

мовленнєвого опрацювання інформації з метою підготовки її до письма. Вчені відрізняють два етапи ведення конспектів лекцій:

I етап – відбір інформації, що повідомив лектор,

II етап – переформулювання інформації.

Для процесу підготовки до письма великого значення набуває характер тексту. В залежності від дисципліни, з якої читається лекція, текст можна або не можна переформулювати. Так, математичні та хімічні формули мають бути записані на дошці, а їх велика кількість у лекціях з математики, фізики, хімії та інших точних дисциплін не дозволяє переформулювати текст лекції. У лекціях з гуманітарних дисциплін студентам надається можливість переформулювати текст з метою спрощення або деталізації отриманої інформації.

**Висновок.** Успіх навчання конспектуванню лекцій обумовлюється рівнем мовленнєвої та когнітивної підготовки студентів, що поетапно удосконалюється упродовж їхнього навчання у ВНЗ. На кожному етапі вивчення іноземної мови, студенти виконують ті чи інші вправи, що розвивають відповідні мовленнєві навички, достатня сформованість яких визначає загальну іншо-

мовну компетентність студента-магістранта або аспіранта.

#### Список використаних джерел:

1. Абрамова С.Г., Маркова А.К., Матис Т.А., Чувакова О.А. Конкретные методические приемы исследования мотивации к учению. М., 1986 –298с
2. Жук Л.Я., Ємельянова Є.С., Лписько О.Л. Academic and Professional Communication . Харків, 2011. – 267 с.
3. Маркова А. К. Бурштина Н. Е. Усвоение учащимися обобщенных способов конспектирования как важная сторона самообразования. // Психологические проблемы учебной деятельности школьников. М.: Советская Россия, 1977. – С. 76-79.
4. Павлова В. П. Обучение конспектированию (теория и практика). – М.: Русский язык., 1989. – 100 с.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский. – Самара : Издательский дом «БАЗРАХ-М», 2008. – 672 с.
6. Семиченко В.А. Проблемы мотивации поведения и деятельности человека. Модульный курс психологии. Модуль «Направленность». (Лекции, практические занятия, задания для самостоятельной работы) / В.А. Семиченко. – К.: Миллениум, 2004. – 521с.
7. Яхонтова Т.В. Основы англоязычного научного письма. Начальный посібник для студентов, аспирантов і науковців. Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2002.– 218 с.

УДК3762:616.7

Крупна В.В.

### ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

*У статті розкрито сутність та ефективність методів фізичної реабілітації, які застосовують при захворюванні на дитячий церебральний параліч. Описані традиційні та нетрадиційні методи, які мають досить високу ефективність при реабілітації дітей з діагнозом ДЦП.*

**Ключові слова:** ДЦП (дитячий церебральний параліч), комплекси вправ, спастично-напружені м'язи, контрактура, метод Бомата, метод Войта-терапії, Тандо-терапія, рефлекс-локомоції, моторні реакції, лікувальний масаж, гідрокінезія, дельфінотерапія, іпотерапія.

**Крупна В. В. Особенности применения методов физической реабилитации у детей при заболевании на детский церебральный паралич.** В статье раскрыты сущность и эффективность методов физической реабилитации, которые применяются при заболевании на детский церебральный паралич. Описаны традиционные и нетрадиционные методы, которые имеют очень высокую эффективность при реабилитации детей с диагнозом ДЦП.

**Ключевые слова:** ДЦП (детский церебральный паралич), комплексы упражнений, спастично-напряженные мышцы, контрактура, метод Бомата, метод Войта-терапии, Тандо-терапия, рефлекс-локомоции, моторные реакции, лечебный массаж, гидрокинезия, дельфинотерапия, ипотерапия.

**Krupna V. V. Peculiarities of physical rehabilitation methods application in children with infantile cerebral paralysis disease.** The essence and the effectiveness of methods of physical rehabilitation which are used when the cerebral palsy is treated are revealed in this article. Traditional and untraditional methods which have rather high effectiveness in rehabilitation of children with the diagnosis CP are described.

**Keywords:** infantile cerebral paralysis, complexes of exercises, spastic-tense muscles, contracture, Bomat method, Voit-therapy method, Tando-therapy, motion sickness reflex, motional reactions, massotherapy, hydrokinesia, dolphintherapy, hippotherapy.

