hafer-Macko, C.E. & Macko, R.F. Exercise rehabilitation after stroke. *NeuroRX* **3**, 439–450 (2006). <https://doi.org/10.1016/j.nurx.2006.07.011> [մուտք՝ 14.03.2024]
12. https://www.physio-pedia.com/Stroke:_Physiotherapy_Treatment_Approaches [մուտք՝ 12.03.2024]
13. Exercise After Stroke: What the Latest Guidelines Recommend (flintrehab.com) [մուտք՝ 11.03.2024]
14. <https://www.mangiarellirehabilitation.com/blog/benefits-of-physical-therapy-after-stroke> [մուտք՝ 22.03.2024]
15. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/stroke> [մուտք՝ 18.04.2024]
16. <https://choose.physio/your-condition/stroke-recovery> [մուտք՝ 25.04.2024]

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիտական ղեկավար՝
Վ. Աբովյանին, հոդվածի պատրաստման գիտական
աշխատանքներում աջակցելու համար:*

ԲԱԺԻՆ 2. ՖԻԶԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻՆ ԵՎ ՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ՍՈՑԻԱԼ-ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ, ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԵՎ ՊԱՏՄԱԳԻՏԱԿԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԵՏԵՐԸ

ՁՅՈՒԴՈՅՈՒՄ ՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԴԵՐՆ ԱՆՁԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ

*ՄՄ ֆակուլտետ, Ընթշամարտի և արևելյան մարզաձևերի
ամբիոն, 4-րդ կուրս, Գոռ Հովսեփյան,
Գիտական ղեկավար՝ մ.գ.դ., պրոֆեսոր Ա. Չափինյան,
Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և
սպորտի պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան
E.mail:gor.hovsepyan.2020@sportedu.am,
ashot.chatinyan@sportedu.am*

Առանցքային բառեր: Սոցիալականացում, սպորտ, մարզիկ, սոցիում, անհատական դրական և բացասական հատկություններ:

Հետազոտության արդիականություն: «Սոցիալականացում» հասկացությունը կապված է այն ամենի հետ, ինչը ներառում է մարդկային փոխհարաբերությունները, համագործակցությունը ու հաղորդակցումը: Սոցիալականացման գործընթացը բարդ և երկարատև է. արդյունքում՝ անձը ձեռք է բերում վարքի որոշակի կանոններ, արժեքներ, որոնք համապատասխանում են տվյալ հասարակության պահանջներին:

և նորմերին: Հայտնի է, սպորտի մեծ դերն ու նշանակությունը մարզիկի ֆիզիկական և անհատական հատկությունների ձևավորման հարցում [3]: Միևնույն ժամանակ սպորտի օգնությամբ մարզիկը ձեռք է բերում այնպիսի հատկանիշներ, ինչպիսիք են՝ նպատակասլացություն, կամային հատկություններ, աշխատասիրություն, կարգապահություն և այլն: Սպորտը նպաստում է մարզիկի բարոյական մի շարք գծերի զարգացմանը, ինչպիսիք են՝ համագործակցության կարողությունները, ընկերներին, հասարակությանը օգտակար լինելու ցանկությունը և այլն: Սպորտային գործունեության ընթացքում մարզիկների մոտ առաջանում են այնպիսի անհատական գծեր, որոնք հակասոցիալական նորմերին դեմ են, ինչն էլ իր հերթին ձևավորում է մարզիկի սպորտային պահվածքը [4]:

Սպորտում մարզիկի սոցիալականացման հարցերը սկսել են ուսումնասիրվել դեռ 20-րդ դարի 80-ական թվականներից: Մեր կողմից ուսումնասիրված գրական աղբյուրներում չհանդիպեցինք հետազոտական աշխատանքներ, որոնք վերաբերում էին Հայաստանում՝ մարզիկների սոցիալականացման վրա ծյուղո մարզաձևի ազդեցությանը: Այս տեսանկյունից փորձարարական բնույթ կրող սույն հետազոտությունն արդիական է և ունի տեսագործական նշանակություն:

Հետազոտության նպատակն է՝ բացահայտել և համեմատել ծյուղո մարզաձևով պարապող երեխաների և նույն տարիքի սպորտով չպարապող դպրոցականների սոցիալականացման արդյունքները:

Հետազոտության խնդիրները:

1. Ուսումնասիրել սոցիալականացման էությունը սպորտային գործընթացում:

2. Բացահայտել ձյուդոյի ներգործությունը մարզիկների անհատական բնութագրող հատկանիշների ձևավորման գործում:

Հետազոտության մեթոդներն ու կազմակերպումը: Հետազոտությունում կիրառվել են հետևյալ մեթոդները՝ գրական աղբյուրների ուսումնասիրում, ընդհանրացում, սոցիոլոգիական հարցում, մաթեմատիկական վիճակագրություն:

Սոցիոլոգիական հարցումն ուղղված էր 10-12 տարեկան երեխաների անհատական բնութագրերի զարգացման մակարդակի բացահայտմանը: Սպորտի ազդեցությունը սոցիալականացման գործընթացի վրա հիմնավորելու նպատակով՝ մենք հետազոտություն իրականացրեցինք 10-12 տարեկան ձյուդոյիստների և նույն տարիքի սպորտով չզբաղվող դպրոցականների շրջանում: Հարցմանը մասնակցել են մարզիչներ, դպրոցի ուսուցիչներ և ծնողներ: Սոցիոլոգիական հարցման ընթացքում վերը նշված անձինք պետք է 1-10 միավորների հարաբերակցության սանդղակով գնահատեն երեխայի անհատական բնութագրող հատկանիշների զարգացվածությունը, որտեղ 1-2 միավորը համարվում էր ցածր, իսկ 9-10-ը՝ բարձր միավոր: Հարցումն իրականացվել է ըստ հարցաթերթիկի՝ երաշխավորված է. Ավանեսովի կողմից [1]:

Սոցիոլոգիական հարցումը կատարվել է 2023 թվականի հոկտեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին: Հետազոտությանը ներգրավված են եղել Երևանի Քանաքեռ-Զեյթունի մանկա-

պատանեկան մարզադպրոցի 10 ձյուդոյիստներ, որոնց մարզական ստաժը կազմել է 2-4 տարի: Երևանի Նար-Դոսի անվան N 14 հիմնական դպրոցում հետազոտվել են 15 աշակերտ, որոնք սպորտով չեն զբաղվել: Սոցիոլոգիական հարցմանը մասնակցել են ընդհանուր՝ 25 ծնող, 2 մարզիչ և 2 ուսուցիչ: Անհատական հատկանիշները ստուգելու համար հաշվարկվել է՝ միջին թվաբանականը (X), միջին թվաբանականի սխալը (m) և միջին թվաբանականների միջև տարբերության հավաստիությունը (t)՝ ըստ Ստյուդենտի:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն:

Սպորտն ազդեցություն է թողնում միջանձնային հարաբերությունների, աշխատանքային կյանքի, անձի սոցիալական կարգավիճակի վրա: Սոցիալ-մշակութային համակարգում այն ունի իր կարևոր դերը և նշանակությունը:

Սպորտային գործունեությունն ինքնին համարվում է սոցիալական ինստիտուտ և ունի համագործակցություն այլ հասարակական ինստիտուտների հետ: Այս առումով կարելի է նշել սպորտի փոխհարաբերություններն ընտանիքի, կրթական համակարգերի, զանգվածային լրատվական միջոցների և այլնի հետ:

Սպորտային գործունեության ընթացքում մարզիկների միջև ազգային, կրոնական, ռասայական խտրականությունների նվազեցումը և ազգայնականության կանխումը նույնպես փաստում է սպորտի կարևոր դերակատարման մասին՝ որպես սոցիալական ցման արդի գործոն: Որպես սոցիալական ինստիտուտ՝ հասարակության մեջ սպորտը կատարում է մի շարք գործառույթներ՝

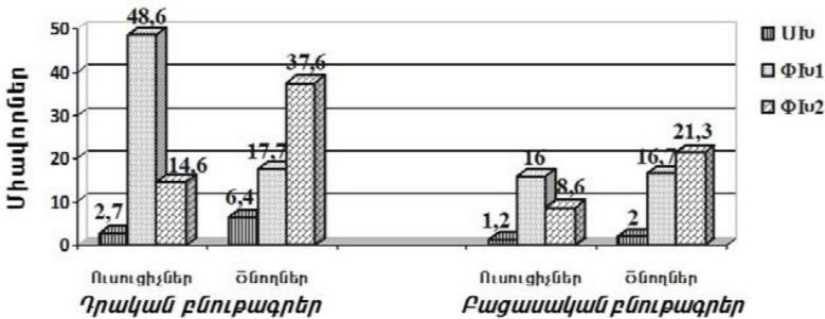
1. հասարակության անդամների առողջության պահպանում և ամրապնդում, շարժողական ակտիվության պահանջմունքների բավարարում,

2. հասարակության անդամների գործունեության ընթացքում սոցիալական փոխհարաբերությունների կարգավորում,

3. սոցիալական ներառում,

4. անհատների սոցիալականացում [5]:

Սպորտային գործունեությունը զգալի ազդեցություն է թողնում անհատի սոցիալականացման վրա: Համաձայն Է. Ավանեսովի [1] գիտափորձի՝ սպորտայնացված ֆիզկուլտուրային դասերը (վոլեյբոլ և բասկետբոլ մարզաձևերի օրինակով) ոչ միայն բարելավում են երեխաների առողջությունը, այլև դրական ազդեցություն են թողնում անհատական բնութագրերի՝ նախաձեռնություն, հանդուրժողականություն, պատասխանատվություն, կարգապահություն և այլնի վրա: Ըստ հեղինակի՝ փոփոխվում են նաև որոշակի բացասական բնութագրեր, ինչպիսիք են՝ կոնֆլիկտայնությունը, փառասիրությունը, եսասիրությունը և մեծամտությունը: Համաձայն նույն գիտափորձի՝ անհատական բնութագրերի գնահատումը կատարվել են ուսուցիչների և ծնողների շրջանում: Ըստ հարցման արդյունքների՝ փորձարարական 1-ին խմբի (վոլեյբոլ) և փորձարարական 2-րդ խմբի (բասկետբոլ) ֆիզիկական դաստիարակության կազմակերպման արդյունքում էական աճ է նկատվել 12-13 տարեկան դպրոցականների անհատական բնութագրերի ցուցանիշներում: Նման փոփոխություններ ստուգողական խմբում, որոնց պարապմունքները նման բնույթ չէին կրում, առկա չէին (տրամագիր) [1]:



Տրամագիր. Աշակերտների տարբեր անհատական բնութագրերի փոփոխության մեծությունը գիտափորձի ընթացքում (հանրագումարային միավորներ). ՄԽ՝ սպորտողական խումբ, ՓԽ1՝ փորձարարական 1-ին խումբ, ՓԽ2՝ փորձարարական 2-րդ խումբ

