

одночасно з очисткою від важких металів, домішок, затримують необхідні солі та елементи.

Надзвичайно важливе значення має швидкість фільтрації. Оптимальний варіант швидкості: води в 1 хв. на 100 г вугілля.

Наведені факти постачання населення України питною водою говорять про те, що ми стоїмо на порозі "водної кризи".

ЛІТЕРАТУРА

1. Аджанов М. Вода, которую мы пьем. –М.:ЭКСМО, 2006. – 192 с.
2. Бондарев А., Жданов В. Темные воды // Корреспондент, 2006, 6 мая. – с. 45-48.
3. Бурдикин Б.Е. Вода вернет здоровье. Домашний водолечебник. СПб: Вектор, 2005. – 160 с.
4. Дарина М.М. Лечебные свойства воды. Смотри что пьешь. СПб: Вектор, 2005. – 94 с.
5. Лебедева Е.П., Лебедев В.М., Багиров Э.М., Шарков В.Ф. О применении капиллярных фильтров на работе с космоэнергетическими каналами //Человек и космос, 2004. – №25. – с. 13-22.
6. Рескин О. Відсутність нормативно-правового визначення поняття "питна вода" унеможливило здійснення державного санітарного нагляду за якістю питної води в Україні // Вісник малозахисених, № 40, 16-31 січня 2007 р. – с.2.

І.І. РАНЦЯ, І.В. ВАНДА, Л.І. КОТИК

СОЦІАЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Стаття присвячена дослідженню захворюваності дітей Львівської області. Увага звертається на розкритті передумов виникнення захворюваності дітей, аналізі компонентної структури захворюваності, а також територіальних відмінностей її поширення. Здійснено типологію районів і міст Львівської області за поширенням основних видів захворювань дітей.

Статья посвящена исследованию заболеваемости детей Львовской области. Внимание обращается на раскрытии предусловий возникновения заболеваемости детей, анализе компонентной структуры заболеваемости, а также территориальных отличиях ее распространения. Проведено типологию районов и городов Львовской области за распространением основных видов заболеваний детей.

The article deals with children diseases in Lviv region. The attention has been paid on factors of children diseases, on analysis of component structure of children diseases, and on territorial differences in spreading of children diseases. Typology of administrative districts and towns of Lviv Region has been made with use of indices that indicate spreading of main children illnesses.

Постановка та актуальність проблеми. Затяжна трансформація господарського комплексу Львівської області загалом та соціальної сфери зокрема, поява різноманітних кризових явищ, використання соціальних негараздів загострили проблему збереження суспільного здоров'я в регіоні. Статистичні медико-географічні показники засвідчують зменшення народжуваності та природного приросту населення краю, підвищення смертності, скорочення загальної тривалості життя. За таких умов набуває актуальності потреба дослідження захворюваності вікової групи дітей, як найбільш вразливої когорти суспільства, що формує його майбутній генофонд та забезпечує подальший розвиток українського соціуму.

Аналіз найновіших досліджень і публікацій. Дослідженню проблем захворюваності дитячого населення присвячені праці демографів С. Пиріжкова та І. Прибиткової (Київ), географів В. Гуцуляк, І. Шевченка, О. Романів, В. Стецюка, Я. Олійника, В. Шевченко, П. Шищенка (Київ), В. Пантелей (Львів, Польща), економістів Л. Шевчук та У. Садової (Львів), соціологів А. Островської, В. Гавришківського (Вроцлав, Польща), соціальних філософів В. Андрущенка та М. Михальченка (Київ), медиків Н. Смоляр (Львів) тощо. Однак, захворюваність дитячого населення в них розглядається на загальнодержавному рівні й нез'ясованими залишаються її регіональні особливості.

Мета дослідження. Метою дослідження є розкриття територіальних відмінностей захворюваності дитячого населення Львівської області та вивчення впливу соціально-географічних факторів на їх формування.

Методика і методологія дослідження. Дослідження проведено на основі аналізу та синтезу статистичної медико-статистичної інформації з проблем захворюваності дитячого населення Львівської

області з використанням напрацьованих в суспільній географії методик обробітку статистичних даних, зокрема таких, як картографічне моделювання засобами ГІС, ентропійні міри, багатовимірний (кластерний аналіз).

Дослідження проводилися в розрізі 29 територіальних одиниць Львівської області: 20 районів та 9 міст обласного підпорядкування, що відповідає системі організації статистичного обліку сфери охорони здоров'я. При цьому варто звернути увагу на деякі географічні неточності статистичної інформації: у містах обласного підпорядкування знаходиться чимало медичних закладів міжрайонного значення, де фіксуються захворювання дітей, що приїжджають на лікування чи обстеження з навколишніх районів. Тому показники захворюваності дещо занижені у районах та підвищені в містах обласного підпорядкування.

Досліджувалася захворюваність як загалом, так і в розрізі шести найактуальніших для дитячого населення нозологій: гостра ревматична гарячка і хронічний ревматизм, пневмонія, бронхіальна астма, холецистит і холангіт, травми та отруєння, хвороби сечостатевої системи.

Результати дослідження. На сьогодні в науковому світі не існує єдиного критерію для виділення вікової групи дітей так само як і загальноприйнятого трактування поняття «дитина». Найбільш розповсюдженим є трактування згідно якого «дитина» – це 1) маленький хлопчик або маленька дівчинка; 2) син або дочка незалежно від їх віку [2, с. 224]. Таке поняття відзначається широким обсягом, своєю неконкретикою й для його обмеження в суспільних науках вводять критерій віку людини. Останній варіює від 0–12 до 0–21 р. Конвенція ООН з прав дитини від 20.11.1989 р. визначає верхню межу віку дитини на позначці 18 р., й зазначає, що дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку, якщо за законом, застосовуваним до даної особи, вона не досягає повноліття раніше [4]. В США верхньою межею дитячого віку є 21 р., в більшості країн Західної Європи – 18 р., а в країнах Африканської Субсахари – 12 р. Згідно з законодавством України дитиною рахується людська істота у віці до 18 р. Проте, з врахуванням соціо-фізіологічних особливостей розвитку в розрізі медичної статистики вік дитини обмежений позначкою 14 р., а для вікової групи 15–17 рр. використовується поняття «дитина підліткового віку». Оскільки, ми працюємо з медичною статистикою, то в нашому дослідженні під дітьми розуміється когорту населення віком до 14 р. включно.