Про сприятливий вплив фізичних вправ на організм було відомо ще в глибокій старовині. Фізичні вправи були невід'ємною частиною виховання юнацтва в Стародавній Греції. Античні мислителі Сократ, Платон, Гіппократ вважали фізичні вправи основним засобом підтримки здоров'я і довголіття. Ганебно, говорив Сократ, із-за зневаги фізичним вихованням передчасно ставати старим і не побачити повного розквіту краси і сили свого тіла, які йому властиві. Учень Сократа Платон рекомендував виконувати тілесні вправи протягом всього життя, починаючи з дитячого віку. Гіппократ вважав за необхідне при виконанні тілесних вправ враховувати індивідуальні особливості організму і умови зовнішнього середовища. Він надавав велике значення пішохідним прогулянкам і бігу, підкреслював важливість, для огрядних поєднання вправ з раціональною дієтою. Позитивно оцінювали вплив фізичних вправ діячі Стародавнього Риму Цицерон і Гален. Досвід лікувального і профілактичного застосування рухів був поглиблений і розширений геніальним лікарем і вченим Авіценною (Абу-алі-ібн-сіной, 980–1037 рр.). Він написав багатотомну працю «Канон лікарської науки», в якому відобразив всі досягнення середньоазійської, іранської, арабської медицини.

У XVIII ст. почали більше уваги приділяти лікуванню рухами, виникла лікарська гімнастика. Було видано значні роботи Фуллера "Медицина гімнастика" (1750), Ф. Гофмана «Трактат з ортопедії» (1771) і Ж. Тіссо "Медицина та хірургічна гімнастика" (1780). Останньому належить відомий вислів: "Рух, як такий, здатний своєю дією замінити будь-який засіб, але усі лікувальні засоби світу не здатні замінити дію руху" [2, с. 6]. В кінці XIX – початку XX ст. з'являються методики лікувальної гімнастики при різних захворюваннях серцево-судинної системи (Шотт), органів дихання (Гофбауер), сколіозах (Клапп), ДЦП.

**Метою статті** є показати основні особливості застосування методик фізичної реабілітації при захворюванні на дитячий церебральний параліч.

В даний час в більшості країн Заходу лікувальна гімнастика розвивається в плані так званої спортивної медицини яка охоплює широкий круг питань фізкультури, пов'язаних з медичною теорією і практикою. Серед безлічі невирішених на сьогодні питань у сфері медицини педагогіки та реабілітації в Україні однією з найбільш гострих проблем є проблема реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем. У всьому світі зростає рівень

такого роду захворювань, і наша країна не є винятком. Як зазначають спеціалісти, свою роль у цьому негативному процесі відіграла і складна соціально-економічна ситуація в Україні. Дитяча інвалідність на 60 – 70 % представлена патологією нервової системи, а провідною ж патологією нервової системи є ДЦП.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це термін для груп захворювань, які проявляються порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла, розладами мовлення. Це захворювання важко інвалідизує уражаючи рухову систему, викликає порушення мови та інтелекту. На сьогоднішній день існує безліч пропозицій щодо лікування та реабілітації хворих з ДЦП. Всі вони направлені на різні ланки патогенезу захворювання, що значною мірою залежить від рівня розвитку моторних функцій (П.Г.Скочій, 1993; В.М.Шевага 1994; С.К.Євтушенко 1994). Значний внесок у розвиток методів реабілітації ДЦП внесли Берта і Карел Бобат. Ще в 40-х роках ХХ ст. почали розробляти свої підходи, які базуються на клінічних спостереженнях Б. Бобат. Спочатку Карел і Берта Бобати відстоювали необхідність ставити дитину в спеціальні «положення, що заглушують патологічні рефлекси». При терапевтичному впливі велике значення має підбір допоміжних засобів. До них відносять як прості (С-подушка), так і складні (стілці, трансфери, стендери).

У 1950 – 1970 рр. чеський лікар В.Войта виявив, що на певні подразнення в певних положеннях тіла діти відповідають повторювальними руховими реакціями тулуба та кінцівок. За допомогою регулярних подразнень, при дотриманні заданих вихідних положень і точок подразнення відбувалася активація рухових рефлексів і діти, які страждають на ДЦП, після цього могли виразніше говорити та після деякого періоду часу впевненіше вставати і ходити. Рефлекторна локомоція лягла в основу Войта-терапії. Суть Войта – терапії полягає в тому, щоб примусити мозок активізувати «приводженні збереженні зразки руху» та скоординувати їх із мускулатурою тулуба і кінцівок. Дуже важливо зрозуміти: першим у роботу під час проведення Войта – терапії включається мозок, і завдання мозку – знайти провідники – нерви, які в свою чергу активізують природжені зразки руху та передають їх в опорно – руховий апарат дитини (руки, ноги, пальчики, шию).