Հանրակրթական դպրոցի ուսուցիչների, ծնողների, մարզադպրոցի մարզիչների շրջանում իրականացված մեր ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ ընդհանուր 24 հատկանիշներից 9-ում՝ ուշադրություն, ինքնուրույնություն, հետաքրքրվածություն մարզաշխարհով, կոնֆլիկտայնություն, փառասիրություն, ցրվածություն, մեծամտություն, եսասիրություն, ընկերասիրություն, ձյուդոյիստների ցուցանիշները հավաստի տարբերվել են սպորտով չզբաղվողներից: Մնացած 15 դեպքերում ձյուդոյիստների ցուցանիշները չնչին բարձր են եղել, սակայն ոչ հավաստի:

Կարծում ենք, որ ձյուդոյիստների մարզական ստաժը մյուս ցուցանիշներում էլ ավելի բարձր լինելու պարագայում, որտեղ հավաստի տարբերություններ չեն նկատվել, կարծանագրվել բական և հավաստի տարբերություններ:

Հայտնի է, որ մրցումների ընթացքում ձյուդոյիստը պետք է ցուցադրի ոչ միայն իր մարզական պատրաստվածությունը, այլև կարողանա օբյեկտիվ գնահատել մրցակցի տեխնիկատակտիկական և հոգեբանական վիճակը, վերլուծի և ընտրի համապատասխան մարտավարություն՝ գոտեմարտի արդյունավետ անցկացման համար: Ուստի, ուշադրության բարձր մակարդակը թույլ է տալիս տիրապետել իրավիճակին, տեսադաշտում պահպանել ցանկացած շարժում, և միայն այդ դեպքում է, որ մարզիկի քայլը տրամաբանական է և նպատակամղված՝ հաղթանակին հասնելու համար: Մարզական գործընթացում մարզիչը պետք է աշխատի երեխաների ուշադրության բարձրացման վրա:

Նախքան հաջորդ բնութագրող հատկանիշը վերլուծելը, որը մարզաշխարհի հանդեպ հետաքրքրվածությունն էր, մենք արդեն իսկ ենթադրում էինք, որ ձյուդոյիստների մոտ տվյալ հատկանիշը պետք է լինի բարձր՝ ինչն էլ այդպես էր (9,36 միավոր): Կարծում ենք՝ այս հատկանիշը բնորոշ է գրեթե բոլոր մարզաձևերով մարզվողներին, քանի որ մարզիկները ցանկանում են ներգրավված լինել և դառնալ մարզաշխարհի մի մասնիկը, շատերը մարզաշխարհի հանդեպ հետաքրքրվածության արդյունքում գտնում են իրենց սիրելի և հանրաճանաչ մարզիկին՝ ում հետևում են և փորձում ընդօրինակել իրենց գործունեությամբ, մրցելու ոճով և անգամ արտաքին տեսքով:

Դիտարկելով և գնահատելով ինքնուրույնությունը որպես հատկանիշ՝ հարկավոր է նախ և առաջ արձանագրել, որ ձյուդոն մենապայքարային մարզաձև է, և գոտեմարտի ընթաց-

քում ձյուղոյիստից պահանջվում է կարճ ժամանակահատվածում կայացնել այնպիսի որոշումներ, որոնք արդյունավետ ազդեցություն կունենան գոտեմարտի ընթացքի և արդյունքի վրա: Ինքնուրույնությունը՝ որպես հատկանիշ, կարևոր դերակատարություն ունի, որպեսզի մարզիկը կարողանա լիարժեք լինի մրցունակ, քանի որ մրցումների ընթացքում նա իր մրցակցի հետ դեմ հանդիման է դուրս գալու և ինքնուրույն որոշումներ է ընդունելու: Գոտեմարտի ամբողջ ընթացքում մարզիկը կայացնում է որոշումներ, որոնք համապատասխանում են իր մրցակցի տեխնիկատակտիկական առանձնահատկություններին, և հենց այդ պահերին է, որ դրսևորվում է ձյուղոյիստի ինքնուրույնությունը. երբ արտաքին գործոնների ազդեցության ներքո նա կարողանում է ինքնուրույն գոտեմարտը հասցնել հաղթական ավարտին:

Ձյուղոյիստների շրջանում ինքուրույնության ցուցանիշը կազմել է 9 միավոր, իսկ չպարապող դպրոցականների մոտ՝ 7,06 միավոր:

Վերլուծելով բացասական բնութագրող հատկանիշների արդյունքները՝ կոնֆլիկտայնություն, փառասիրություն, ցրվածություն, մեծամտություն, եսասիրություն, նկատեցինք, որ ձյուղոյիստների մոտ տվյալ ցուցանիշներն ավելի ցածր են, քան դպրոցականների մոտ:

Կոնֆլիկտայնության ցածր ցուցանիշը (1,26 միավոր) պայմանավորված է նրանով [2], որ ձյուղոն ճապոնական մարզաձև լինելով հանդերձ, ներառում է բազմաթիվ կարգապահական և բարոյական նորմեր: Չնայած նրան, որ ձյուղոն անհատական մենապայքարային մարզաձև է, այդուհանդերձ

ծյուղոյիստները մարզվում են թիմում, իսկ մարզական կոլեկտիվում կոնֆլիկտայնությունը կարող է հանգեցնել մի շարք բացասական հետևանքների՝ կանխամտածված վնասվածքների պատճառում, թիմում լարված մթնոլորտի առաջացում, թիմի ներկայացուցիչների և ծնողների հակակրանքի և ընդհուպ մինչև ընտանեկան բախումների: Այդ իսկ պատճառով մարզիչները փորձում են մարզական գործունեության ընթացքում կանխել կոնֆլիկտային իրավիճակները, կամ դրանք հասցնել նվազագույնին: Մարզիկներն իրենց հասակակիցների շրջանում բախվում են տարատեսակ խնդիրների և տարածայնությունների, որոնք կարող են առաջացնել կոնֆլիկտային իրավիճակ: Մարզչի նպատակն է՝ մարզիկների մոտ նվազեցնել կոնֆլիկտայնությունը՝ բարձրացնելով ընկերասիրությունը և իրենց սեփական ուժերի հանդեպ եղած պատասխանատվությունը:

Աղյուսակ

Ճյուղոյիստների և սպորտով չպարապող դպրոցականների անհատական բնութագրերի համեմատական տվյալները (ծնողների, մարզիչների, ուսուցիչների կարծիքներ) ($X \pm m$)

№	Հատկանիշներ	Ճյուղոյիստներ (միավոր)	Դպրոցականներ (միավոր)	Տարբերության հավաստիութ.	
				t	P %
1	հանդուրժողականություն	$8,96 \pm 0,34$	$7,56 \pm 0,28$	1,42	<95
2	լսելու ընդունակություն	$8,9 \pm 0,27$	$7,67 \pm 0,30$	1,86	<95
3	պատասխանատվություն	$9 \pm 0,29$	$7,52 \pm 0,27$	2	<95

Աղյուսակի շարունակություն

4	կազմակերպվածություն	$8,6 \pm 0,69$	$7,47 \pm 0,25$	1,17	<95
5	գթասրտություն	$9,1 \pm 0,31$	$7,73 \pm 0,25$	1,85	<95
6	համբերատարություն	$8,73 \pm 0,50$	$7,63 \pm 0,28$	1,25	<95
7	ուսման ակտիվություն	$9,16 \pm 0,30$	$7,39 \pm 0,39$	2,1	<95
8	հաղորդակցվելու ընդունակություն	$8,73 \pm 0,38$	$7,76 \pm 0,33$	1,15	<95
9	նպատակասլացություն	$8,63 \pm 0,29$	$7,30 \pm 0,33$	1,7	<95
10	պարտաճանաչություն	$8,73 \pm 0,37$	$7,36 \pm 0,34$	1,71	<95
11	կարգապահություն	$8,89 \pm 0,34$	$7,41 \pm 0,31$	1,80	<95
12	կամք	$8,68 \pm 0,37$	$7,21 \pm 0,31$	1,8	<95
13	վստահություն	$8,9 \pm 0,73$	$7,47 \pm 0,34$	1,42	<95
14	տրամաբանական մտածողություն	$9 \pm 0,28$	$7,34 \pm 0,36$	2,07	<95
15	ուշադրություն	$9,12 \pm 0,27$	$2,39 \pm 0,49$	7,59	>99,9
16	հարգանք դիմացինի նկատմամբ	$8,93 \pm 0,28$	$7,28 \pm 0,36$	2,06	<95
17	ինքնուրույնություն	$9 \pm 0,16$	$7,06 \pm 0,34$	2,77	>98
18	ընկերասիրություն	$9,23 \pm 0,22$	$7,21 \pm 0,57$	2,29	>95
19	հետաքրքրվածություն մարզաշխարհով	$9,36 \pm 0,25$	$6,43 \pm 0,43$	3,57	>99
20	կոնֆլիկտայնություն	$1,26 \pm 0,25$	$4,73 \pm 0,57$	3,85	>99,9
21	փառասիրություն	$1,56 \pm 0,38$	$7,06 \pm 0,34$	6,54	>99,9
22	ցրվածություն	$1,78 \pm 0,63$	$7,97 \pm 0,38$	5,90	>99,9
23	մեծամտություն	$1,76 \pm 0,57$	$7,78 \pm 0,35$	6,97	>99,9
24	եսասիրություն	$1,76 \pm 0,61$	$4,67 \pm 0,50$	2,77	>98

Ձյուդոյի հիմնադիր Ձիգորո Կանոյի մարզիկները, մինչ մարզադպրոց ընդունվելը, երդվում էին, որ իրենց հմտություններն առանց մարզչի թույլտվության չպետք է կիրառեն, և սա նույնպես կոնֆլիկտայնությունը նվազեցնելուն էր ուղղված [2]:

Ծնողների, ուսուցիչների և մարզիչների գնահատման արդյունքում նկատվում է, որ ձյուդոյիստների մոտ ընկերասիրության ցուցանիշները (9,23 միավոր) բարձր են սպորտով չպարապող դպրոցականների (7,21 միավոր) ընկերասիրության ցուցանիշներից:

Գնահատելով փառասիրությունը՝ բացահայտեցինք, որ տվյալ ցուցանիշը ձյուդոյիստների շրջանում գտնվում է ցածր մակարդակի վրա (1,56 միավոր): Փառասիրությունը հաճախ հանդիպում է մարզիկների մոտ այն ժամանակ, երբ նրանք գրանցում են բարձր մարզական արդյունքներ: Ձյուդոյի բարոյական նորմերում ներառվում են այնպիսի հատկանիշներ, ինչպիսիք են՝ համեստությունը, հարգանքը դիմացինի նկատմամբ [2]: Մարզական գործունեության ընթացքում մարզիչը նպատակ է դնում երեխաների մեջ սերմանել տվյալ հատկանիշները: Կարծում ենք՝ դա է նպաստել նման ցուցանիշների դրսևորմանը: Ըստ մեզ՝ ձյուդոյիստներին և առհասարակ մարզիկներին փառասիրությունը տանում է մարզական հնարավորությունների անկման, քանի որ տվյալ հատկանիշը կրող մարզիկը ծանր է տանում իր ձախողումները: Արդյունքում՝ ձախողումներ կրած փառասեր մարզիկի մոտ կարող են առաջանալ բարդ հոգեբանական վիճակներ և ինքնագնահատականի անկում:

Ցրվածությունը ձյուդոյիստների մոտ ցածր ցուցանիշ է կազմել՝ 1,78 միավոր, իսկ դպրոցականների մոտ՝ 7,97 միավոր: Ձյուդոյի հիմնադիր Կանոն իր գաղափարախոսություններում նշում էր, որ ձյուդոյիստը պետք է մեծ ուշադրությամբ հետևի իրեն շրջապատող միջավայրին, ինչպես նաև հետևողական լինի իր նկատմամբ և այն հանգամանքներին, որոնք կատարվում են առօրյա կյանքում: Վերլուծելով այս ցուցանիշը՝ հանգեցինք այն մտքին, որ ձյուդոյիստների մոտ մարզական ստաժի բարձրացմանը համընթաց՝ հավանաբար էլ ավելի կնվազի ցրվածությունը:

Կարծում ենք, որ արագ փոփոխվող պայմաններում հապշտապ որոշումներ կայացնող և արդյունավետ գոտեմարտ վարող ձյուդոյիստը չի կարող լինել ցրված և միևնույն ժամանակ մրցունակ:

Մարզիկների սպորտային գործունեության մաս կազմող բացասական անձնային հատկանիշներից է նաև Եսասիրությունը, որը մեր հարցման մեջ ներառված էր ինչպես անձնային հատկանիշ: Եսասիրությունը սպորտով չպարապող դպրոցականների շրջանում կազմել է 4,67 միավոր, այնինչ ձյուդոյիստների մոտ այն կազմել է ընդամենը 1,76 միավոր:

Կանոյի գաղափարախոսությունում խոսվում է այն մասին, որ ձյուդոյիստը չպետք է կորցնի չափի զգացողությունը և պետք է գտնվի ուրախության, ճնշվածության, ինքնազոհության և անտարբերության, անխոհեմ հերոսության ու վախկոտության մեջտեղում: Կանոյի ուսմունքում ամբողջությամբ արտացոլվում է ձյուդոյիստի գաղափարները, որը նա պետք է

կրի իր ամբողջ մարզական գործունեության և մարզական կարիերայի ավարտից հետո:

Անհատական բնութագրերում՝ որպես բացասական ցուցանիշ, ներառված էր նաև մեծամտությունը [2]: Ըստ ձյուդոյիստի բարոյական նորմերի՝ մարզիկը պետք է օժտված լինի անմիջականությամբ և բարեկամությամբ, այսինքն՝ զգացմունքներից ամենամաքուրը հաղորդի իր շրջապատին: Ձյուդոյիստների մոտ՝ ըստ հարցումների արդյունքների, մեծամտությունը կազմել է առավելագույն 10 միավորից 1,76, իսկ սպորտով չպարապող դպրոցականների մոտ՝ 7,78 միավոր:

Ձյուդոյիստի բարոյական կանոններն են՝ քաղաքավարություն, համարձակություն, անմիջականություն, բարեկամություն, ազնվություն և ինքնատիրապետում:

Մարզադպրոց ընդունվելիս՝ ձյուդոյիստը երդվում էր, որ չի թողնի ուսումն առանց հարգելի պատճառի, առանց ուսուցչի թույլտվության չի հայտնի այն գաղտնիքները, որոնք ուսուցիչը սովորեցրել է: Որպես աշակերտ՝ ձյուդոյիստը պետք է հետևեր մարզադպրոցի բոլոր կանոններին և, դառնալով մարզիկ, նույնպես պետք է պահպաներ բոլոր նորմերը [2]:

Այսպիսով՝ կարելի է նշել, որ սոցիալականացման առումով, որը կապված է սպորտի ազդեցության հետ՝ պարապողներն էլ ավելի սոցիալականացված են, քան նույն տարիքի սպորտով չզբաղվող դպրոցականները: Դա նշանակում է հետևյալը՝ սպորտը ձևավորում է այնպիսի կարևոր հատկություններ, որոնք օգնում են մուտք գործել հասարակություն և ինքնազարգանալ:

Եզրակացություն: Ծնողների, մարզիչների և դպրոցի ուսուցիչների կողմից ձյուդոյիստների վրա սպորտի սոցիալականացման ազդեցության գնահատումը բացահայտեց, որ ուսումնասիրված անհատական բնութագրերի ցուցանիշներով 10-12 տարեկան ձյուդոյիստների ցուցանիշներն էականորեն բարձր են նույն տարիքի սպորտով չզբաղվող դպրոցականների ցուցանիշներից: Մասնավորապես՝ 9 ցուցանիշում հայտնաբերվել են հավաստի տարբերություններ, իսկ 15 ցուցանիշում, չհաշված մարզիկների որոշ առավելություններ, հավաստի տարբերություններ առկա չեն:

Ձյուդոյիստի մարզումներն ազդել են 9 անհատական բնութագրող ցուցանիշների վրա՝ ուշադրություն, ինքնուրույնություն, ընկերասիրություն, մարզաշխարհով հետաքրքրվածություն, կոնֆլիկտայնություն, փառասիրություն, ցրվածություն, մեծամտություն և եսասիրություն:

📖 ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Ավանեսով Է.Յու., Դպրոցականների շարժողական պատրաստության մարզական ուղղվածության մեթոդիկան, Թեկնածուականատենախոսություն, Երևան, 2014, 28 էջ:

2. Խիթարյան Դ.Ս., Ձյուդո, Ուսումնական ձեռնարկ, Երևան, 2017, 184 էջ:

3. Հարությունյան Ն.Կ., Ղազարյան Ա.Փ., Ղուկասյան Լ.Հ., Սոցիալական մանկավարժություն, Բուհական ձեռնարկ, Երևան, 2017, էջ 8-10:

4. Феуерман В.В., Гуманизация процесса воспитания личности: нравственность и её влияние на молодёжь, занимающуюся спортом, творческий национальный университет им. В.И. Вернадского, Крым 2012, С. 119-122.