У суспільній географії проблеми дитячої життєдіяльності досліджуються в двох наукових напрямках: географія населення, де акцент робиться на вивченні геодемографічних процесів та зазначай віковій групі та соціальна географія, де здійснюється вивчення соціальних процесів, що мають місце в даній категорії. Одним із таких процесів є захворюваність дитячого населення, яку вивчається в розрізі медичної географії.

Захворюваність дітей – це показник поширення хвороб, зареєстрованих протягом року серед вікової групи населення 0–14 рр. Він обчислюється кількістю захворювань на 100, 1 тис., 10 тис., 100 тис дітей [10].

У медичній статистиці для характеристики процесу захворюваності населення використовуються два показники:

- поширеність захворювань – відповідає показнику захворюваності в розумінні Л. Шевчук;
- захворюваність – кількість зареєстрованих захворювань вперше у житті протягом певного періоду часу, в основному – 1 року.

Оскільки ми опираємося на медичну статистику, то в процесі дослідження оперуємо поняттями поширеність захворювань та захворюваність.

Захворюваність та поширення захворювань дітей є двоякими показниками. З однієї сторони вони є результатом негативних екологічних, економічних, соціальних тенденцій, які мають місце в суспільстві, з іншої, вони виступає в ролі впливових чинників подальшого розвитку і функціонування суспільства: визначають майбутній генофонд нації, впливають на формування інтелектуального, працересурсного потенціалу тощо.

Серед факторів, що впливають на захворюваність та поширення захворювань дитячого населення Львівської області можна виділити: погіршення загальної соціально-економічної ситуації в регіоні (безробіття батьків, трудові міграції, зниження загального рівня життя, неплатоспроможність сімей з дітьми і т.д.); наростання зовнішнього соціального тиску на дитину (прискорення ритму життя, інформаційний цейтнот, пропагування західних стереотипів поведінки);

- погіршення екологічної ситуації (вплив аварії на ЧАЕС, зростання транспортних викидів в містах тощо);
- наповнення ринку області низькоякісними та генетично модифікованими продовольчими товарами;

- наповнення регіонального ринку несертифікованими або протермінованими медичними препаратами;
- занепад медичної сфери області (неможливість надання медичними закладами своєчасної належного обсязі медичної допомоги, призупинка діяльності програм з профілактики дитячих захворювань);
- недотримання санітарно-гігієнічних норм проживання;
- недотримання норм повноцінного та раціонального харчування;
- раннє залучення дітей до важкої фізичної праці (характерне для сільської місцевості);
- зниження вікової межі першого випадку тютюнопаління, вживання алкогольних та наркотичних засобів;
- зниження вікової межі вступу в активне статеве життя;
- порушення мікроклімату в сім'ї і т.д.

Перелік факторів можна продовжити, проте всі вони сумісно спричиняють до зростання загальної захворюваності та поширення захворювань дитячого населення Львівської області. В цьому контексті немаловажну роль відіграє власне індивідуальна поведінка дитини. А. Островською [11] сформульований перелік пропозицій, виконання яких веде до зниження індивідуальної дитячої захворюваності та поширення захворювань, а відповідно й загального показника захворюваності в області:

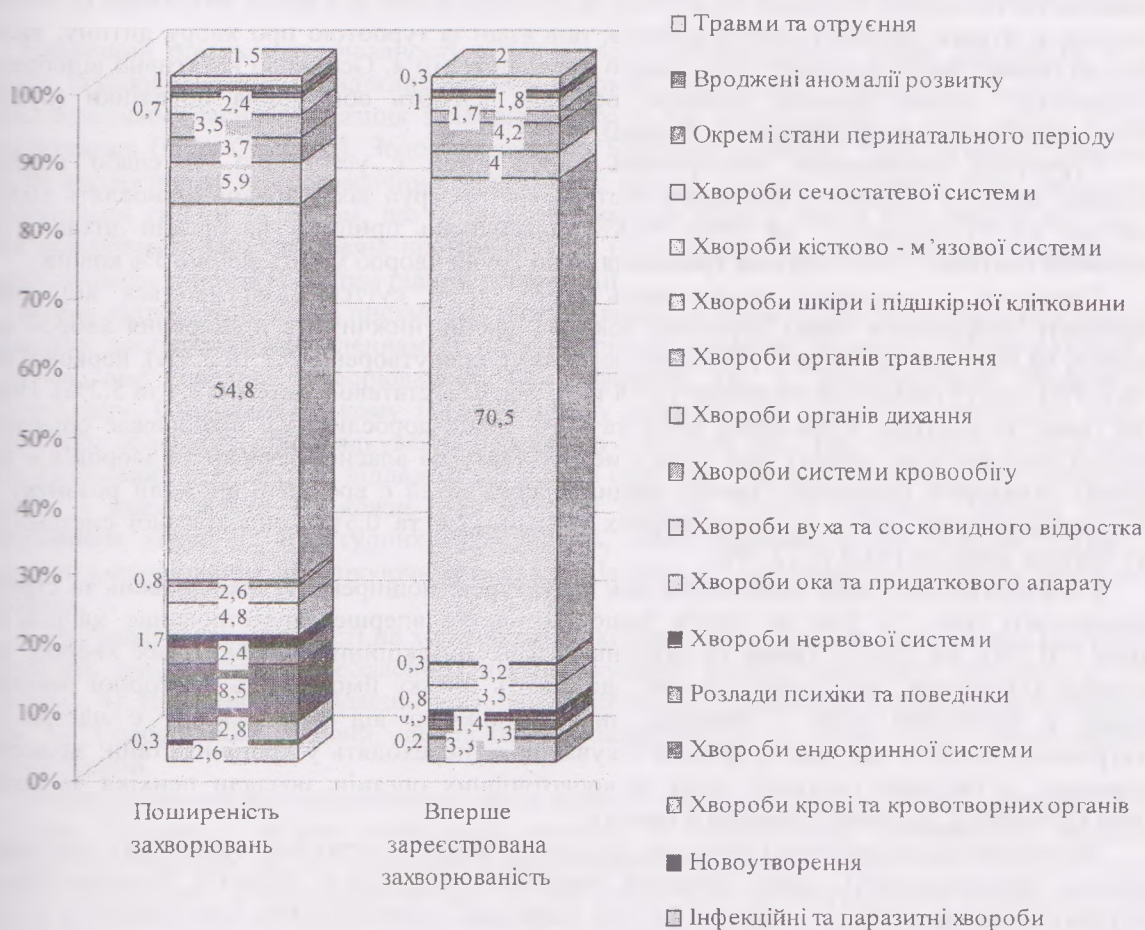


Рис. 1. Структура поширеності захворювань та захворюваності дитячого населення Львівської області у 2004 р.