І Бобати, і В.Войта приділяли велику увагу руховій сфері дитини. Умовою подальшого розвитку дитини є щоденне використання вивченого і продовження заняття удома. У цьому ключову роль відіграють батьки, які на основі набутих знань забезпечують продовження цього процесу. Метод Войта терапії, відомий також під назвою метод рефлекс-локомоції, був розроблений чеським лікарем Вацлавом Войтою (Vaclav Vojta) на початку 50-х років. Цей метод відновного лікування був створений емпірично, при вивченні моторних реакцій, спостережуваних у відповідь на специфічну стимуляцію, проведену в певних положеннях дитини. В.Войта встановив, що ця стимуляція викликає глобальну динамічну м'язову активність, присутню у всіх формах людського локомоції. «Глобальні моделі» вперше описані Войтою ще в 1964 році, послужили теоретичною основою методу рефлекс-локомоції. Термін «глобальні локомоції» позначає моторні відповіді, що виникають під час застосування методу рефлекс-локомоції. При цьому скелетні м'язи всього тіла координовано активуються, імпульси, які надходять у всі ланки нервової системи, що сприяє формуванню нових рефлекторних зв'язків. У цей процес втягаються не тільки скелетні м'язи, але й мимічні, очні, дихальні м'язи, а також м'язи, які беруть участь у ковтальних рухах, перистальтиці кишечника і

сечового міхура. Описані моторні реакції викликаються дозованим тиском на певні ділянки тіла пацієнта, що перебуває в певному положенні на животі, або на боці. Ці «глобальні моделі» є частиною різних рухових актів людини – хапання, перевертання, повзання і ходьби. Вони складають основу для моторної реабілітації пацієнтів різних вікових груп – новонароджених, дітей, підлітків і дорослих.

Завдяки своїм дослідженням В.Войта виявив, що рефлекторні реакції, що виникають у пацієнтів з руховими порушеннями аналогічні реакціям здорових дітей. Це означало, що можна стимулювати формування важливих рухових моделей ще в ранньому віці, тобто створювати необхідні «будівельні блоки», важливі для раннього моторного розвитку.

Метою методу рефлекс-локомоції є розвиток у дитини навичок контролю положення тіла, формування опорної функції кінцівок і стимулювання координованої м'язової активності. Ці навички в різному ступені порушені у всіх пацієнтів з центральними і периферичними порушеннями нервової системи, а також у пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату різної етіології. При цих ураженнях виникають патологічні рухові моделі, які можуть коригуватися за допомогою методу рефлекс-локомоції.

Одним з найважливіших методів лікування дитячого церебрального паралічу є фізична реабілітація, яка починається вже в перші місяці життя дитини, відразу після встановлення діагнозу. При цьому застосовують комплекси вправ спрямовані на дві важливі цілі – не допустити ослаблення та атрофії м'язів, внаслідок недостатнього їх використання, а також уникнути розвитку контрактур, при яких спастично напружені м'язи стають малорухомими і фіксують кінцівки хворого в патологічному положенні. Контрактура є одним з найбільш частих і найбільш серйозних ускладнень церебрального паралічу. У здорової дитини, м'язи та сухожилля регулярно розтягуються під час ходьби, бігу і повсякденному рухової активності. Це забезпечує ріст м'язів з такою ж швидкістю, як і ріст кісток. У дітей з церебральними паралічами спастика перешкоджає розтягуванню м'язів, в результаті чого вони ростуть не достатньо швидко і відстають у довжині від кісток. Формування контрактур у хворих дитячим церебральним паралічем може призводити до погіршення рівноваги і втрати раніше придбаних навичок. Програма фізичної реабілітації повинна спрямовувати зусилля на уникнення цього небажаного ускладнення шляхом розтягу спастичних м'язів.

Важливою метою фізичної реабілітації є сприяння моторному розвитку дитини. Поширеною програмою фізичної реабілітації, спрямованою на розвиток рухів, є терапія за методом Бобата, яка була розроблена доктором Карелом Бобат і його дружиною Бертою. Ця програма базується на ідеї, що примітивні рефлекси раннього віку, які у дітей з церебральними паралічами не зникають, а зберігаються і посилюються, є основною перешкодою до здійснення вольового контролю за рухами. Реабілітологи, що застосовують метод Бобата, намагаються протидіяти цим рефлексам шляхом позиціонування дитини, тобто подання їй правильного положення тіла, необхідного для виконання певних рухів.