5. Coakley Jay sport and socialization, university of Colorado 1993. Exercise and sport sciences reviews, p. 169-200.

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիտական ղեկավար
Ա. Չափինյանին՝ հոդվածի պատրաստման աշխատանքներին
աջակցելու համար:*

ՍՊՈՐՏԻ ԴԵՐԸ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ

*ՄՄ ֆակուլտետ, Ծանրամարտի, բռնցքամարտի և
սուսերամարտի ամբիոն,
2-րդ կուրս, Գյուլնարա Տիգրանյան,
Գիտական ղեկավար՝ ասիստենտ Ն. Հովհաննիսյան*
*Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի
պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան*
E.mail: gyulnara.tigranyan.2022@sportedu.am,
nune.hovhannisyan@sportedu.am

Առանցքային բառեր: Սպորտ, տնտեսություն, ֆիզիկական կուլտուրա, սպորտային ինդուստրիա, երկրի զարգացում:

Հետազոտության արդիականություն: Երկար ժամանակ սպորտը և տնտեսությունը, նույնիսկ Արևմուտքում, դիտվում էին որպես երկու առանձին ճյուղ: Համարվում էր, որ սպորտը հորքի է, ազատ ժամանցի տեսակ, և դա ոչ մի կապ չունի տնտեսության հետ: Այսօր ամեն ինչ արմատապես փոխվել է. ֆիզիկական կուլտուրան և սպորտը դիտարկվում են՝ որպես մարդկային կապիտալի զարգացման, հասարակության սոցիալական առողջության ապահովման միջոց, ինչպես նաև որպես բիզնես, որտեղ կարելի է լավ գումար վաստակել, իհարկե, սուր մրցակցության պայմաններում:

Ֆիզիկական կուլտուրան և սպորտը մարդկանց առողջության պահպանման և ամրապնդման, հաղորդակցման, ժամանցի ակտիվ կազմակերպման, վատ սովորությունների ու հակումների այլընտրանքի կարևորագույն գործոն են: Միևնույն

Ժամանակ, ֆիզիկական կուլտուրան և սպորտն ակտիվորեն ներգործում են պետական և հասարակական կյանքի տնտեսական ոլորտի՝ սպառման և պահանջարկի կառուցվածքի, սպառողների վարքագծի, արտաքին տնտեսական հարաբերությունների, զբոսաշրջության և տնտեսական համակարգի այլ ցուցանիշների վրա: Սպորտը դարձել է տնտեսության և երկրի համախառն ներքին արդյունքի նպաստող գործոն [4] :

Ելնելով նշվածից՝ անհրաժեշտություն է առաջանում պարզաբանել ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի ներգործության արդյունավետությունը տնտեսության ոլորտի վրա:

Հետազոտության նպատակը և խնդիրները: Հետազոտության նպատակն է՝ ուսումնասիրել ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի դերն ու նշանակությունը տնտեսության զարգացման գործում:

Այդ նպատակով առաջադրվել են հետևյալ խնդիրները.

✓ Բացահայտել ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտային ծառայությունների մատուցման և տնտեսության զարգացման կապը:

✓ Ուսումնասիրել սպորտային ինդուստրիայի զարգացման միջազգային փորձը:

Հետազոտության մեթոդները և կազմակերպումը: Հետազոտության ընթացքում կիրառվել են հետևյալ մեթոդները՝ գիտամեթոդական գրականության և տեղեկատվական աղբյուրների ուսումնասիրում և վերլուծություն:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծություն: Եթե տարիներ առաջ սպորտն առավելապես առողջապահական և սոցիալական պահանջմունքներ էր բավարարում, ապա ներկա-

յում զարգացում է ապրում սպորտի ինդուստրիան՝ իր բոլոր ենթակառուցվածքներով, մասնավորապես՝ մարզադաշտեր, սպորտային համալիրներ, մարզական գույքի և մարզասարքերի արտադրություն, սպորտի գովազդային համակարգ և այլն: Սպորտը և ֆիզիկական կուլտուրան առողջ ապրելակերպի նախադրյալը լինելուն զուգընթաց, աշխատունակության վերականգման, աշխատանքի արտադրողականության բարձրացման, տեխնոլոգիական նորամուծությունների խթանման արդյունավետ միջոց են, ինչն իր հերթին նպաստում է երկրի տնտեսության համապատասխան ոլորտներում ներդրումային ակտիվությանը, տարատեսակ ծրագրերի արդիականացմանը: Տեղի է ունենում շուկայական օրենքների արագ ներթափանցում սպորտի ոլորտ, և միևնույն ժամանակ մեծանում է սպորտի առաջարկը՝ որպես «ապրանքի», և հենց դա է կազմում սպորտի և տնտեսության հիմնական բովանդակությունը:

Ակնհայտ է, որ ժամանակակից սպորտը եկամտաբեր բիզնես է: Սպորտային խոշոր իրադարձությունները, ինչպիսիք են՝ Աշխարհի գավաթը, Օլիմպիական խաղերը, Եվրոպայի առաջնությունը, Չեմպիոնների լիգան կամ Եվրալիգան, և այլ խոշորագույն սպորտային միջոցառումները, տարածաշրջան են գրավում հազարավոր զբոսաշրջիկների և հսկայաձավալ ֆինանսական միջոցներ: Դրսից փողի հոսքը տնտեսական զգալի օգուտներ է բերում այդօրինակ իրադարձություններից: Սպորտային միջոցառումների անցկացումը պահանջում է բավական ենթակառուցվածքներ, այդ թվում՝ մարզադաշտեր, տրանսպորտային միջոցներ: Այս օբյեկտների կառուցումը,