- 8-9 годин нічного сну; щоденне споживання сніданку, а також збалансована їжа; уникнення змірковане вживання швидкої-їжі (fast-food); утримання ваги тіла в нормі; фізична активність;
- уникнення тютюнопаління; уникнення вживання алкогольних напоїв та наркотичних засобів.

На жаль, діти рідко дотримуються даних пропозицій. Це зумовлено як об'єктивними (нестача фінансових ресурсів в батьків) так і суб'єктивними (лінь, незорганізованість) причинами. Все це

призводить до захворюваності та поширення захворювань дитячого населення регіону, загальна картина якої подана нижче.

Станом на 1 січня 2005 року у Львівській області проживало 445,2 тис. дітей (17,3%) усього населення. За рік було зареєстровано 789,8 тис. захворювань, з них 575,9 тис. – вперше. Порівняно з 2003 р. кількість захворювань зменшилася (на 2,4 та 2,6% відповідно). Збільшилася кількість хвороб системи кровообігу (на 11,8%, при цьому зменшилися такі складні хвороби цієї групи, як гостра ревматична гарячка – на 41,2% та ревматична хвороба серця – на 7,4%), новоутворень (на 9,9%), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (на 2,5%). На 10% зменшилася поширеність інфекційних паразитних захворювань та хвороб ендокринної системи, на 6,7% – станів перинатального періоду зокрема пологових травм – на 23,0%.

Показник поширеності захворювань серед дітей – 1766‰ – є найвищим, порівняно з іншими віковими групами: 1288‰ серед дітей підліткового віку, 1519‰ серед дорослих. За 2004 р. показник збільшився на 86‰ (5,1%), зокрема хвороб органів травлення на 8‰ (7,8%), органів дихання на 50‰ (5,5%). Зменшилася відносна поширеність захворювань лише інфекційних і паразитних захворювань та хвороб ендокринної системи. Для більшості груп хвороб мало місце абсолютне зменшення захворюваності, проте відносний показник зріс. Це зумовлено скороченням кількості дітей, що відображає від'ємний природний приріст населення.

В середньому одна дитина хворіє 1,8 рази в рік. Це має негативні соціальні наслідки: знижується здоров'я підростаючого покоління; економічні втрати сім'ї, пов'язані із тимчасовою непрацездатністю одного із батьків по догляду за дитиною віком до 6 років, витратами на обстеження та лікування; втрати нервової енергії родичів, пов'язані із турботою про хвору дитину; вилучення дитини на певний час із ширшого соціального кола, аніж сім'я. Особливо негативно відображається на соціалізації дитини хронічні хвороби, оскільки існують обмеження поведінки (рухливості харчування, систематичні відвідування лікарів).

Структура поширеності захворювань серед дітей є усталеною, із слабо вираженими щорічними змінами: абсолютні коливання частки окремих груп захворювань становлять $\pm 0,0...0,3\%$, найчастіше $\pm 0,1\%$ (відносні – до 50%). 54,8% захворювань припадає на органи дихання, 8,5% – ендокринної системи, 5,9% – органів травлення. Інші групи хвороб мають менше 5% кожна.

Структура поширеності захворювань серед дітей суттєво відрізняється від структури поширеності захворювань серед дорослих, зокрема значно нижчими є поширення хвороб системи кровообігу (0,8% серед дітей та 27,4% серед дорослих), новоутворень (0,3 та 2,3%), нервової системи (1,7 та 2,9%), ока та додаткового апарату (4,8 та 6,7%), сечостатевої системи (2,4 та 5,2%). Нижчою частка травм та отруєнь: 1,5% серед дітей та 2,2% серед дорослих, що відображає спрямованість дорослого населення на турботу про дітей і меншу увагу до власної безпеки та здоров'я – прикладом подвійних стандартів поведінки. Значно вищими серед дітей є вроджені аномалії розвитку (1,0 та 0,1%), захворюваність крові та кровотворних органів (2,8 та 0,5%), ендокринної системи (8,5 та 4,0%), органів дихання (54,8 та 22,7%).

Спостерігаються певні відмінності між структурою поширеності захворювань та структурою захворюваності (рис. 1). Так, на 28,6% вищою є частка вперше зареєстрованих хвороб органів дихання (70,5%), на 25% – травм та отруєнь (2,0%), інфекційних і паразитних хвороб, шкіри та підшкірної клітковини, тобто груп хвороб, що мають низьку ймовірність повторної реєстрації та переходу у хронічний стан. І навпаки, значно нижчою від поширеності є частка вперше зареєстрованих хвороб, що мають тривале лікування та переходять у хронічні стани: захворювання ендокринної та нервової системи, крові та кровотворних органів, розлади психіки та поведінки, системи кровообігу, вроджені аномалії розвитку.

Застосування географічних методик дало змогу виявити низку територіальних відмінностей у поширенні захворюваності серед дитячого населення Львівської області. Зокрема, результати ентропійного аналізу (табл. 1) свідчать, що при незначних територіальних відмінностях у поширенні захворюваності загалом (територіальна диференціація становить 18,8% від максимально можливої) райони та міста куди більше відрізняються за захворюваністю дітей на окремі види нозологій (ту територіальна диференціація коливається в межах 40–60%). Наприклад, загалом захворюваність дитячого населення змінюється від 1392‰ (Мостиський район) до 2639‰ (м. Трускавець). Тобто адміністративні одиниці Львівської області із найменшою та найбільшою загальною захворюваністю дитячого населення відрізняються в 1,9 разів. Однак, подібним чином розраховані відмінності між окремими дитячими нозологіями є значно більшими (наприклад, за бронхіальною астмою – 7,4 разів, ревматизмом – 9,5 разів, сечостатевиими хворобами – 10,8 разів тощо). Отже, наведені вище чинники

захворюваності та поширення захворювань активно себе проявляють у Львівській області і при цьому існують різні способи у різних субрегіонах області.

Таблиця 1.

Результати ентропійного аналізу захворюваності дитячого населення Львівської області (2004 рік)

Нозологія	Територіальна диференціація, % від максимально-можливої	
	Рівня захворюваності	Частки серед шести нозологій
Загальне	18,5	–
Гостра ревматична гарячка та хронічний ревматизм	57,7	59,7
Пневмонія	58,8	59,2
Бронхіальна астма	53,7	51,3
Холецистит, холангіт	50,5	51,7
Травми та отруєння	53,5	47,0
Хвороби сечостатевої системи	48,6	41,7

Розглянемо особливості територіального поширення окремих дитячих нозологій у Львівській області.