У міру дорослішання дитини з дитячим церебральним паралічем і наближення шкільного віку, акценти лікування зміщуються від забезпечення його раннього моторного розвитку до його адаптації в соціумі. Тепер зусилля фізичної реабілітації спрямовуються на формування навичок щоденного життя, розвиток здатності до спілкування та підготовки дитини до життя в колективі.

Фізична реабілітація тепер повинна бути більше спрямована на розвиток можливості пересуватися самостійно, за допомогою палиць або в колясці, а також здійснювати такі точні і складні операції як письмо. Стрижнем методу рефлекс локомоції є використання двох, так званих, – координаційних комплексів: рефлексу повзання і рефлексу перевертоту. Обидва ці рефлексу вивчалися у пацієнтів з руховими порушеннями (спастичними паралічами), а також у здорових новонароджених та дітей раннього віку. Лікувальний ефект при Войта терапії може бути досягнутий при частому повторенні вправ протягом тривалого часу. При цьому, в лікувальний процес втягаються батьки хворого, які проходять необхідний курс навчання під керівництвом фахівця з Войта терапії з наступним проведенням комплексу лікування в домашніх умовах. Виконання вправи полягає у фіксації дитини в необхідній позі рефлексу і тиску рукою на вибрану зону впливу. Після появи видимого відповідного рефлекторного руху, викликаного впливом на дитину, ця вправа регулярно повторюється протягом курсу лікування. Вибір зони впливу проводиться індивідуально, залежно від рухових порушень і інтенсивності відповідної реакції. При цьому важливо відзначити, що рефлекс локомоція не спрямована на тренування певного функціонального руху, наприклад хапання кистю або перевертання зі спини на живіт. Вона допомагає нервовій системі створити необхідні моделі координованої роботи м'язів, які в подальшому можуть бути використані для побудови необхідних рухів.

На думку проф. А. Петьо, моторні порушення розвиваються не лише за рахунок пошкодження рухових систем мозку, але і за рахунок недостатності координації та взаємодії між різними відділами мозку та їх функціями. Саме ця здатність нервової системи може бути мобілізована за допомогою спрямованого і активного процесу навчання. Ефективність участі дитини в реабілітаційному процесі залежить значною мірою від її мотивації. Як правило, діти з дитячим церебральним паралічем більш пасивні в своїх діях. Метод кондуктивної педагогіки вимагає активної участі дитини в подоланні своєї неповносправності. Правильно поставлена мета дає дитині належну мотивацію до занять, піднімає його самооцінку. Програма занять передбачає безперервну участь дитини в різних видах діяльності, які навчають дітей думати і діяти в різних ситуаціях[4]. Велике значення у формуванні мотивації має прагнення дитини до успіху та досягнення прогнозованого результату. Тому, навіть дуже незначний успіх отримує позитивну підтримку.

Проблемою навчання рухам дитини з ДЦП займався В.В Певченков. Він запропонував новий метод ТАНДО – терапія. Суть його в тому, що хворий знаходиться перед ТАНДО – терапевтом і обидва вони в усіх суглобах з'єднані жорстким механічним зв'язком. Руки, ноги, корпус та голова інструктора пов'язані з відповідними частинами тіла дитини. Будь – який рух, виконаний ТАНДО – терапевтом, за рахунок відповідного механізму передачі руху змушує дитину виконати аналогічний рух. Це дозволяє відтворювати всі дії тренера. Завдяки цьому дитина вчиться виконувати побутові рухи, грати, бігати, стрибати, що суттєво знижує наслідки ДЦП, розумової відсталості та інших захворювань.

Необхідно відзначити ще один позитивний чинник. ТАНДО сприяє розумовому розвитку дитини. Є впевненість в тому, що ТАНДО – терапія, на рівні з іншими, буде ще одним методом, який допоможе подолати або значно зменшити наслідки ДЦП.

У порівнянні з іншими методиками, мобілізуюча гімнастика в системі реабілітації за методом В.І. Козья-

кіна має свої особливості. Головна відмінність цієї методики є те, що «її застосовують на новому функціональному стані організму, який виникає після біомеханічної корекції хребта та великих суглобів. Клінічно цей стан проявляється нормалізацією тонуусу в пацієнтів, відновлення рухливості на всіх рівнях хребта та у великих суглобах, відновленням провідності ушкоджених моторних та сенсорних зв'язків на «горизонтальному» та «вертикальному» рефлекторних рівнях, поліпшенням кровопостачання та трофіки тканин. Усе це дає змогу реабілітологу ефективніше використовувати програми побудови та корекції рухів»[3].