վերանորոգումը, արդիականացումը նպաստում է աշխատատեղերի ստեղծմանը, խթանում է տնտեսական աճը: Հսկայական եկամտաբերություն է ապահովում նաև սպորտային միջոցառումների սպասարկման ոլորտը, ներառյալ՝ հեռարձակման, գովազդի, հովանավորության իրավունքների վաճառքը, մուտքի տոմսերի, սպորտային հատուկ ապրանքատեսակների իրացումը: Ընդ որում՝ տվյալ ոլորտում նոր աշխատատեղերի ստեղծումը և զբոսաշրջության ակտիվացումը մուլտիպլիկատիվ էֆեկտ է ապահովում՝ խթանելով տնտեսության այլ ոլորտների զարգացումը:

Բացի այդ, սպորտային խոշոր իրադարձությունները հյուրընկալող երկրներին աշխարհին ներկայանալու, միջազգային ասպարեզում ինքնադրսևորվելու և իր հեղինակությունն ամրապնդելու բացառիկ հնարավորություն են ընձեռում:

Ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի տնտեսական դերն առավել հստակ դրսևորվում է մի քանի հիմնական ուղղությամբ.

- նախ, ֆիզիկական ակտիվությունը և առողջարարական սպորտն օգնում են նվազագույնի հասցնել տնտեսական կորուստները սոցիալական կյանքի բոլոր ոլորտներում՝ հանդես գալով որպես վատ սովորությունների այլընտրանք,

- երկրորդ, ֆիզիկական ակտիվությունը ազգաբնակչության կյանքի տևողությունը երկարացնելու, աշխատունակության տարիքային շեմը և առհասարակ կյանքի որակը բարձրացնելու անվիճելի գործոն է,

- երրորդ, ֆիզիկական դաստիարակությունը և սպորտը բարձրորակ աշխատանքային ռեսուրսների պատրաստման

հիմնական բաղադրիչներից են և, հետևաբար, տնտեսական աճ ապահովելու գործոն,

- չորրորդ, ֆիզիկական ակտիվությունը, սպորտը և զբոսաշրջությունը ներկայումս լայնածավալ բիզնես գործունեության կարևորագույն ոլորտ են, որը մի կողմից ապահովում է բազմաթիվ մարդկանց զբաղվածությունը սպորտային ինդուստրիայում, որի արդյունքում, առանձին ձեռնարկություններում (աշխատանքի արտադրողականության բարձրացման շնորհիվ) ավելանում է արտադրության ծավալը, բարելավվում է արտադրանքի որակը, աճում է շահույթը և մեծանում է փաստացի աշխատաժամանակի քանակը, իսկ մյուս կողմից՝ բիզնեսի այս ոլորտներն ապահովում են բյուջեի համալրումը հարկային վճարումների միջոցով, ինչը թույլ է տալիս պետությանն արագ լուծել բնակչության սոցիալական խնդիրները [4] :

Սպորտով և ֆիզիկական կուլտուրայով կանոնավոր զբաղվելու արդյունքում կրճատվում է հիվանդության պատճառով աշխատանքից բացակայությունների ընդհանուր թիվը, ինչը, անշուշտ, դրական ազդեցություն է ունենում կյանքի որակի բարելավման, համախառն ներքին արդյունքի աճի և հասարակության բարեկեցության վրա [3] :

Ազգի առողջական վիճակն ամենաուղղակի և անմիջական ազդեցությունն ունի տնտեսության վրա. մի կողմից բնակչության վատառողջությունը հանգեցնում է հսկայական տնտեսական կորուստների, մյուս կողմից՝ անարդյունավետ տնտեսությունը զարկ է տալիս մի շարք բացասական հասարակական երևույթներին, այն է՝ սկզբնական շրջանում զարգանում

են դեգրադացիայի այնպիսի առաջնային հատկանիշներ, ինչպիսիք են՝ հարբեցողությունը, թմրամոլությունը, հանցավորությանը, այնուհետև տվյալ ընթացքը հետզհետե ներառում է երկրորդային կործանիչ գործոններ՝ աճում է հոգեբանական և հոգեկան խանգարումների, սրտանոթային հիվանդությունների, ինքնասպանությունների թիվը, տեղի է ունենում հաշմանդամների թվի ավելացում, ազգաբնակչության անաշխատունակության մակարդակի բարձրացում [3]:

Ինչպես վերը նշվեց, ֆիզիկական կուլտուրան և սպորտը զգալի դաշտ են ձևավորում՝ հարակից ոլորտներում ձեռնարկատիրական գործունեությամբ զբաղվելու համար: Այս առումով հատկանշական է ձեռներեցության մարզական մեդիա ոլորտը՝ սպորտային լրատվամիջոցները: Ժամանակակից սպորտը ինդուստրիա է, որը հիմնված է մրցումների առաջընթացի և արդյունքների մասին տեղեկատվության բազմամիլիոնանոց մեդիա լսարանի պահանջարկի ձևավորման և պահպանման վրա [1]: Ֆիզիկական կուլտուրան և սպորտը խթանում են մասնագիտացված հեռուստաալիքների, ռադիոկայանների, հրատարակչությունների և լրատվական գործակալությունների ձևավորումը և զարգացումը: Լրատվամիջոցների միացումը սպորտին՝ էապես փոխել է բիզնես գործընթացների կառուցվածքն ու բովանդակությունը՝ մարզիկներին ճանաչելի դարձնելով ամբողջ աշխարհում: Այդ գործընթացում հեռարձակողների ներգրավմամբ դիտողների լսարանը բազմապատիկ ավելանում է: Տնտեսական առումով նշանակում է, որ մարզիկները մշտապես արտադրում են շուկայական յուրահատուկ ապրանք՝ դիտարժանությունը, որի հետ սերտորեն