Найвищий рівень захворюваності дітей області на бронхіальну астму фіксується у містах обласного підпорядкування, прилеглих до них районах, передусім – прилеглих зі сходу (рис. 2). Найвищий середньообласний показник захворюваності 5,7% перевищений у всіх містах обласного підпорядкування (крім Самбора), Золочівському та Буському районах. Така ситуація пояснюється передусім екологічним та географічним чинниками: якістю повітря, ступенем його забрудненості шкідливими газами та пилом, що є притаманним для міст, а також розмішених від них і від великих підприємств-забруднювачів повітря на схід (бо домінує західний перенос повітряних мас) і південь, а також районів із вищим рівнем урбанізації.

Рівень захворюваності на пневмонію загалом вищий в адміністративних районах з невисокою щільністю, дисперсним розселенням та низьким рівнем розвитку медичної інфраструктури (рис. 3). Так, наприклад, при середній захворюваності на пневмонію 8%, у Золочівському, Жовківському, Мостиському, Старосамбірському і Турківському районах цей показник перевищує 12%, а в містах обласного підпорядкування переважно є меншим 6%. Таку ситуацію можна пояснити тим, що у сільських районах, які віддалені від міст (а особливо у тих, де переважають дрібні сільські населення, з яких далеко не кожне має медичні пункти) батьки змушені частіше займатися лікуванням дітей від простудних захворювань, часто запускаючи на перший погляд легкі захворювання, або лікуючи їх невдало. Це згодом і спричиняє виникнення пневмонічних захворювань.

У географії захворюваності на холецистит та холангіт не спостерігається чітких географічних особливостей, однак у містах обласного підпорядкування рівень зазначеної нозології є суттєво вищим (рис. 4). При середньообласній захворюваності 4,7% виділяються Стрийський, Сокальський, Мостиський та Городоцький райони, де показник захворюваності більш ніж удвічі перевищує середньообласний.

Географія захворюваності на холецистит та холангіт деякою мірою пов'язана із географією якості питної води. Більшим є зв'язок зазначеного чинника із географічним поширенням захворювань сечостатевої системи (рис. 5). Тут виділяються міста Червоноград, Львів та Дрогобич, а також Перемишльський, Сокальський і Городоцький райони. В усіх зазначених адміністративних одиницях, і лише в них, рівень захворюваності на хвороби сечостатевої системи є вищим від середньообласного рівня, який становить 4,2%.

Ревматичні захворювання (гостра ревматична гарячка та хронічні ревматизми) є більш поширеними для південної частини області (рис. 6). Рівень їх поширення найвищий у Турківському, Мостиському, Дрогобицькому та Самбірському районах, де перевищує середньообласному показнику 2,6%.

У поширеності травм та отруєнь некоректно шукати географічні закономірності, оскільки серед них переважають низка дуже відмінних нозологій, що переважно спричинюються випадковими факторами, які мають одноразову дію. Однак загалом поширеність зазначеної групи

нозологій є суттєво вищою в містах обласного підпорядкування, а з поміж районів середньообласний рівень (26%) перевищений у Миколаївському, Жовківському, Сокальському, Перемишлянському, Дрогобицькому та Сколівському районах.

За допомогою кластерного аналізу нами здійснено типологію адміністративних районів та міст за рівнем та структурою захворюваності дитячого населення, результати якої подано на рис. 9 та у табл. 2.

Таблиця 2

Результати кластерного аналізу захворюваності дитячого населення Львівської області

Райони та міста з високим рівнем захворюваності дитячого населення		
Група 1	Кам'янка-Бузький та Сколівський райони, міста Львів, Дрогобич та Червоноград	Підвищений рівень ревматизмів, бронхіальної астми, травм та отруень, захворювань сечостатевої системи
Райони та міста із середнім рівнем захворюваності дитячого населення		
Група 2	Дрогобицький, Золочівський, Самбірський, Старосамбірський та Турківський райони, м. Самбір	Підвищений рівень ревматизмів, пневмонії, травм та отруень
Група 3	Бродівський, Жидачівський, Жовківський, Миколаївський, Перемишлянський, Радехівський, Сокальський та Яворівський райони	Підвищений рівень пневмонії, холециститів та холангітів, травм та отруень
Райони та міста із низьким рівнем захворюваності дитячого населення		
Група 4	Буський, Городоцький, Пустомитівський та Стрийський райони	Підвищений рівень холециститів та холангіту, ревматизмів, бронхіальної астми, захворювань сечостатевої системи
Група 5	Мостиський район	Підвищений рівень ревматизмів, пневмонії, холециститів та холангіту
Міста із дуже своєрідною специфікою захворюваності дитячого населення		
Низький рівень захворюваності	Моршин, Новий Розділ, Стрий	Підвищений рівень бронхіальної астми, ревматизмів, травм та отруень
Високий рівень захворюваності	Борислав	Підвищений рівень бронхіальної астми, травм та отруень
	Трускавець	Підвищений рівень холециститів та холангіту, травм та отруень

Висновки та перспективи досліджень. Як видно, захворюваність та поширення захворюваності дітей Львівської області є складним та багатограним процесом. Їх виникнення передують цілий комплекс соціально-економіко-еколого-географічних передумов, сумарна дія яких призводить до територіальної диференціації районів Львівської області за окремими видами дитячих захворювань. Здійснення такої диференціації, з урахуванням процесів трансформації медичної сфери регіону, на сьогодні є часово актуальним. Воно має прикладне значення та сприятиме ефективному проведенню на обласному рівні програм з оздоровлення дитячого населення. В той же час, з метою відображення більш глибокої картини захворюваності дітей Львівської області бажаним є проведення медико-географічного дослідження на рівні конкретних районів та окремих поселень. Їх виконання дасть змогу здійснити районування Львівської області за дитячою захворюваністю, а відповідно розробити науково-обґрунтовану регіональну програму профілактики дитячої захворюваності та охорони здоров'я дітей.

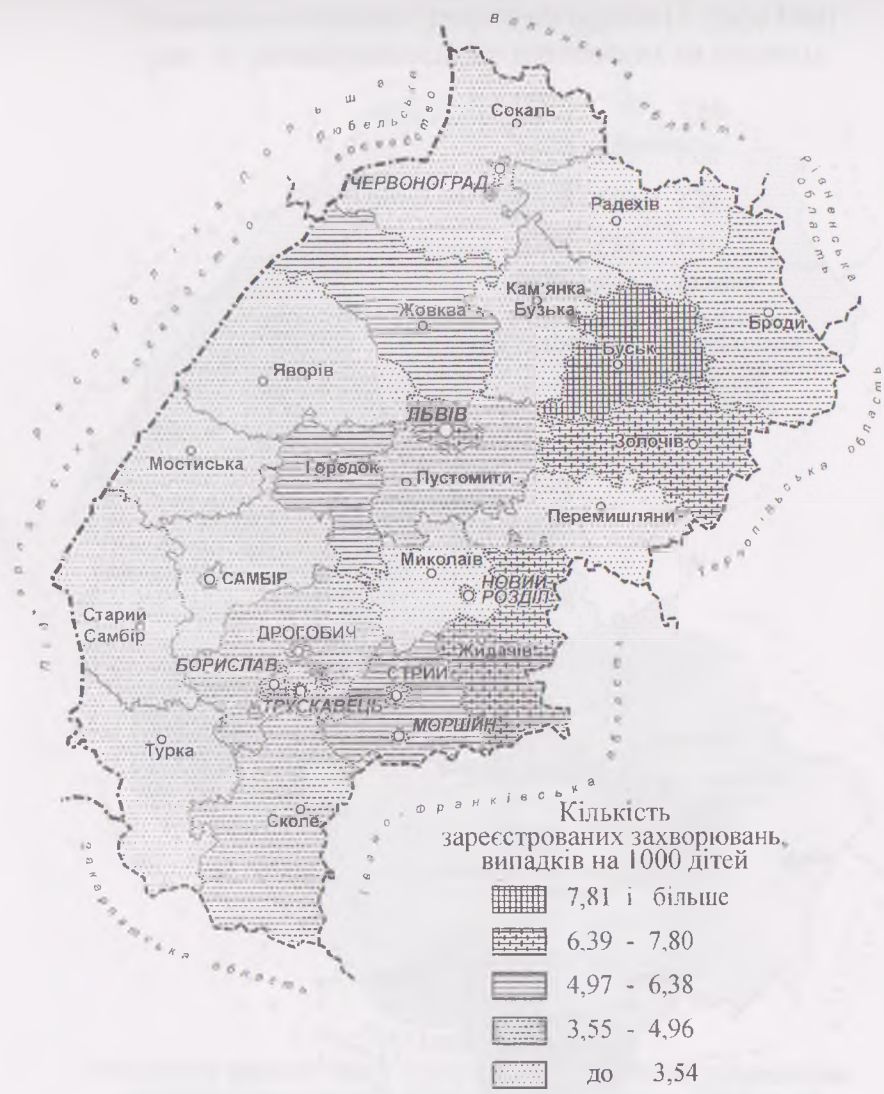


Рис. 2. Захворюваність на бронхіальну астму дитячого населення Львівської області у 2004 році

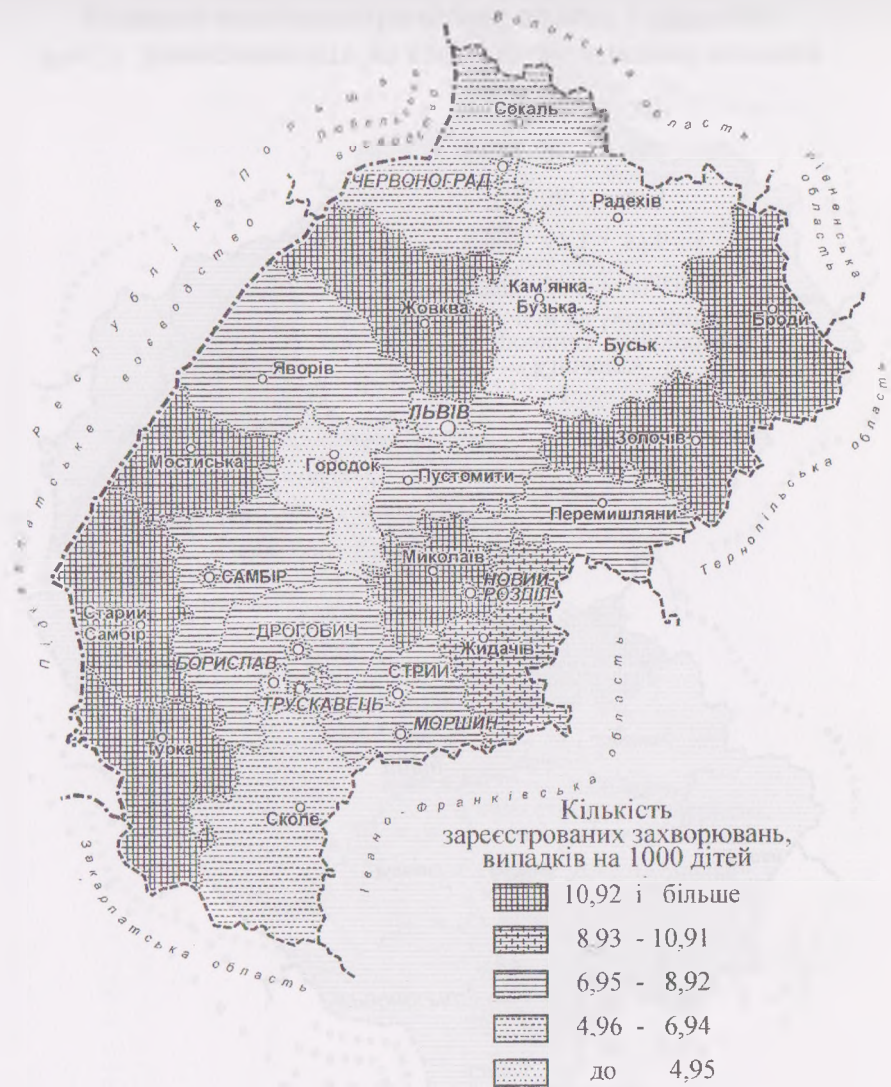


Рис. 3. Захворюваність на пневмонію дитячого населення Львівської області у 2004 році

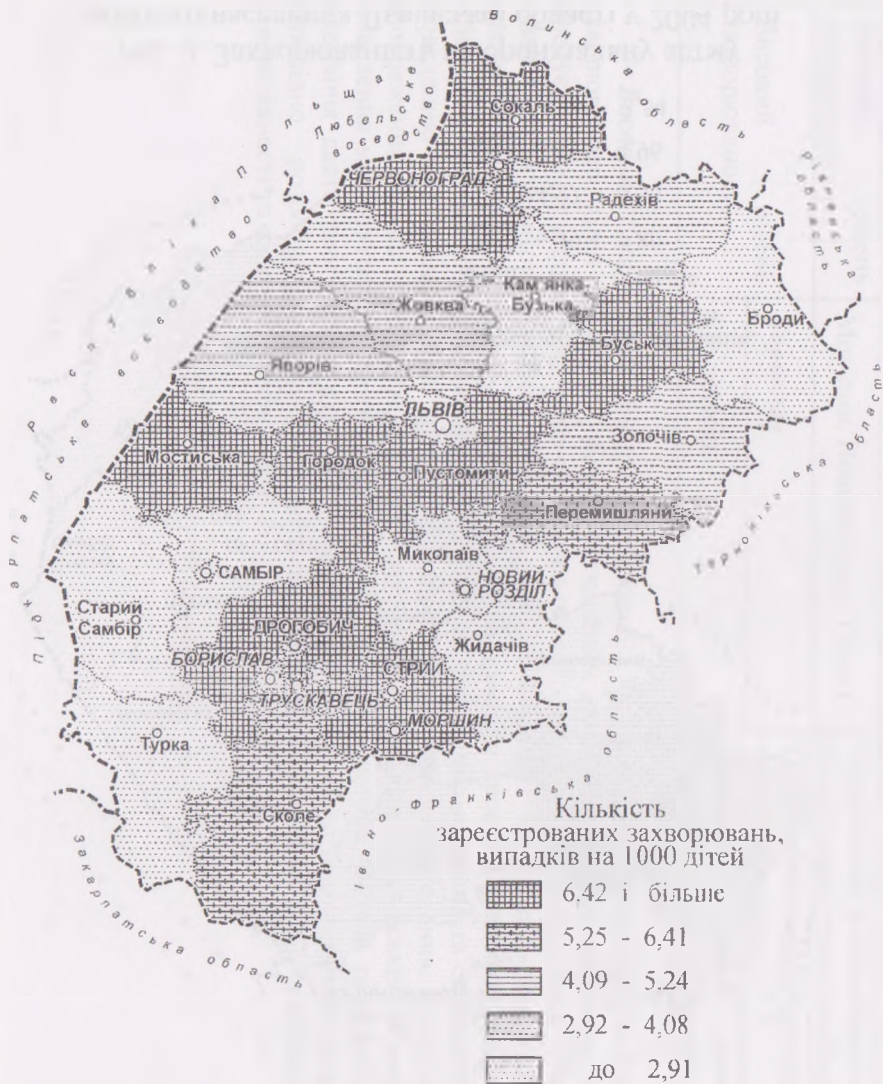


Рис. 4. Захворюваність на холецистит та холангіт дитячого населення Львівської області у 2004 році

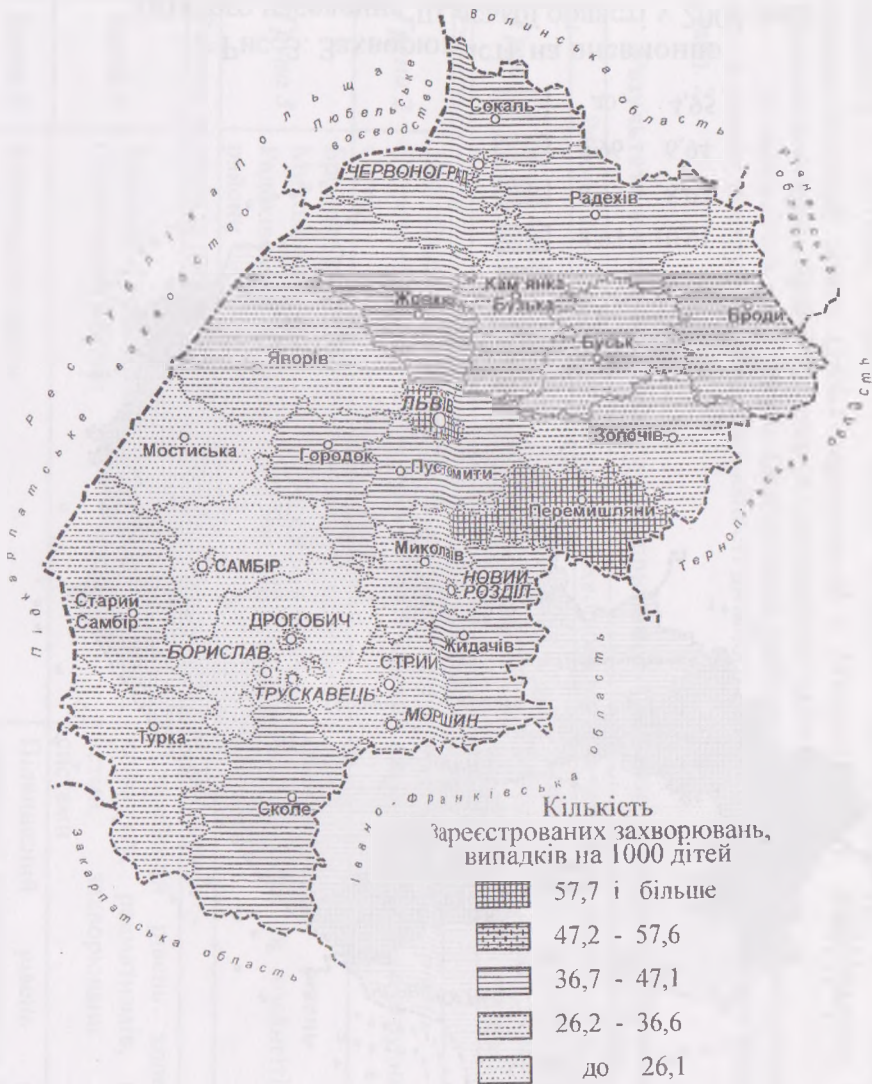


Рис. 5. Захворюваність на хвороби сечостатевої системи дитячого населення Львівської області у 2004 році

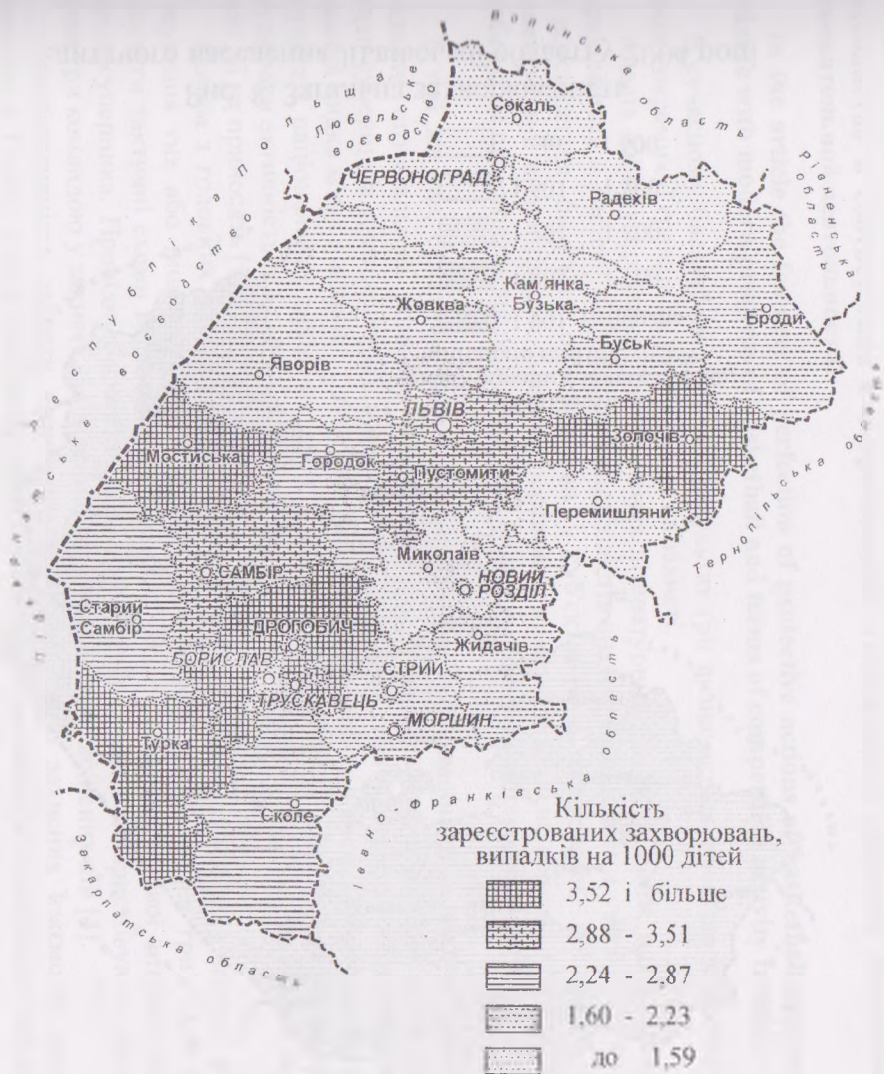


Рис. 6. Захворюваність на гостру ревматичну гарячку та хронічний ревматизм дитячого населення Львівської області у 2004 році

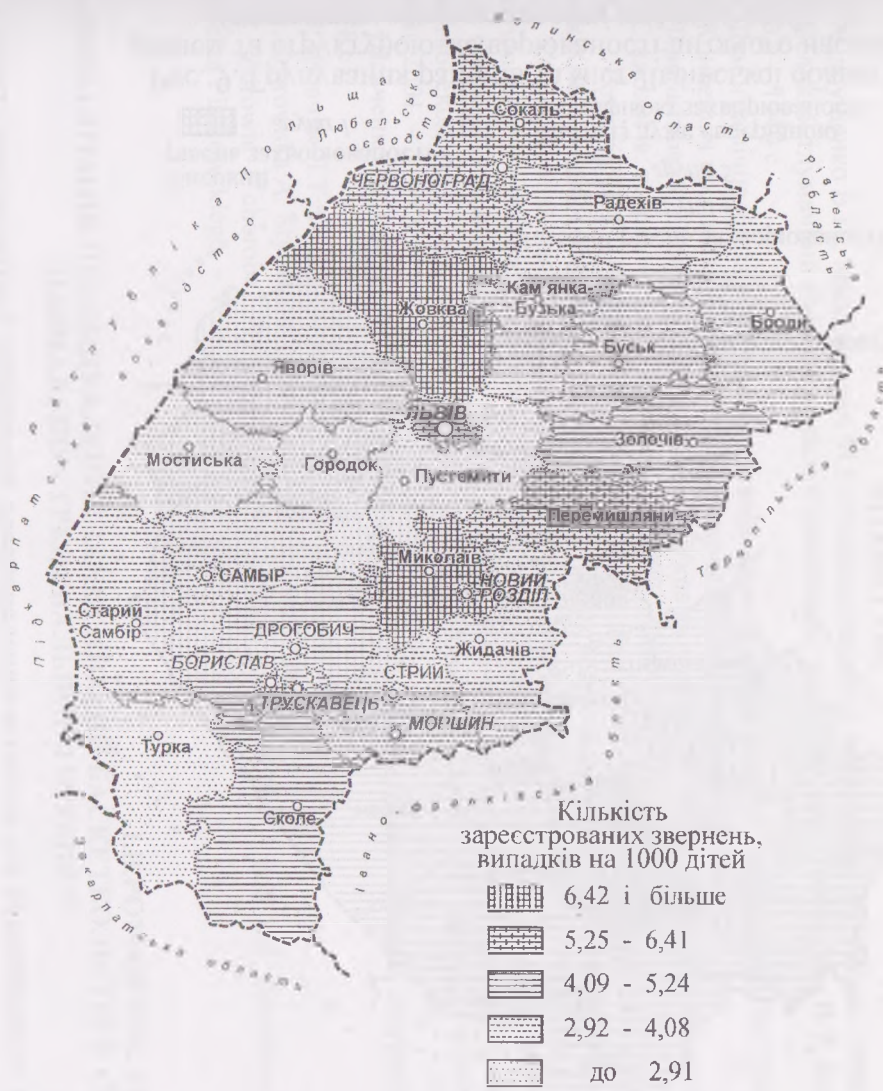


Рис. 7. Травми та отруєння дитячого населення Львівської області у 2004 році

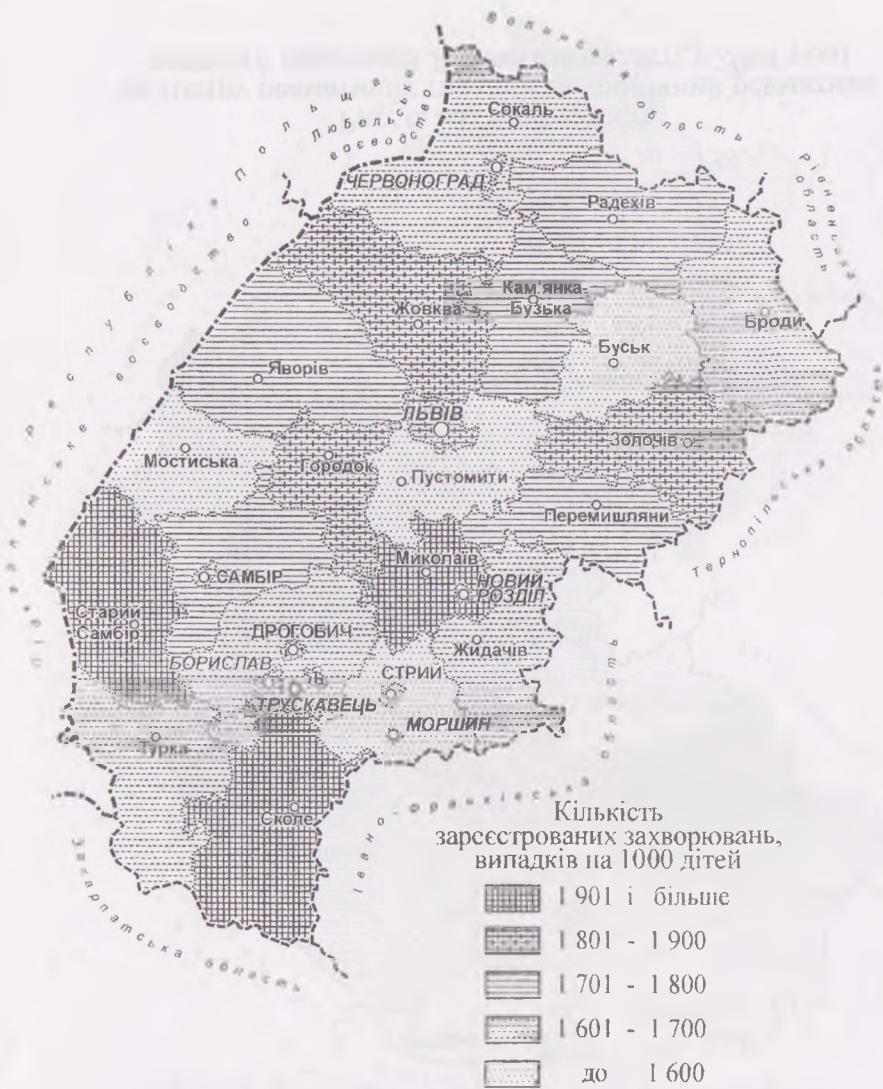


Рис. 8. Загальна захворюваність дитячого населення Львівської області у 2004 році



Рис. 9. Групування районів та міст Львівської області за рівнем та структурою захворюваності дитячого населення (структуру захворюваності подано у табл. 2)

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрущенко В.П., Михальченко М.І. Сучасна соціальна філософія. – К.: Генеза, 1996. – 368 с.
2. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. – Ірпінь: 2002. – 1440 с.
3. Демографічна криза в Україні: її причини і наслідки / За ред. С.І. Пиріжкова. – К., 2003. – 231 с.
4. Конвенція про права дигини // http://memorial.org.ua/document/3_3.htm
5. Прибиткова І. Демографічна ситуація в Україні у дзеркалі Всеукраїнського перепису населення // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. – 2002. – № 3. – С. 133–142.
6. Романів О.Я. Медико-географічні основи здоров'я дитячого населення (на прикладі Хмельницької області). Автореф. дис. канд. геогр. наук: 11.00.02. – Львів, 2003. – 16 с.
7. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2004 рік / Під заг. ред. І. Герича. – Львів, 2005. – 211 с.
8. Сучасна медико-екологічна ситуація міста / Київ як екологічна система: природа–людина–навколишнє середовище–екологія / Наук. ред. П. Шищенко, Я. Олійник, В. Стецюк. – К.: Центр екологічної освіти та інформації, 2001. – 316 с.
9. Шевченко В.О., Гуцуляк В.М., Нечипоренко Г.Л. та ін. Загальна медична географія світу. – К., 1998. – 178 с.
10. Шевчук Л.Т. Основи медичної географії. – Львів, 1997. – 168 с.
11. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. – Warszawa, 1999.
12. Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny / Pod red. Jarosława Barańskiego, Wiesława Piątkowskiego. – Wrocław, 2002.

І.В.РОМАНЧУК, І.Ю.КЛЕНІНА

РАЦІОНАЛІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАХИСНИХ ДІЙ БАСКЕТБОЛІСТІВ У СИСТЕМІ НАВЧАЛЬНО – ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

У статті розглядаються особливості вдосконалення захисних дій баскетболістів відповідно до сучасних тенденцій розвитку баскетболу та умов змагальної діяльності.

В статье рассматриваются особенности совершенствования защитных действий баскетболистов в соответствии с современными тенденциями развития баскетбола и условиями соревновательной деятельности.

In the article the features of perfection of protective actions of basketball-players are examined in accordance with modern progress of basketball and terms of competition activity trends.

В сучасному баскетболі кінцевий результат гри визначається ефективністю змагальної діяльності окремих її гравців як в нападі, так і в захисті.

Аналіз досвіду практики, узагальнення літературних даних свідчать, що вдосконаленню захисних дій відводиться в системі підготовки баскетболістів значно менше часу і уваги, ніж діям в нападі. Такий стан пояснюється багатьма об'єктивними і суб'єктивними факторами, до числа яких відносяться: зростаючий вплив правил змагань, переважно лімітуючих дії захисників, сучасні тенденції розвитку баскетболу, де пріоритетне місце відводиться видатним баскетболістам, які вміють результативно атакувати

В той же час, ефективні індивідуальні, групові та командні дії в захисті дозволяють, по-перше, сприяти оптимальний розвиток атаки гравцям команди суперників, по-друге, примусити гравців команди суперників діяти в невідгідному для них напрямку, темпі /стимулювати передчасне або запізнале вихід м'яча в кошик/. І, по-третє, сприяти оволодінню м'ячем. Природно, що оволодіння м'ячем сприятиме раціональних захисних дій є головним критерієм їх ефективності. Однак, тренер повинен сприяти активність дій своїх баскетболістів в захисті навіть в тому випадку, коли видимих результатів гри вони не приносять [1].

Одним з головних елементів, який характеризує гру всієї команди у захисті є показник частоти виконання тих або інших захисних побудов (тактичних схем ведення гри). Цей показник дозволяє порівнювати тактичні схеми ведення гри команди у захисті стосовно ігрової ситуації на майданчику і дій команди суперника. Провідні баскетбольні тренери досить часто використовують зміни тактичних схем ведення гри командою у захисті для підвищення ефективності захисних дій [4].

Ефективність захисту визначається ефективністю захисних взаємодій гравців команди, що проявляється. Проте, кожен конкретну дію здійснює один виконавець в залежності від реальних кількісних