На сьогоднішній день багато науковців закликають до реабілітації дітей з церебральним паралічем тварин. Так з'явилися такі нові методи реабілітації, як дельфінотерапія та іпотерапія.

Дельфінотерапія – новий напрямок реабілітації, що працює в Україні не більше 10 – 15 років. Він є альтернативним, нетрадиційним методом психотерапії, де в центрі психотерапевтичного процесу лежить спілкування людини з дельфіном.

Дельфінотерапія поділяється на два напрямки:

1. Вільна взаємодія з твариною з мінімальною участю фахівців. У даному напрямку пацієнт сам вибудовує відносини з твариною, сам обирає способи взаємодії в рамках допустимих можливостей.

2. Спеціально організоване спілкування. Це спілкування здійснюється через фахівця, яке для клієнта має психотерапевтичне значення, а спілкування з дельфіном виступає, як середовище. У цьому напрямку дельфінотерапія може вирішувати різні задачі: психотерапевтичні, психокорекційні, психопрофілактичні, фізіотерапевтичні, педагогічні.

Іпотерапія – метод лікування, заснований на взаємодії дитини з конем, адаптований до можливостей дитини в навчанні верховій їзди. У процесі верхової їзди в роботу включаються всі основні групи м'язів тіла. Механізм впливу іпотерапії на організм людини, як і будь – якої іншої форми лікувальної фізкультури – під впливом фізичних вправ підсилюються функції вегетативних систем.

Встановлено, що на сьогоднішній день існує багато методів для подолання цієї недуги. Усі вони направлені на різні ланки захворювання та прояви захворювання і своєю кінцевою метою мають покращення соціально-побутової адаптації пацієнта. Опанування побутових навиків може суттєво зменшити важкі обов'язки людей, які доглядають за дитиною, а також значно підвищити впевненість у собі та самооцінку дитини.

Велика частина традиційних реабілітаційних методів, має досить високу ефективність при реабілітації дітей із діагнозом ДЦП. Плануються дослідження, спрямовані на визначення основних рухових функцій дітей, хворих на церебральний параліч.

**Висновок.** Розглянуті методики фізичної реабілітації при захворюванні на дитячий церебральний параліч доцільно розглядати у ході теоретичної і практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Напрямок подальших досліджень може бути практичне впровадження зазначених методик.

#### Список використаних джерел:

1. Козьякін А. Н. Методика проф. В.І. Козьякіна. Система інтенсивної Козьякін – нейрофізіологічної реабілітації. Блок кінезіотерапії /В.І.Козьякін, Б.Д. Волошин. – Міжнародна клініка відновного лікування.- Трускавець, 2004.-125с.
2. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація /В.П.Мурза.- К.:ОЛАН, 2005.-с.219-237.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація /В.М.Мухін.- К.:Олімпійська література, 2005.-436с.
4. Семенова К.А. Востановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным



паралічом / К.А.Семенова.- Москва: Закон и порядок, 2005.- 61бс.

5. Скавронський О.П. Динаміка показників фізичного стану дітей з церебральним паралічем та фізично здорових однолітків на

етапі молодшого шкільного віку /О.П. Скавронський //Слобожанський науково-спортивний вісник: [наук.-теор.журн.]- Харків :ХДАФК, 2005 .-№8.-с.162.

УДК 371.14+316.485

Моїсєєв С.О.

## САМОПРЕЗЕНТАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

*У статті висвітлюються характерні особливості компетентнісного підходу у професійному зростанні вчителів. Уточнюється сутність та природа терміну «професійна компетентність». Досліджуються різні погляди вчених на основні структурні компоненти професійної компетентності педагога та вчителя фізичної культури.*

*Дається характеристика професійної самопрезентації педагога як психосоціального феномену. Розкривається значення та місце самопрезентації у професійній компетентності вчителя фізичної культури. Уточнюються форми популяризації вчителем свого педагогічного досвіду. Окреслюються словесні, письмові, мультимедійні, практично-діяльнісні форми самопрезентації вчителя фізичної культури.*

**Ключові слова:** самопрезентація, форми самопрезентації, компетентнісний підхід, професійна компетентність учителя фізичної культури.

*Моисеев С.А. Самопрезентация профессиональной компетентности учителя физической культуры. В статье освещаются характерные особенности компетентностного подхода в профессиональном становлении учителей. Уточняется сущность и природа термина «профессиональная компетентность». Исследуются различные взгляды ученых на основные структурные компоненты профессиональной компетентности педагога и учителя физической культуры.*

*Дается характеристика профессиональной самопрезентации педагога как психосоциального феномена. Раскрывается значение и место самопрезентации в профессиональной компетентности учителя физической культуры. Уточняются формы популяризации учителем своего педагогического опыта. Описываются словесные, печатные, мультимедийные, практические формы самопрезентации учителя физической культуры.*

**Ключевые слова:** самопрезентация, формы самопрезентации, компетентностный подход, профессиональная компетентность учителя физической культуры.

*Moiseev S.O. Self-presentation of professional competence of teacher of physical training. The article outlines typical peculiarities of competence approach in professional growth of teachers. It is specified the essence and origin of term "professional competence of teacher of physical training". It is researched different views of scientists on the main structural components of professional competence of pedagogue and teacher of physical training.*

*It is given description of professional self-presentation of pedagogue as psychological and social phenomena. It is exposed meaning and place of self-presentation in professional competence of physical training.*

*It is specified forms of popularization his pedagogical experience by himself. It is outlined oral, written, multimedia, practical forms of self-presentation of teacher of physical training.*

**Key words:** self-presentation, forms of self-presentation, competence approach, professional competence of teacher of physical training.

Сьогодні Україні для того, щоб посісти гідне місце у когорті найбільш розвинених у економічному, технологічному та культурному плані країн світу, необхідно якісно підвищувати ефективність національної системи освіти. Сучасній українській молоді для успішної соціалізації в конкурентному, інформаційному, високотехнологічному та полікультурному просторі необхідно бути самостійною, відповідальною, креативною, компетентною, професійно мобільною та безумовно фізично здоровою.

Практика свідчить, що допомогти дитині відкрити для себе радість занять фізичною культурою та спортом, «потоваришувати» зі здоровим способом життя та закласти міцний фундамент фізичного здоров'я може лише авторитетний, комунікабельний фахівець, який постійно працює над розвитком своєї професійної компетентності.

Проблематика розвитку професійної майстерності вчителя фізичної культури завжди знаходилась у площині уваги як провідних учених, так і вчителів-практиків. Методологічні засади становлення компетентісно орієнтованої освіти в Україні висвітлені у роботах Н. Бібіка, Л.Вашенка, О.Локшиної, О. Овчарука, О. Пометуна, О. Савченко та ін. Питанням розвитку професійної компетентності, педагогічної майстерності освітян присвячені праці Р. Гуріної, О. Дубасенюка, В. Крічевського, Н. Кузьміної, О. Митник, Дж. Равена та ін. Теоретико-методичні аспекти самопрезентації особистості та педагога знаходились у сфері наукових інтересів

О. Горovenko, А. Калюжного, О. Козлової, Н. Мельникової та ін.

Але не зважаючи на широку палітру проведених досліджень, питання самопрезентації професійної компетентності вчителів фізичної культури у вітчизняному науковому просторі висвітлені не достатньо.

Метою статті є уточнення характерних особливостей самопрезентації професійної компетентності вчителя фізичної культури.

Уточнюючи понятійний апарат заявленого теоретичного пошуку, варто відзначити, що на сучасному рівні розвитку педагогічної науки під професійною компетентністю розуміють: здатність та готовність фахівця до реалізації набутих у закладі освіти знань, умінь, навичок, досвіду професійної діяльності [2, с. 82]; гармонійне поєднання фахових знань, дидактики та методики предмету викладання, а також умінь і навичок (культури) професійного спілкування [4, с. 33]; здатність фахівця кваліфіковано й ефективно застосовувати теоретичні знання, знання-засоби, знання-цінності як у запланованих, так і у непередбачених педагогічних ситуаціях [9, с. 35].

Переходячи на рівень структурно-функціонального аналізу професійної компетентності вчителя, варто відзначити, що в її основі ряд науковців (Безюльова Г., Гуріна Р.) виокремлюють систему з ключових, базових та спеціальних компетентностей. Ключові – це загальні компетентності людини, що необхідні для соціально продуктивної діяльності будь-якого сучасного фахівця. Базові – це компетентності у певній професійній галузі. Спеціальні – ком-