փոխկապակցված է սպորտային հեռարձակումների, գովազդային և հեռարձակման իրավունքների եկամտաբերությունը [2]:

Հարկ է նշել նաև հարակից ոլորտի զարգացման ևս մի քանի օրինակ:

Սպորտային համալիրների և օբյեկտների կառուցումը գրավում է ներդրողներին և նպաստում շինարարական ոլորտի զարգացմանը:

Սպորտային միջոցառումները, գրավելով զբոսաշրջիկներին, նպաստում են հանրային ծառայությունների ոլորտի զարգացմանը, ներառյալ՝ հյուրանոցային բիզնեսը, հասարակական սնունդը, տեսարժան վայրեր այցելելու հետ կապված ձեռներեցությունը, թանգարանային գործը, մշակութային միջոցառումների կազմակերպումը և այլն:

Զարգացած երկրների ազգային արտադրանքի մեջ սպորտային տնտեսության բաժինը կազմում է 1-2 տոկոս: Այս ոլորտում ամբողջ աշխարհում աշխատում է ավելի քան 20 միլիոն մարդ: Սպորտային ապրանքների համաշխարհային շուկան 2021 թվականին ունեցել է 110,33 միլիարդ դոլար արժեք կամ 14,7% CAGR (տարեկան աճի տեմպ), և ակնկալվում է, որ 2025 թվականին այդ ցուցանիշը կհասնի մոտ 143 միլիարդ դոլարի կամ կգրանցի 7 % CAGR [1]:

Համաշխարհային շուկայում մատակարարման 70%-ը կազմում են Հարավարևելյան Ասիայում համաշխարհային բրենդների ապրանքանիշերով արտադրված ապրանքները. Չինաստանի այն կազմում է 65%: Եվրոպական երկրներում արտադրված արտադրանքը կազմում է մոտավորապես 15%,

Ռուսաստանում արտադրվում է մոտ 10-15%: Ամեն տարի ավելանում են սպորտային ակումբների և կազմակերպությունների թիվը, ավելանում է սպորտին ընդգրկվածների թիվը, ինչպես նաև նկատվում է ակտիվ ընտանեկան հանգստի զարգացման միտում:

Սպորտային ապրանքների համաշխարհային շուկայի հզորությունը, ըստ տարբեր փորձագիտական գնահատականների՝ տատանվում է 67-ից 100 միլիարդ ԱՄՆ դոլարի սահմաններում: Սպորտային ապրանքների ռուսական շուկան գնահատվում է 0,6-4 միլիարդ դոլար: Վերլուծաբանները սպորտային սարքավորումների համաշխարհային շուկայի տարեկան վաճառքի ծավալը գնահատում են 40 մլրդ դոլար, սպորտային կոշիկների շուկան 20 մլրդ դոլար, իսկ սպորտային հագուստի շուկան 38 մլրդ դոլար [4]:

Ֆզրակացություն: Ֆիզիկական կուլտուրան և սպորտը կարևոր դեր են խաղում տնտեսության զարգացման գործում, ազդում են սոցիալական ոլորտի վրա և ունեն զարգացման մեծ ներուժ: Սպորտում ներդրումները նպաստում են մարդկանց կյանքի որակի բարելավմանը, զբոսաշրջության զարգացմանը և միջազգային կապերի ամրապնդմանը: Ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի ճիշտ օգտագործումն ու զարգացումն օգնում է բարենպաստ պայմաններ ստեղծել տնտեսության զարգացման համար: Այս ոլորտն ունի հսկայական տնտեսական ներուժ, այն խթանում է նորարարությունը և հնարավորություններ է ընձեռում ձեռներեցության համար: Սպորտը վերածվել է բիզնեսի, որն ընդգրկում է ոչ միայն զվար-

ճանքները, մշակույթը և հասարակական հարաբերությունները, այլև տնտեսությունը:

📖 ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Աբրահամյան Լ. Ս., Սպորտի կառավարում, Ուսումնական ձեռնարկ, Երևան, Էդիտ պրինտ, 2024, էջ 234:

2. Հարությունյան Ա. Գ., Ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի մարկետինգ, Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ, Երևան, 2007:

3. Галкин В.В., Экономика спорта и спортивный бизнес. Учебное пособие. 2006 г.

4. www. New sporting goods industry trends for 2023 McKinsey [մուտք՝ 13.04.2024]

*Շնորհակալություն եմ հայտնում գիտական ղեկավար
Ն. Հովհաննիսյանին՝ հոդվածի պատրաստման
աշխատանքներին աջակցելու համար:*

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ
ՊԵՏԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ARMENIAN STATE INSTITUTE OF PHYSICAL CULTURE
AND SPORT

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
И СПОРТА АРМЕНИИ

ՍՊՈՐՏ, ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ, ԿՐԹՈՒԹՅՈՒՆ

SPORT, HEALTH, EDUCATION

СПОРТ, ЗДОРОВЬЕ, ОБРАЗОВАНИЕ

Ուսանողական գիտական տարեգիրք

Խմբագիր՝

Ե.Վ.Սիմոնյան

Համակարգչային

ծնավորումը՝

Լ.Ա.Մեծոյանի

Ստորագրված է տպագրության՝ 06.11.2024 թ.

Չափսը՝ 60x84 1/16: Տպ. մամուլը՝ 5.4: