

ІНСТИТУТ СПОРТУ І ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ УНІВЕРСИТЕТ
ЕКОНОМІКИ В БИДГОЩІ
МІНІСТЕРСТВО НАЦІОНАЛЬНОЇ ОСВІТИ ПОЛЬЩІ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ІМЕНІ
ІВАНА БОБЕРСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Александр Скалій

УДК 796.011.2:796.035/371.7

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ПРОЄКТІВ**

24.00.02 – Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення

Подається на здобуття наукового ступеня доктора наук з фізичного
виховання та спорту

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Александр Скалій

Львів/Бидгощ – 2025

АНОТАЦІЯ

Alexander Skaliy. Теоретико-методичні основи фізкультурно-оздоровчої діяльності різних груп населення з використанням здоров'язбережувальних проєктів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з фізичного виховання та спорту зі спеціальності 24.00.02 – фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. – Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, Львів, 2025.

Актуальність теми зумовлена зростанням глобальних викликів, пов'язаних із зниженням рівня фізичної активності, збільшенням захворюваності на хронічні неінфекційні хвороби та загальним погіршенням якості життя населення в умовах стрімких соціально-економічних змін. У сучасному світі, де інтенсивність життя й технологічний розвиток кардинально змінюють вимоги до освітніх і оздоровчих систем, існує нагальна потреба у впровадженні інноваційних підходів до профілактики захворювань та підтримки здоров'я.

Незважаючи на щораз більшу кількість досліджень у сфері рухової активності населення, дослідження, які інтегрують сучасні підходи до фізкультурно-оздоровчої діяльності для різних вікових груп, залишаються недостатньо розробленими. Особливо це стосується взаємозв'язку фізичної активності, якості життя, соціальної інтеграції та використання інноваційних технологій у здоров'язбережувальній діяльності.

Отже, проблема теоретико-методичних основ фізкультурно-оздоровчої діяльності та здоров'язбереження різних груп населення є актуальною з огляду на потребу комплексного розв'язання питань поліпшення здоров'я, профілактики захворювань, формування культури здоров'я та швидкого упровадження оперативних рішень, що дали б змогу швидко реагувати на зміни й виклики сьогодення. Розроблення й упровадження таких програм та інструментів є важливим напрямом для забезпечення сталого розвитку

суспільства та підвищення якості життя різних соціальних і вікових груп населення.

Мета дослідження – обґрунтувати теоретико-методичні основи фізкультурно-оздоровчої діяльності різних груп населення в процесі проєктної здоров'язбережувальної діяльності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан досліджуваної проблеми, узагальнити світовий досвід використання оздоровчих занять і методики їх упровадження для людей різного віку й статі.

2. Установити мотиваційні чинники й рейтинг найбільш популярних видів оздоровчих занять серед осіб різного віку та статі в Польщі й Україні та визначити їх вплив на різні складники здоров'я.

3. Обґрунтувати й розробити концепцію проєктної здоров'язбережувальної діяльності та систему формування культури здоров'я різних груп населення на основі аналізу загальних положень оздоровчої діяльності людини.

4. Систематизувати та обґрунтувати класифікацію проєктної діяльності для підвищення ефективності реалізації грантових ініціатив.

5. Реалізувати проєктну діяльність, спрямовану на формування здорового способу життя різних груп населення Польщі, України й Казахстану та визначити її ефективність.

Об'єкт дослідження: фізкультурно-оздоровча діяльність різних груп населення.

Предмет дослідження: здоров'язбережувальна проєктна діяльність різних груп населення в Польщі, Україні й Казахстані.

У першому розділі «Теоретичні засади дослідження проблеми здоров'язбережувальної та фізкультурно-оздоровчої діяльності різних груп населення» розглянуто сутність фізкультурно-оздоровчої діяльності як важливого чинника громадського здоров'я, визначено її фізичні, психологічні й соціальні аспекти. Проаналізовано сучасні підходи до інтеграції фізкультурно-оздоровчої діяльності в освіту, трудові колективи та громадські

ініціативи, а також окреслено її роль у профілактиці захворювань і зміцненні здоров'я населення. На основі системного аналізу визначено необхідність комплексного підходу до розвитку фізкультурно-оздоровчої діяльності, що охоплює освітні, інфраструктурні та просвітницькі заходи. Досліджено міжнародний досвід, зокрема польські національні програми, які демонструють ефективність комплексних підходів до формування культури здорового способу життя. Водночас питання упровадження системних стратегій фізкультурно-оздоровчої діяльності з урахуванням соціальних, вікових та фізіологічних особливостей різних груп населення потребує подальшого опрацювання.

У другому розділі *«Методи та організація дослідження»* представлено методологічні основи проведеного дослідження, розкрито теоретичні та емпіричні методи, які використано для аналізу фізкультурно-оздоровчої діяльності різних груп населення. Описано загальнонаукові, соціологічні, педагогічні, медико-біологічні та психодіагностичні методи дослідження, а також методи математичної статистики, що застосовувалися для обробки отриманих результатів. Визначено основні етапи дослідження та представлено характеристики вибірки, до якої увійшли представники різних вікових і соціальних груп.

Дослідження проводилося упродовж 2017-2024 рр. та складалося з семи етапів. На основі аналізу наукових джерел визначено особливості фізкультурно-оздоровчої діяльності різних вікових і соціальних груп, оцінено її вплив на фізичний, психоемоційний та соціальний стан населення. Досліджено методики оцінки стану здоров'я, проведено моніторинг популярних видів фізичної активності та їхнього впливу на школярів, студентів, осіб зрілого й похилого віку. Здійснено порівняльний аналіз навчальних програм Польщі та України щодо інтеграції здоров'язбережувальних ініціатив.

Особливу увагу приділено проєктній діяльності, спрямованій на формування здорового способу життя, зокрема реалізації міжнародних

ініціатив у сфері ерготерапії, адаптивного спорту, надання першої допомоги та самодіагностики онкологічних захворювань. Отримані результати опрацьовано за допомогою математико-статистичних методів, узагальнено та використано для розробки рекомендацій щодо вдосконалення фізкультурно-оздоровчої діяльності в Україні.

У третьому розділі «Основи формування складників здоров'я дітей, підлітків і молоді» розглянуто основні аспекти фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я у молодіжному середовищі. Визначено особливості розвитку культури здоров'я у різних вікових групах та охарактеризовано ключові чинники, що впливають на стан здоров'я дітей, підлітків та студентської молоді.

Проаналізовано найбільш популярні види фізкультурно-оздоровчих занять серед школярів та студентів України й Польщі, визначено їхній вплив на фізичний розвиток, психоемоційний стан та соціальну інтеграцію, додатково досліджено вплив фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності на дітей та молодь, які постраждали від збройної агресії.

У четвертому розділі «Застосування фізкультурно-оздоровчих занять з людьми зрілого й похилого віку» розглянуто особливості фізичної активності осіб зрілого й похилого віку, її роль у підтримці функціонального здоров'я, профілактиці хронічних захворювань та підвищенні якості життя.

Досліджено рівень обізнаності людей зрілого й похилого віку щодо користі фізичної активності, встановлено чинники, що впливають на мотивацію до занять фізкультурою та спортом. Проаналізовано найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед чоловіків і жінок у Польщі та Україні, зокрема скандинавської ходьби, плавання, оздоровчої гімнастики, йоги та рекреаційного туризму.

Оцінено вплив фізкультурно-оздоровчих занять на різні складники здоров'я осіб старшого віку, зокрема фізичний стан, психоемоційне самопочуття, соціальну адаптацію. Визначено ефективність мобільних

додатків для контролю фізичної активності серед людей похилого віку, які використовуються у Польщі та Україні.

Розроблено та упроваджено комплексну програму фізкультурно-оздоровчих занять для людей похилого віку, що охоплювала адаптовані фізичні вправи, а також соціально-психологічну підтримку. Встановлено позитивний вплив такої програми на функціональний стан та загальне самопочуття учасників.

У *п'ятому розділі «Обґрунтування концепції проєктної здоров'язбережувальної діяльності з використанням системи формування культури здоров'я різних груп населення»* представлено наукове підґрунтя для створення цілісної міждисциплінарної моделі здоров'язбереження, яка поєднує профілактичні, освітні, соціальні та цифрові інструменти. Обґрунтовано концептуальні засади проєктної діяльності у сфері охорони здоров'я, що спрямовані на формування культури здоров'я як інтегративного ресурсу соціального розвитку.

Визначено основні принципи та механізми реалізації здоров'язбережувальної політики з урахуванням вікових, соціальних, освітніх та життєвих потреб різних груп населення. Запропоновано структурну модель системи формування культури здоров'я, яка охоплює методично-цільовий, організаційно-змістовий та результативний блоки. Особливу увагу приділено ролі фізичної активності, психологічної стійкості, гігієнічної поведінки, раціонального харчування, самоменеджменту здоров'я та цифрових сервісів у забезпеченні тривалого профілактичного ефекту.

Розкрито значення проєктного підходу для гнучкої адаптації здоров'язбережувальних ініціатив до потреб цільових груп та локального контексту. Проаналізовано міжнародний досвід (зокрема польський), що підтверджує ефективність комплексного підходу до формування культури здоров'я як соціальної норми. Реалізація запропонованої концепції спрямована на зменшення захворюваності, підвищення якості життя та формування

поведінкових моделей відповідального ставлення до власного здоров'я на індивідуальному й суспільному рівнях.

У шостому розділі *«Роль проєктної діяльності у формуванні культури здорового способу життя різних груп населення»* розкрито теоретико-практичні засади проєктної діяльності як ефективного засобу упровадження здоров'язберезувальних ініціатив у різних вікових та соціальних групах населення. Здійснено аналіз сучасних підходів до організації й реалізації проєктів, спрямованих на формування культури здорового способу життя, з урахуванням вікових, фізіологічних, соціальних та психологічних особливостей цільових груп.

Особливу увагу приділено реалізації міжнародних фізкультурно-оздоровчих ініціатив, які втілено в Польщі, Казахстані та Україні. Зокрема, наведено результати виконання таких проєктів, як «Центр ерготерапії через адаптаційні ігри», «Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування», а також програм з формування навичок самодіагностики раку молочної залози серед молодих жінок.

Проаналізовано вплив зазначених проєктів на підвищення рівня обізнаності населення щодо питань збереження здоров'я, формування мотивації до регулярної фізичної активності, засвоєння навичок надання першої допомоги та соціальної інтеграції осіб з особливими потребами.

У сьомому розділі *«Аналіз та узагальнення результатів дослідження»* представлено комплексний аналіз та узагальнення результатів емпіричного дослідження, спрямованого на оцінку впливу фізкультурно-оздоровчої діяльності на фізичний, психоемоційний та соціальний стан представників різних вікових і соціальних груп населення. Проведено всебічне узагальнення даних, отриманих у процесі реалізації експериментальних програм в Україні, Польщі та Казахстані.

Розкрито ефективність впроваджених фізкультурно-оздоровчих заходів в умовах різного соціального контексту, з урахуванням особливостей дітей, молоді, осіб зрілого й похилого віку, а також представників вразливих груп

населення. Окреслено особливості застосування інноваційних підходів до оздоровлення, зокрема з використанням цифрових технологій, мобільних додатків, адаптивних методик та інтерактивних освітніх платформ.

Окрему увагу приділено аналізу результативності проєктної діяльності, зокрема проєктів, спрямованих на підвищення рівня фізичної активності, навчання навичкам першої медичної допомоги, профілактику онкологічних захворювань та розвиток ерготерапії. Визначено позитивну динаміку фізичних показників, поліпшення психоемоційного стану та зростання рівня соціалізації серед учасників програм.

На основі зіставлення отриманих результатів із даними попередніх досліджень сформульовано узагальнені висновки щодо ефективності запропонованих підходів до формування культури здорового способу життя. Визначено напрями подальшого вдосконалення фізкультурно-оздоровчої діяльності та здоров'язбережувальних стратегій із урахуванням міжнародного досвіду, інноваційного потенціалу та міжгалузевої інтеграції.

Ключові слова: проєктна діяльність, здоров'язбереження, культура здоров'я, різні групи населення, системний підхід.

ABSTRACT

Alexander Skaliy. Theoretical and methodological foundations of physical culture and health activities of different groups of the population using health-saving projects. – Qualifying scientific work on the rights of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Sciences in Physical Education and Sports in the specialty 24.00.02 - physical culture, physical education of different groups of the population. – Ivan Boberskyi Lviv State University of Physical Culture, Lviv, 2025.

The relevance of the topic is due to the growth of global challenges associated with a decrease in the level of physical activity, an increase in the incidence of chronic non-communicable diseases and a general deterioration in the quality of life of the population in the context of rapid socio-economic changes. In the modern world, where the intensity of life and technological development are radically changing the requirements for educational and health systems, there is an urgent need to introduce innovative approaches to disease prevention and health maintenance.

Despite the growing number of studies in the field of physical activity of the population, studies integrating modern approaches to physical culture and health activities for different ages remain insufficiently developed. This is especially true for the relationship between physical activity, quality of life, social integration and the use of innovative technologies in health care.

Thus, the problem of theoretical and methodological foundations of physical culture and health activities and health preservation of various groups of the population is relevant given the need for a comprehensive solution to issues of improving health, preventing diseases, forming a health culture and quickly implementing effective tools that would allow us to quickly respond to changes and challenges of the present. The development and implementation of such programs and tools is an important area for ensuring sustainable development of society and improving the quality of life of various social and age groups of the population..

The purpose of the study is to substantiate the theoretical and methodological foundations of physical culture and health activities of different groups of the population in the process of project health-preserving activities.

Research objectives:

1. To analyze the state of the problem under study, to summarize the world experience of using health-improving activities, as well as methods of their implementation for people of all ages and genders.
2. To establish motivational factors and the rating of the most popular types of health-improving activities among people of all ages and genders in Poland and Ukraine and their impact on various components of health.
3. To substantiate and develop a concept of project-based health-preserving activities and a system for the formation of a health culture for different population groups based on an analysis of the general provisions of human health activities
4. To systematize and substantiate the classification of project activities in order to increase the effectiveness of the implementation of grant initiatives.
5. To implement project activities aimed at forming a healthy lifestyle of different groups of the population of Poland, Ukraine and Kazakhstan and to determine its effectiveness.

Object of the study: physical culture and health activities of different groups of the population.

Subject of the study: health-preserving project activities of different groups of the population in Poland, Ukraine and Kazakhstan.

The first chapter, "Theoretical Foundations of the Study of the Problem of Health-Saving and Physical Culture and Health Activities of Different Population Groups," examines the essence of physical culture and health activities as an important factor in public health, and defines its physical, psychological and social aspects. Modern approaches to integrating physical culture and health activities into education, work collectives, and public initiatives are analyzed, and its role in disease prevention and public health promotion is defined. Based on the system analysis, the need for an integrated approach to the development of physical

education and health activities, which includes educational, infrastructural and educational activities, was determined. International experience was studied, in particular, Polish national programs that demonstrate the effectiveness of integrated approaches to the formation of a healthy lifestyle culture. At the same time, the issue of introducing systemic strategies for physical education and health activities, taking into account the social, age and physiological characteristics of different population groups, requires further development.

The second section, “Methods and Organization of the Research,” presents the methodological foundations of the study, and discloses the theoretical and empirical methods used to analyze the physical education and health activities of different population groups. General scientific, sociological, pedagogical, medical-biological, and psychodiagnostic research methods are described, as well as the methods of mathematical statistics used to process the results. The main stages of the study are defined and the characteristics of the sample, which included representatives of different age and social groups, are presented.

The study was conducted during 2017-2024 and consisted of seven stages. Based on the analysis of scientific sources, the characteristics of physical education and health activities of different age and social groups were determined, and their impact on the physical, psycho-emotional and social state of the population was assessed. Methods for assessing health status were studied, popular types of physical activity and their impact on schoolchildren, students, mature and elderly people were monitored. A comparative analysis of the curricula of Poland and Ukraine on the integration of health-saving initiatives was conducted.

Particular attention is paid to project activities aimed at the formation of a healthy lifestyle, in particular, the implementation of international initiatives in the field of occupational therapy, adaptive sports, first aid and self-diagnosis of oncological diseases. The results obtained were processed using mathematical and statistical methods, summarized and used to develop recommendations for improving physical education and health activities in Ukraine.

The third chapter, "Fundamentals of Formation of Health Components for Children, Adolescents and Young People," examines the main aspects of physical, mental, social and spiritual health among young people. The features of developing a health culture in different age groups are defined and the key factors influencing the health of children, adolescents and students are characterized.

The most popular types of physical education and health activities among schoolchildren and students in Ukraine and Poland were analyzed, their impact on physical development, psycho-emotional state and social integration was determined, and the impact of physical education and health and sports activities on children and young people affected by armed aggression was additionally studied.

The fourth section, "The Use of Physical Culture and Health Activities with Mature and Elderly People," examines the characteristics of physical activity in mature and elderly people, its role in maintaining functional health, preventing chronic diseases, and improving quality of life.

The level of awareness of mature and elderly people about the benefits of physical activity has been investigated, and the factors affecting motivation to engage in physical education and sports have been established. An analysis of the most popular types of physical and recreational activities among men and women in Poland and Ukraine was conducted, in particular, Scandinavian walking, swimming, recreational gymnastics, yoga, and recreational tourism.

The impact of physical education and health activities on various components of health of older people, in particular, physical condition, psycho-emotional well-being, social adaptation was assessed. The effectiveness of mobile applications for monitoring physical activity among older people used in Poland and Ukraine was determined.

A comprehensive program of physical education and health classes for the elderly was developed and implemented, including adapted physical exercises, as well as social and psychological support. The positive impact of such a program on the functional state and general well-being of the participants was established.

The fifth section, "Justification of the concept of project-based health-preserving activities using the system of forming a health culture of different population groups," presents a scientific basis for creating a holistic interdisciplinary model of health preservation that combines preventive, educational, social and digital tools. The conceptual foundations of project-based activities in the field of healthcare aimed at forming a health culture as an integrative resource for social development are substantiated.

The main principles and mechanisms for implementing health-preserving policies are defined, taking into account the age, social, educational and life needs of different population groups. A structural model of the health culture formation system is proposed, which includes methodological-target, organizational-content and results blocks. Particular attention is paid to the role of physical activity, psychological stability, hygienic behavior, rational nutrition, health self-management and digital services in ensuring a long-term preventive effect.

The importance of the project approach for flexible adaptation of health-saving initiatives to the needs of target groups and the local context is revealed. International experience (including Polish) is analyzed, confirming the effectiveness of an integrated approach to the formation of a health culture as a social norm. The implementation of the proposed concept is aimed at reducing morbidity, improving the quality of life and forming behavioral models of a responsible attitude to one's own health at the individual and social levels.

The sixth chapter, "The Role of Project Activities in Forming a Healthy Lifestyle Culture for Different Population Groups," reveals the theoretical and practical foundations of project activities as an effective means of implementing health-saving initiatives in different age and social groups of the population. An analysis of modern approaches to organizing and implementing projects aimed at forming a healthy lifestyle culture is carried out, taking into account the age, physiological, social and psychological characteristics of target groups.

Particular attention is paid to the implementation of international physical culture and health initiatives implemented in Poland, Kazakhstan and Ukraine. In

particular, the results of the implementation of such projects as the "Center for Occupational Therapy through Adaptive Games", the "Polish-Kazakh Regional Center for Education, Security and Rescue", as well as a program for developing breast cancer self-diagnosis skills among young women are presented.

The impact of these projects on increasing public awareness of health issues, forming motivation for regular physical activity, acquiring first aid skills and social integration of people with special needs was analyzed.

The seventh section "Analysis and Generalization of Research Results" presents a comprehensive analysis and generalization of the results of an empirical study aimed at assessing the impact of physical education and health activities on the physical, psycho-emotional and social state of representatives of different age and social groups of the population. A comprehensive generalization of data obtained during the implementation of experimental programs in Ukraine, Poland and Kazakhstan was carried out.

The effectiveness of the implemented physical culture and health measures in different social contexts is revealed, taking into account the characteristics of children, youth, mature and elderly people, as well as representatives of vulnerable groups of the population. The features of the application of innovative approaches to health improvement are outlined, including the use of digital technologies, mobile applications, adaptive methods and interactive educational platforms.

Special attention is paid to the analysis of the effectiveness of project activities, in particular, projects aimed at increasing the level of physical activity, teaching first aid skills, preventing cancer and developing occupational therapy. Positive dynamics of physical indicators, improvement of psycho-emotional state and growth of the level of socialization among program participants have been identified.

Based on the comparison of the obtained results with the data of previous studies, generalized conclusions on the effectiveness of the proposed approaches to the formation of a healthy lifestyle culture are formulated. Directions for further improvement of physical culture and health activities and health-preserving

strategies are determined, taking into account international experience, innovative potential and intersectoral integration.

Key words: project activities, health, health culture, different population groups, systemic approach.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, що розкривають основні результати

1. Współczesne trendy rozwoju rekreacji i rehabilitacji w XXI wieku. W: Skaliy A, Kokhan S, redaktorzy. Współczesne trendy rozwoju rekreacji i rehabilitacji w XXI wieku: monografia zbiorowa. Bydgoszcz: Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy; 2020. 382 s. *Особистий внесок здобувача полягає у формуванні загальної концепції та проблематики монографії, узагальненні результатів наукових досліджень, розробленні висновків і рекомендацій.*
2. Skaliy A. Preparing and conducting **hiking trips** with students: monograph. Bydgoszcz: Bydgoszcz WSG University; 2023. 239 p.
3. Novopysmennyi S, Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grygus I, Muszkieta R, Napierała M, Hagner-Derengowska M, Ostrowska M, Smoleńska O., Skaliy A, Zukow W, Stankiewicz B. Implementation of electronic health control technologies in higher education institutions. Journal of Physical Education and Sport. 2020;20(2):921–8. DOI: 10.7752/jpes.2020.s2131. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*
4. Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grynova M, Grygus I, Skaliy A, Hagner-Derengowska M, Napierała M, Muszkieta R, Zukow W. Historical Retrospective of the Development of Scientific Approaches to Health-Saving Activity in Society. International Journal of Applied Exercise Physiology. 2020;9(1):31–8. <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000513670400005>. Періодичне видання іншої держави (Ірану), внесене до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*
5. Momot O, Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grygus I, Stankiewicz B., Skaliy A, Hagner-Derengowska M, Napierała M, Muszkieta R, Ostrowska M,

Zukow W. Creation of a healthcare environment at a higher educational institution. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;20:975–81. DOI:10.7752/jpes.2020.s2138. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

6. Одинець Т, Бріскін Ю, Скалій О, Скалій Т. Навчання самообстеженню молочних залоз в рамках реалізації міжнародного проєкту RITA – «Зміни в регіоні» для академічної спільноти закладів вищої освіти та факультетів фізичного виховання та спорту. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020;5;5(27):219–22. DOI: 10.26693/jmbs05.05.219. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, у формулюванні висновків.*

7. Мулик К, Гриньова Т, Скалій О, Бершов С, Корнієнко В. Рівень розвитку сили студентів, які займаються у спортивних секціях зі скелелазіння із застосуванням вправ на різних тренажерах. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2021;5(85):5–10. <https://doi.org/10.15391/snsv.2021-5.001>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

8. Mulyk K, Skaliy A, Ruban L, Duhina L, Skaliy T, Nowikiewicz T, Kowalski W. Implementation of the Polish-Ukrainian project "Self-diagnosis of breast cancer in young Ukrainian women" within the framework of the RITA program – changes in the region at the Kharkiv State Academy of Physical Culture. *Wiadomości lekarskie*. 2022;75(2):366–71. DOI: 10.36740/WLek202202107. Періодичне видання іншої держави (Польщі), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження,*

обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.

9. Ostrowski A, Stanula A, Ambroży T, Rydzik Ł, Skaliy A, Skalski D, Kaganek K, Mulyk K. Physical effort and pace of MTB and eMTB bicycles on mountain trails – a case study. Journal of Physical Education and Sport. 2023;23(7):1762–73 DOI: [10.7752/jpes.2023.07216](https://doi.org/10.7752/jpes.2023.07216). Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

10. Skaliy A, Mulyk K, Zhijing B, Ostrowski A, Anosova O. Assessment of the functional state of the cardiovascular system of students during a mountain hiking trip. Slobozhanskyi Herald of Science and Sport. 2023;27(3):158–65. <https://doi.org/10.15391/snsv.2023-3.007>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

11. Скалій О, Мулик К. Особливості організації фізкультурно-оздоровчих занять з людьми похилого віку. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2023;16(35), с. 34–40. [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-16\(35\)-34-40](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-16(35)-34-40). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, формулюванні висновків.*

12. Скалій О, Мулик К, Абдула Н. Теоретичне обґрунтування аспектів фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної діяльності особистості. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2024;5(178), с. 193–7. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.5\(178\).38](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.5(178).38). Фахове видання

України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні мети дослідження, структуризації наукових даних, формулюванні висновків.*

13. Mulyk K, Skaliy A, Mukazhanov N, Ostrowski A, Paievskyi V, Abdula A. Influence of volleyball and sports and health tourism on the physical, mental and social state of schoolchildren and students. Slobozhanskyi Herald of Science and Sport. 2024;28(1):31–7. <https://doi.org/10.15391/sns.v.2024-1.004>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

14. Zalewski T, Skaliy A, Mulyk K, Skaliy T, Ostrowski A, Kowalski W, Adamczyk M. Impact of the implementation of the project «Polish-Kazakh regional center for training, safety and rescue» on competence in the field of medical care. Physical rehabilitation and recreational health technologies. 2024;9 (3):135–50. [https://doi.org/10.15391/pr.rht.2024-9\(3\).04](https://doi.org/10.15391/pr.rht.2024-9(3).04). Видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

15. Skaliy A, Skaliy T, Kuangaliyeva T, Kenzhin Z, Meergul A, Letkiewicz S. The influence of complex motor activities on the morphofunctional and psychoemotional state of elderly people from different countries of Europe and Asia. Slobozhanskyi Herald of Science and Sport. 2024;28(2):92–9. <https://doi.org/10.15391/sns.v.2024-2.006>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

16. Mulyk K, Skaliy A, Grynova T, Skaliy T, Polovinko K. The influence of adaptive games on the psycho-emotional state of military personnel during

rehabilitation. Physical rehabilitation and recreational health technologies. 2024;9;5:343–51. [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(5\).01](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(5).01). Видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

17. Skaliy A, Mulyk V, Skaliy T, Maksymova K, Mulyk K. Determining the Impact of Adaptive Games on the Individuals' Psycho-Emotional State among Different Age Groups in Poland and Ukraine. Physical Education Theory and Methodology. 2024;24(5):769–76. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2024.5.12>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

18. Скалій О, Мулик К, Горбенко О, Скалій Т, Абдула Н. Виявлення мотивації людей похилого віку до занять різними видами рухової активності. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2024;29(2): 91–7. [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(2\).91-97](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(2).91-97). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

19. Мулик К, Скалій О, Аносова О. Вплив занять боксом на психоемоційний стан підлітків в умовах воєнного стану. Єдиноборства. 2024; 3(33):40–8. <https://doi.org/10.15391/ed.2024-3.04>. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, доборі методів дослідження, обґрунтуванні отриманих результатів, у формулюванні висновків.*

20. Maksymova KV, Skaliy O. Necessity of forming culture of health for different groups of population in war's conditions. В: Науковий часопис Українського державного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15,

Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорту). 36. наук. пр. Київ; 2024;8(181),с. 261–6. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.8\(181\).48](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.8(181).48). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, доборі методів дослідження, обґрунтуванні отриманих результатів, у формулюванні висновків.*

21. Скалій О, Максимова К. Вплив оздоровчих фітнес-технологій на психоемоційний стан студентів в умовах війни. Освіта. Інноватика. Практика. 2024;12(8):67–72. <https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol12i8-009>. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, формулюванні висновків.*

22. Skaliy A, Мулик К, Zhijing B, Горбенко О., Максимова К. Визначення найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед молоді та дорослого населення різних країн (Польща, Китай, Україна). Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2024;29(3):160–7. [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(3\).160-167](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(3).160-167). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, доборі методів дослідження, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні отриманих результатів, у формулюванні висновків.*

23. Скалій О, Мулик К. Використання мобільних додатків для підвищення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю осіб зрілого віку. Освіта. Інноватика. Практика. 2024;12(10):43–8. <https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol12i10-006>. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

Праці апробаційного характеру

24. Skaliy A, Kowalski W, Kutek T, Briskin Y, Mulyk K, Odynets T, Grabowski Y, Skaliy T. Polsko-ukraiński projekt transferu doświadczeń naukowych w profilaktyce raka piersi wśród młodzieży studenckiej. W: Zdrowie – edukacja – społeczeństwo. Perspektywa międzynarodowa. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSG; 2020, s. 17–29. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

25. Мулик К, Скалій О, Рубан Л, Дугіна Л, Скалій Т, Ковальський В. Формування культури профілактики захворюваності на рак молочної залози шляхом самоспостереження та самодослідження. Інтернаука. 2021;13. <https://doi.org/10.25313/2520-2057-2021-13-7540>. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

26. Одинець Т, Бріскін Ю, Скалій О, Скалій Т. Здобутки та перспективи розвитку проєкту «Самодіагностика раку молочної залози в молодих українок» в рамках міжнародної програми RITA – «Зміни в регіоні». Management and law in sport, recreation, tourism, education and health. 2022;4–9. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

27. Skaliy A. Międzynarodowe projekty na rzecz edukacji, zdrowia i zrównoważonego rozwoju. Kurier innowacyjności. 2024;2:18–27.

Праці, які додатково відображають результати дисертації

28. Sereda I, Lavrin H, Kucher T, Grygus I, Muszkieta R, Napierała M, Hagner-Derengowska M, Ostrowska M, Smoleńska O, Zukow W, Skaliy A. The Impact of Yoga Practice on the Development of Flexibility among the Female

Student's Pedagogical Specialties in the Process of Physical Training of Higher Educational Institutions. International Journal of Applied Exercise Physiology. 2020;9(1):85–95. Періодичне видання іншої держави (Ірану), внесене до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

29. Скалій О, Мулик К, Пономаренко А, Гриньова Т. Навчання техніці їзди на велосипеді дітей молодшого шкільного віку. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2020;6(80):5–10. doi:10.15391/sns.v.2020-6.001. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

30. Skaliy A, Bala T. Influence of horting elements on the level of motor preparation of 15 year old pupils. Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення. 2020;216–22. Вилучено із <https://journals.uran.ua/hdafk-tmfv/article/view/250509>. *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

31. Kozin V, Boychuk Y, Skaliy A, Zelenskiy R, Honcharenko V. Individual Factorial Structure of Biomechanical and Psychophysiological Indicators as a Basis for Determining the Fighting Style of Qualified Veteran Boxers. Health, Sport, Rehabilitation. 2021;7(3):8–30. <https://doi.org/10.34142/HSR.2021.07.03.01>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

32. Kolokoltsev M, Vorozheikin A, Romanova E, Bolotin A, Gryaznykh A, Skaliy A, Sovetkhanuly D, Kaldybayeva A, Gabdullin A, Kushakova I, Pashkov A. Girls with «different volumes and intensity of physical activity constitution types»:

a comparative analysis. Journal of Physical Education and Sport. 2021;21(3):1436–43. DOI:10.7752/jpes.2021.03183. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

33. Kolokoltsev M, Kuznetsova L, Makeeva V, Ustselemonova N, Romanova E, Savchenkov A, Mischenko N, Vorozheikin A, Bolotin A, Skaliy A. Physical education of girls from different somatotypes and health groups. Journal of Physical Education and Sport. 2021;21(2):852–9. DOI:10.7752/jpes.2021.02106. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

34. Скалій О, Лотоцький В. Вплив занять спортивним орієнтуванням на розвиток фізичних якостей підлітків. Спортивна наука. 2021:44–7. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

35. Mishchenko N, Romanova E, Skaliy A, Skaliy T, Kowalski W. Strengthening the physical health of preschoolers by means of fitball. VIREF Revista De Educación Física. 2021;10(2):126–44. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/viref/article/view/344569>. Періодичне видання іншої держави (Іспанії), внесене до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

36. Павлюк О, Скалій О, Павлюк Є. Результати експериментальної перевірки реалізації педагогічної технології самовдосконалення вчителів фізкультури в процесі професійної діяльності на різних етапах професійного розвитку. Physical Culture and Sport: Scientific Perspective. 2022;2:6–15. <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.2.1>. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

37. Шаверський В, Скалій О, Литвинчук Ю, Толкач В. Фізична підготовленість студентів-волейболістів у змагальному періоді річної підготовки. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2022;14, с. 98–103. DOI: [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2022-14\(33\)-98-103](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2022-14(33)-98-103). Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

38. Павлюк Є, Скалій О. До проблеми формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної культури та спорту у процесі фахової підготовки. Physical culture and sport: scientific perspective. 2022;1: 27–35. <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.1.4>. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

39. Ryepko O, Skaliy A, Tymko Y, Kozin S, Kozina Z, Feshchenko A. Training program in the lowlands for amateur mountaineers for climbing to the peaks. Health, Sport, Rehabilitation. 2023;9(3):91–103. <https://doi.org/10.58962/HSR.2023.9.3.91-103>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

40. Shevchenko O, Mulyk K, Paievskiy V, Skaliy A, Guba A, Skaliy T, Anosova O. Changes in Indicators of Special Physical Preparedness in Badminton Players Aged 10–11 under the Influence of Specially Selected Exercises. Physical Education Theory and Methodology. 2023;23(2):246–52. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2023.2.13>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

41. Prayudho S, Nasrulloh A, Skaliy A. Risk factor of pickleball injury: systematic review and meta-analysis. Health, Sport, Rehabilitation. 2024;10(3): 115–24. <https://doi.org/10.58962/HSR.2024.10.3.115-124>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	31
ВСТУП	32
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ТА ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ	45
1.1. Аспекти фізкультурно-оздоровчої діяльності та здоров'язбереження населення.....	47
1.2. Принципи та стратегії забезпечення здорового способу життя	80
1.3. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність як соціальне явище.....	88
1.3.1. Особливості, завдання та зміст технологій оздоровчо-рекреаційної рухової активності.....	95
1.3.2. Форми реалізації та класифікація оздоровчо-рекреаційної рухової активності.....	97
1.4. Історичні аспекти і загальні положення оздоровчої діяльності людей різного віку.....	101
1.5. Особливості фізкультурно-оздоровчої діяльності різних груп населення.....	110
1.5.1. Особливості методики фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми і підлітками.....	113
1.5.2. Методика фізкультурно-оздоровчих занять з людьми зрілого та похилого віку	116
1.5.3. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фізичної активності різних груп населення	118
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	120
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	126
2.1. Методи дослідження	126

2.1.1. Загальнонаукові методи дослідження	126
2.1.2. Соціологічні методи дослідження.....	130
2.1.3. Педагогічні методи дослідження (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент).....	131
2.1.4. Медико-біологічні методи дослідження.....	134
2.1.5. Психодіагностичні методи дослідження.....	138
2.1.6. Методи математичної статистики.....	144
2.2. Організація дослідження	144
РОЗДІЛ 3. ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СКЛАДНИКІВ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ І МОЛОДІ.....	149
3.1. Визначення найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчих занять серед дітей та молоді.....	149
3.2. Моніторинг впливу найбільш популярних видів фізкультурно- оздоровчих занять на різні складники здоров'я дітей та молоді.....	155
3.2.1. Вплив занять спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом на рівень самооцінки власного здоров'я та психоемоційний стан дітей і молоді.....	156
3.2.2. Оцінка функціонального стану серцево-судинної системи студентської молоді у процесі подолання гірського пішохідного походу.....	173
3.2.3. Порівняльний аналіз використання різних моделей велосипедів у спортивно-оздоровчому гірському поході.....	186
3.2.4. Використання елементів скелелазіння, як засобу фізкультурно- оздоровчої діяльності для студентської молоді.....	206
3.3. Вплив занять різних видів фізкультурно-оздоровчої діяльності на психоемоційний стан підлітків та студентської молоді в умовах воєнного стану в Україні	213
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	226
РОЗДІЛ 4. ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТЬ З ЛЮДЬМИ ЗРІЛОГО Й ПОХИЛОГО ВІКУ	229

4.1. Аналіз стану питання щодо обізнаності про користь рухової активності людей зрілого й похилого віку в Польщі та Україні	233
4.2. Виявлення мотивації людей зрілого й похилого віку до занять різними видами рухової активності	237
4.3. Використання мобільних додатків для підвищення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю осіб зрілого віку	250
4.4. Вплив найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять на різні складники здоров'я людей похилого віку	262
4.5. Розроблення та упровадження програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності для осіб похилого віку	275
4.5.1. Обґрунтування програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності для людей похилого віку	277
4.5.2. Упровадження програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності для людей похилого віку	287
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4	294
РОЗДІЛ 5. ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ ПРОЄКТНОЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ СИСТЕМИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	296
5.1. Концептуальні засади проєктної діяльності у сфері збереження здоров'я населення	304
5.2. Теоретичне обґрунтування створення системи формування культури здоров'я різних груп населення	315
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5	331
РОЗДІЛ 6. РОЛЬ ПРОЄКТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФОРМУВАННІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	334
6.1. Теоретико-методологічні засади проєктної діяльності	337
6.2. Вплив реалізації проєкту «Центр ерготерапії через адаптаційні ігри» на прикладі Польщі та України.....	347

6.3. Формування умінь надання першої долікарської допомоги в рамках реалізації польсько-казахського проєкту «Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування»	364
6.4. Реалізація польсько-українського та польсько-казахського проєктів «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок».....	377
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6	384
РОЗДІЛ 7. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	
ДОСЛІДЖЕННЯ	387
ВИСНОВКИ.....	419
ПОСИЛАННЯ	427
ДОДАТКИ	486

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- АТ – артеріальний тиск;
 ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
 ЕКГ – електрокардіографія;
 ЄС – Європейський Союз;
 ЖЄЛ – життєва ємність легень;
 ЗФП – загальна фізична підготовка;
 ІКТ – інформаційно-комунікаційні технології;
 ІМТ – Індекс маси тіла;
 ІР – Індекс Робінсона;
 ІР – Індекс Руфф'є;
 ІС – Індекс Скібінського;
 ІФЗ – Індекс функціональних змін;
 ЛФК – лікувальна фізична культура;
 САН – самопочуття, активність, настрій;
 ССС – серцево-судинна система;
 ТПАНС – тривожність, працездатність, активність, настрій, самопочуття;
 ЧСС – частота серцевих скорочень;
 AED – автоматизований зовнішній дефібрилятор;
 АНА (American Heart Association's) – Американська кардіологічна асоціація;
 BLS (Basic Life Support) – базове забезпечення життєдіяльності;
 eMTB – велосипед Mountain Terrain Bike з електродвигуном;
 ERC (European Resuscitation Council) – Європейська рада з реанімації;
 GPS – американська система глобального позиціонування;
 HRV – варіабельності серцевого ритму;
 KISS (keep it short and simple) – спрощена методика надання першої
 долікарської допомоги;
 MTB – велосипед Mountain Terrain Bike;
 PTSD (Post-traumatic stress disorder) – посттравматичний стресовий розлад;
 QCPR – інноваційна технологія, яка дозволяє за допомогою бездротового
 зв'язку отримувати детальну інформацію про якість виконання компресій
 грудної клітки та штучної вентиляції легень;
 SCA (Sudden Cardiac Arrest) – раптова зупинка серця.

ВСТУП

Актуальність теми. На початку XXI століття фізичне й психічне здоров'я населення стає одним із найважливіших соціальних і медичних пріоритетів життєдіяльності в більшості країн світу. Сучасні тенденції, пов'язані з низьким рівнем рухової активності, значним поширенням малорухливого способу життя й підвищенням захворюваності на хронічні неінфекційні хвороби, створюють серйозну загрозу для окремих індивідів і для суспільства загалом. Зазначене зумовлює потребу пошуку ефективних підходів до підтримки здоров'я різних груп населення завдяки впровадженню фізкультурно-оздоровчих і здоров'язбережувальних програм [39, 43, 58, 137, 203].

Наукові дослідження свідчать, що регулярна фізична активність – один із ключових чинників профілактики хронічних захворювань, збереження функціональної незалежності й підвищення якості життя в будь-якому віці [47, 57, 82, 123, 219, 316]. Особливого значення фізична активність набуває для людей похилого віку, у яких знижуються фізіологічні резерви організму, уповільнюються адаптаційні процеси, підвищується ризик наявності хвороб серцево-судинної, опорно-рухової та дихальної систем [6, 32, 180, 333]. Однак і серед молодших вікових груп – людей зрілого віку – низький рівень фізичної активності є суттєвим чинником ризику зниження працездатності, розвитку метаболічних порушень та зменшення тривалості активного періоду життя [12, 82, 94, 492]. Не менш важливою є регулярна рухова активність і для дітей та студентської молоді, оскільки вона сприяє гармонійному розвитку, формуванню стійкого імунітету, профілактиці порушень постави й метаболічних розладів та зміцненню психоемоційного здоров'я [8, 48, 65, 123, 159, 197, 201, 256].

Тож ефективна організація фізкультурно-оздоровчої діяльності потребує науково обґрунтованого підходу, який урахує вікові, фізіологічні, соціальні й психологічні особливості різних груп населення.

Підвищення рівня інформованості про користь фізичної активності, упровадження інноваційних методик оздоровчо-рекреаційної діяльності та створення умов для доступу до програм здоров'язбереження різних соціальних груп є важливими аспектами сучасної соціальної політики. Зокрема, мобільні технології, онлайн-платформи й цифрові застосунки для моніторингу фізичної активності створюють нові можливості для залучення населення до здорового способу життя [39, 331, 421].

Попри зростання кількості досліджень у сфері рухової активності населення [17, 34, 95, 289], актуальними залишаються роботи, що інтегрують сучасні підходи до фізкультурно-оздоровчої діяльності для різних вікових груп. Особливо це стосується взаємозв'язку фізичної активності, якості життя, соціальної інтеграції та використання інноваційних технологій у здоров'язбережувальній діяльності.

Отже, проблема теоретико-методичних основ фізкультурно-оздоровчої діяльності та здоров'язбереження різних груп населення є актуальною з огляду на потребу комплексного розв'язання питань поліпшення здоров'я, профілактики захворювань, формування культури здоров'я та швидкого упровадження оперативних рішень, що дали б змогу швидко реагувати на зміни й виклики сьогодення. Розроблення й упровадження таких програм та інструментів є важливим напрямом для забезпечення сталого розвитку суспільства та підвищення якості життя різних соціальних і вікових груп населення.

Зв'язок роботи з науковими темами та планами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до наукових тем «Вдосконалення процесу фізичного виховання в навчальних закладах різного профілю» (номер державної реєстрації 0115U006754) і «Вдосконалення процесу фізичного виховання різних верств населення» (номер державної реєстрації 0120U101110) НДР кафедри теорії та методики фізичного виховання Харківської державної академії фізичної культури на 2015–2020 рр. та 2020–2026 рр., відповідно, та теми «Здоров'яформуючі технології та процес фізичної терапії осіб різних

нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0119U102115) НДР кафедри медичних дисциплін та охорони здоров'я Харківської державної академії фізичної культури на 2019–2024 рр.

Роль автора як співвиконавця тем полягала в розробленні системи формування культури здоров'я та проєктної концепції здоров'язбережувальної діяльності різних груп населення.

Мета дослідження – обґрунтувати теоретико-методичні основи фізкультурно-оздоровчої діяльності різних груп населення в процесі проєктної здоров'язбережувальної діяльності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан досліджуваної проблеми, узагальнити світовий досвід використання оздоровчих занять і методики їх упровадження для людей різного віку й статі.

2. Установити мотиваційні чинники й рейтинг найбільш популярних видів оздоровчих занять серед осіб різного віку та статі в Польщі й Україні та визначити їх вплив на різні складники здоров'я.

3. Обґрунтувати й розробити концепцію проєктної здоров'язбережувальної діяльності та систему формування культури здоров'я різних груп населення на основі аналізу загальних положень оздоровчої діяльності людини.

4. Систематизувати та обґрунтувати класифікацію проєктної діяльності для підвищення ефективності реалізації грантових ініціатив.

5. Реалізувати проєктну діяльність, спрямовану на формування здорового способу життя різних груп населення Польщі, України й Казахстану та визначити її ефективність.

Об'єкт дослідження: фізкультурно-оздоровча діяльність різних груп населення.

Предмет дослідження: здоров'язбережувальна проєктна діяльність різних груп населення в Польщі, Україні й Казахстані.

Методологія дослідження ґрунтувалася на концептуальних засадах збереження здоров'я населення й формуванні здорового способу життя серед

різних соціально-вікових груп [17, 30, 256, 274]; загальних принципах впливу рухової активності на стан здоров'я різних груп населення [55, 78, 219, 316]; теорії оздоровчої фізичної культури, оздоровчо-рекреаційної рухової активності [3, 82, 307]; системному підході до контролю рухової активності людини [75, 143]; методологічних засадах формування мотиваційно-ціннісного ставлення різних груп населення до занять руховою активністю [25, 33, 81, 273]; особливостях психологічних станів особи [4, 70, 156, 379]; концепції успішної соціалізації різних верств населення [13, 156, 339].

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс взаємопов'язаних методів дослідження:

- загальнонаукові методи (аналіз і узагальнення матеріалів наукової та методичної літератури, а також інформаційних ресурсів інтернету дали змогу систематизувати сучасні підходи до фізкультурно-оздоровчої діяльності й здоров'язбереження; застосування методів порівняння, індукції та дедукції дали змогу виявити закономірність у впливі фізичної активності на здоров'я різних вікових груп населення; структуризація наукових даних щодо аспектів здоров'язбереження засобами фізкультурно-оздоровчої діяльності дала змогу розробити систему формування культури здоров'я; вивчення й узагальнення документів організації освітнього та рекреаційно-оздоровчого процесу забезпечили обґрунтованість розроблених рекомендацій та проєктів у сфері здоров'язбережувальної діяльності);

- соціологічні методи використано для збору первинних даних про фізкультурно-оздоровчу діяльність різних груп населення. Основним методом було анкетування, що дало змогу оцінити рівень залученості респондентів до активного способу життя, їхні мотиваційні чинники й бар'єри, які заважають регулярним заняттям фізичною активністю. Опитування проведено серед різних вікових категорій (школярів, студентів, осіб зрілого й похилого віку) для виявлення специфіки їхніх потреб у сфері здоров'язбереження;

- педагогічні методи дослідження (педагогічне спостереження застосовано на першому етапі дослідження для детального ознайомлення з

фізкультурно-оздоровчою та здоров'язбережувальною діяльністю різних груп населення, що дало змогу одержати об'єктивні дані про поведінкові, морфофункціональні й емоційні аспекти учасників, та передбачало фіксацію ключових моментів спостереження, що забезпечило об'єктивність отриманих результатів; спостереження використовували протягом усього періоду дослідження та доповнювали інтерв'ю з учасниками для одержання розширених даних; педагогічний експеримент складався з двох етапів: констатувального, на якому здійснювався збір вихідних даних про морфофункціональні показники, рівень фізичної підготовленості й психоемоційний стан учасників до початку занять, та перетворювального, що передбачав упровадження різних форм фізкультурно-оздоровчої діяльності та аналіз їх ефективності на основі порівняння результатів із констатувальним етапом, додатково оцінювали рівень задоволеності учасників заняттями, а також зміни в їхній мотивації до фізичної активності);

- медико-біологічні методи використано для оцінювання морфологічного стану, функціонального стану кардіореспіраторної системи та загального рівня фізичного здоров'я досліджуваних осіб. Зокрема, застосовували антропометричні вимірювання (визначення довжини й маси тіла), показники серцево-судинної системи (частота серцевих скорочень, артеріальний тиск) і функціональні проби для оцінювання фізичної працездатності. Одержані дані дали змогу встановити рівень адаптації організму до фізичних навантажень, ефективність оздоровчих заходів і вплив фізкультурно-оздоровчої діяльності на фізичний стан осіб різних вікових категорій;

- психодіагностичні методи дослідження використано для оцінювання психологічних особливостей, станів, процесів і властивостей особистості. Їх застосування дало змогу одержати об'єктивну інформацію про психічний стан респондентів, їхні поведінкові реакції, мотиваційні установки й індивідуально-психологічні характеристики;

- методи математичної статистики використано для обробки одержаних даних, оцінювання достовірності результатів і виявлення закономірностей. Аналіз статистичних даних здійснено за допомогою програмного забезпечення Statistica 13.0 та Microsoft Excel. Розраховано описові статистичні параметри, такі як середнє арифметичне значення, стандартне відхилення й похибка середнього. Для перевірки відповідності вибіркової сукупності нормальному розподілу застосовано критерій Шапіро – Уїлка, а перевірку статистичних гіпотез здійснено за допомогою параметричного критерію Стюдента та непараметричного критерію Манна – Уїтні. У разі багатовимірного аналізу використано методи дисперсійного аналізу за критерієм Краскела – Уолліса. Статистичну значущість встановлених відмінностей визначено на рівні, не нижчому ніж $p < 0,05$.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що:

- *уперше* обґрунтовано концепцію проєктної здоров'язбережувальної діяльності, яка поєднує фізкультурно-оздоровчі, освітні, цифрові, соціальні й міжнародні аспекти в єдину систему, забезпечуючи інклюзивний підхід для різних вікових і соціальних груп, інтегруючи сучасні технології моніторингу фізичної активності, сприяючи міжсекторальній взаємодії, та передбачає систему оцінювання ефективності впроваджених заходів для формування культури здорового способу життя й профілактики хронічних захворювань;

- *уперше* обґрунтовано систему формування культури здоров'я різних груп населення, спрямовану на створення стійкої основи для збереження здоров'я, підвищення якості життя населення й популяризацію активного способу життя серед усіх вікових груп населення. Основні напрями системи: освіта й інформування для підвищення обізнаності населення про важливість здорового способу життя завдяки освітнім кампаніям, тренінгам і лекціям; фізична активність за допомогою упровадження регулярних занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю, адаптованою до потреб дітей, молоді, дорослих і літніх людей; правильне харчування з урахуванням фізіологічних особливостей кожної цільової групи; психологічна підтримка для створення

умов розвитку емоційної стійкості та підтримки психічного здоров'я завдяки тренінгам й заходам психологічного спрямування; соціалізація за допомогою організації спільних заходів, що сприяють поліпшенню соціальних зв'язків і створюють умови для активного дозвілля;

- *уперше* обґрунтовано й упроваджено програму фізкультурно-оздоровчої діяльності для осіб похилого віку, що базується на комплексному використанні та чергуванні занять з адаптаційних ігор, скандинавської ходьби, оздоровчого плавання й оздоровчого туризму;

- *уперше* обґрунтовано класифікацію проєктної діяльності, яка охоплює ключові аспекти реалізації грантових проєктів у сфері здоров'язбереження й фізичної культури; яка враховує різні параметри організації та виконання проєктів, що сприяє підвищенню ефективності їхнього планування, реалізації та оцінювання результативності, систематизацію проєктної діяльності, яка сприяє імплементації сучасних методологічних підходів у сферу фізичної культури й здорового способу життя, що має важливе значення для формування довгострокових стратегій у галузі громадського здоров'я;

- *уперше* встановлено ефективність реалізації здоров'язбережувальних проєктів; доведено значний позитивний вплив на різні аспекти здоров'я населення, що сприяють поліпшенню фізичного й психоемоційного стану, підвищенню рівня обізнаності та формуванню навичок, потрібних для забезпечення здорового способу життя; продемонстровано важливість інтеграції освітніх, практичних і психологічних компонентів для формування стійкої культури здоров'я як основи для забезпечення високих стандартів здоров'я в суспільстві;

- *удосконалено* й систематизовано термінологічний апарат фізкультурно-оздоровчої та рекреаційної діяльності різних вікових груп, що забезпечило чіткість і однозначність ключових понять дослідження. Зокрема, конкретизовано зміст поняття «здоров'язбереження» як комплексного системного процесу підтримки та зміцнення здоров'я на індивідуальному й

суспільному рівнях, а також поняття «культура здоров'я» як інтегративної характеристики, що охоплює знання, цінності й практики, спрямовані на формування відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я інших осіб;

- *удосконалено* підходи до підвищення мотивації осіб зрілого віку до регулярної фізичної активності за допомогою мобільних застосунків, що забезпечують поєднання функцій моніторингу рухової активності, індивідуалізованого планування тренувань і соціальної взаємодії та сприяють персоналізації фізкультурно-оздоровчих занять відповідно до потреб і можливостей користувачів;

- *набули подальшого розвитку* наукові дані, що розкривають фізкультурно-оздоровчу діяльність як ефективний засіб комплексного впливу на фізичне здоров'я, психоемоційне благополуччя й соціальну інтеграцію осіб різного віку;

- *набули подальшого розвитку* емпіричні дані про позитивний вплив туристської та спортивно-оздоровчої діяльності на фізичний стан, функціональні резерви організму, психоемоційне здоров'я та соціальну активність осіб різного віку. Зокрема, для дітей і студентської молоді спортивно-оздоровчий туризм слугує засобом фізичного виховання й формування самодисципліни; для дорослого населення – профілактикою захворювань і підтримкою працездатності; а для осіб похилого віку – засобом продовження активного довголіття.

Практичне значення дисертаційної роботи полягає в обґрунтуванні класифікації проєктної діяльності, що охоплює аспекти реалізації грантових ініціатив у сфері здоров'язбереження; укладанні концепції проєктної здоров'язберезувальної діяльності, що поєднує фізкультурно-оздоровчі, освітні, цифрові, соціальні й міжнародні аспекти в єдину цілісну систему, забезпечуючи інклюзивний підхід для різних вікових і соціальних груп; обґрунтуванні системи формування культури здоров'я різних груп населення, спрямованої на створення стійкої основи для збереження здоров'я, підвищення

якості життя населення та популяризацію активного способу життя серед усіх вікових груп населення; доведено ефективність реалізації здоров'язбережувальних проєктів для різних груп населення. Наукові результати дослідження мають важливе практичне значення для підвищення рівня фізичної активності, збереження здоров'я та поліпшення якості життя населення засобами здоров'язбережувальних проєктів, що сприяють поліпшенню фізичного й психоемоційного станів, підвищенню рівня обізнаності та формуванню навичок, потрібних для забезпечення здорового способу життя. Одержані результати вирізняються науковою новизною та свідчать про вагомий внесок автора в розвиток теорії та практики здоров'язбережувальної діяльності. Обґрунтовані результати, висновки й рекомендації дисертаційної роботи впроваджено в діяльність закладів вищої освіти з акцентом на формування цілісної системи здоров'язбереження та реалізацію відповідних проєктів для різних верств населення. Це сприяло підвищенню рівня фізичної активності, формуванню мотивації до здорового способу життя, профілактиці захворювань і поліпшенню якості життя, та забезпечило широке залучення різних вікових і соціальних груп до здоров'язбережувальної діяльності в освітньому середовищі. Ці результати підтверджені відповідними актами впровадження, які засвідчують імплементацію напрацьованих підходів, програм і проєктів у практичну діяльність закладів вищої освіти, а саме: Інституту спорту і фізичної культури Університету економіки в Бидгощі (Польща), Університету третього віку Університету економіки в Бидгощі (Польща), Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського (Україна), Харківської державної академії фізичної культури (Україна), ПВНЗ «Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука» (Україна), Житомирського державного університету імені Івана Франка (Україна), Херсонського державного університету (Україна), Академії фізичної культури та масового спорту (Казахстан), НАТ «Казахська академія спорту і туризму» (Казахстан), НАТ «Університет імені Шакаріма міста Семей»

(Казахстан), Ошського державного університету (Киргистан). Це сприяло формуванню відповідних компетентностей здобувачів першого та другого рівнів вищої освіти в закладах, що здійснюють підготовку майбутніх фахівців у сфері фізичної культури та рекреації.

Особистий внесок автора. Наукові результати, викладені в дисертаційній роботі, автор одержав самостійно. Емпіричні дослідження, проведені в межах реалізації міжнародних проєктів, здійснювали координатори, які безпосередньо перебували на території України й Казахстану, під науково-організаційним керівництвом автора дисертаційної роботи як координатора з Польщі.

У спільних наукових публікаціях здобувачеві належить ідея, обґрунтування науково-прикладної проблематики, розроблення методологічного підходу, аналіз і узагальнення матеріалів, а також інтерпретація результатів і формулювання висновків. Внесок співавторів полягав у деталізації організаційних аспектів дослідження, допомозі в обробці, обговоренні й обґрунтуванні результатів, консультуванні з окремих питань і технічному оформленні публікацій.

Кандидатську дисертацію на тему «Комп'ютерні технології диференціації процесу фізичного виховання школярів (на прикладі навчання плавання)» захищено 2002 року. Матеріали кандидатської дисертації в тексті докторської дисертації не використано.

Апробація результатів дослідження. Теоретичні положення та практичні результати проведеного дослідження оприлюднено на IV–VI Міжнародних наукових конференціях «State, prospects and development of rescue, physical culture and sports in the XXI century» («Стан, перспективи та розвитку рятувальної сфери, фізичної культури та спорту у XXI столітті») (Бидгощ, Польща; 2017, 2019, 2022); III науковому семінарі «Bezpieczeństwo, zdrowie i kultura fizyczna» («Безпека, здоров'я та фізична культура») (Гдиня, Польща; 2017); Міжнародній науково-практичній конференції «Перспективи розвитку реабілітаційних послуг та оздоровчого туризму в Україні з огляду

на польський досвід» (Рівне, Україна; 2017); World Conference on Drowning Prevention (Всесвітній конференції із запобігання утопленню) (Ванкувер, Канада; 2017); IV науковій конференції «Ratownictwo wodne, sport pływacki i kultura fizyczna w teorii i praktyce» («Рятування на воді, плавання та фізична культура в теорії та практиці») (Гданськ, Польща; 2017); III–VII Всеукраїнських науково-практичних конференціях «Основи побудови тренувального процесу в циклічних та екстремальних видах спорту» (Харків, Україна; 2017, 2018, 2019, 2020, 2021); Міжнародній науково-практичній конференції «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів і студентів на засадах компетентнісного підходу до освіти» (Запоріжжя, Україна; 2018); XVIII–XXIII Міжнародних науково-практичних конференціях «Фізичне виховання, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи» (Харків, Україна; 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023); Міжнародному форумі з протидії корупції «Справедливість, доброчесність, довіра» (Актобе, Казахстан; 2019); Міжнародному конгресі польської федерації рятування на воді на основі консолідації V Міжнародної наукової конференції «Стан, перспективи та розвиток рятувальної справи, фізичної культури та спорту в 21 столітті в Бидгощі» (Щецин, Польща; 2019); XI Міжнародній науково-практичній конференції «Фізична культура, спорт та здоров'я нації» (Вінниця, Україна; 2019); VI Міжнародному конгресі зі спеціальної педагогіки та психології «Особливі діти»: освіта і соціалізація» (Київ, Україна; 2020); V Міжнародній науково-практичній конференції «Problems, achievements and prospects of development of medical, biological sciences and sports» («Проблеми, досягнення та перспективи розвитку медичних, біологічних наук і спорту») (Миколаїв, Україна; 2020); V Міжнародній науковій конференції «Aktywność ruchowa na obszarach górskich polski i świata» («Фізична активність у гірських територіях Польщі та світу») (Вроцлав, Польща; 2020); Міжнародній онлайн-конференції «Evolution of world concepts, trends and challenges in the Internationalization of Higher Education» («Еволюція світових концепцій, тенденцій та викликів

інтернаціоналізації вищої освіти») (Актобе, Казахстан; 2020); Міжнародній науково-практичній онлайн-конференції «The current aspects of reproductive health» («Сучасні аспекти репродуктивного здоров'я») (Монголія, Туреччина, 2021); II Міжнародній науково-практичній конференції «Білім беру, дене мәдениеті, туризм және спорттағы инновация» («Інновації в освіті, фізичній культурі, спорті та туризмі»), присвяченій 85-річчю професора Тлеугалієва Юриста Габдуловича та 80-річчю професора Хаустова Станіслава Івановича (Алмати, Казахстан; 2021); Міжнародній науково-практичній конференції «Дослідження інновацій та перспективи розвитку науки та техніки у XXI столітті» (Рівне, Україна; 2022); Міжнародній науково-практичній конференції до 30-річчя Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука «Innovative research and perspectives of the development of science and technology in the XXI century» («Інноваційні дослідження та перспективи розвитку науки і техніки у XXI столітті») (Рівне, Україна; 2023); VI Міжнародній науковій конференції «Health-saving technologies, rehabilitation and physical therapy» («Здоров'язберігаючі технології, реабілітація та фізична терапія») (Харків, Україна; 2023); конференції «Zdrowie jest darem» («Здоров'я – подарунок») (Бидгощ, Польща; 2023); Куявсько-Поморському форумі соціальної економіки «Gry adaptacyjne zwiększające aktywność fizyczną osób w różnym wieku i stopniu sprawności» («Адаптаційні ігри, що підвищують фізичну активність людей різного віку та рівня підготовки») (Торунь, Польща; 2024); конференції «Profesjonalne kompetencje w sporcie» («Професійні компетенції у спорті») (Вроцлав, Польща; 2024).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 41 працю, серед яких 23 містять основні наукові результати дисертації (2 монографії; 5 публікацій у закордонних періодичних виданнях, внесених до міжнародних наукометричних баз Scopus та Web of Science, 2 – у виданні України, внесеному до міжнародної наукометричної бази Scopus, 5 – у фахових наукових виданнях України категорії «А», 9 – у фахових наукових виданнях України категорії «Б»),

4 засвідчують апробацію матеріалів дисертації, 14 додатково відображають наукові результати дисертаційного дослідження.

Структура й обсяг дисертації. Представлена дисертація містить анотації (українською та англійською мовами), список умовних позначень, зміст, вступ, сім розділів, висновки, список використаних джерел, додатки. Загальний обсяг дисертаційного дослідження становить 544 сторінки. Список використаних джерел містить 496 найменувань, з яких 322 – латиницею. Роботу ілюстровано 63 таблицями і 28 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ТА ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Фізкультурно-оздоровча діяльність розглядається сучасними дослідниками [6, 43, 80], як важливий компонент громадського здоров'я та соціального благополуччя. Її основною метою є формування здорового способу життя, збереження та поліпшення фізичного і психічного стану населення. Ця діяльність спрямована на формування позитивного ставлення до власного здоров'я, розвиток рухових фізичних якостей, підвищення життєздатності організму та профілактику захворювань.

Згідно з сучасними теоріями, фізкультурно-оздоровча діяльність охоплює такі аспекти, як:

- фізичний аспект, що охоплює регулярні заняття фізичними вправами, спрямованими на розвиток м'язової сили, витривалості, гнучкості та координації рухів;
- психологічний аспект, пов'язаний із зменшенням рівня стресу, покращенням настрою та самопочуття, підвищенням самооцінки через досягнення спортивних результатів;
- соціальний аспект, який виражається у зміцненні соціальних зв'язків, створенні сприятливого середовища для комунікації та співпраці через спільну участь у спортивних заходах.

Українські дослідники [22, 43, 58, 130] акцентують увагу на необхідності інтеграції фізкультурно-оздоровчої діяльності в систему освіти, трудових колективів й громадських ініціатив. Зокрема, упровадження програм здоров'язбереження на базі навчальних закладів, створення центрів фізичного виховання та популяризація спортивного способу життя є пріоритетами державної політики. Окремо потрібно виокреслити значення просвітницької

роботи серед молоді, спрямованої на формування культури здоров'я, що базується на знаннях про користь фізичної активності.

Водночас Польща є прикладом країни, яка успішно впроваджує комплексний підхід до здоров'язбереження. Національні програми фізичної культури, такі як «Zachowaj zdrowie» («Збережи здоров'я»), спрямовані на популяризацію здорового способу життя різних груп населення. Дані програми акцентують увагу на профілактиці захворювань через фізичну активність, освіту та створення відповідної інфраструктури [388].

Одним із ключових елементів польської стратегії є інтеграція фізкультурно-оздоровчої діяльності в освітній процес. Наприклад, у школах впроваджуються програми з щоденними заняттями фізкультурою, організацією спортивних клубів та регулярними заходами, які заохочують дітей і молодь до активного способу життя. Цей підхід дозволяє формувати звичку до регулярної фізичної активності змалечку.

У містах Польщі активно реалізуються проекти міського планування, які створюють сприятливі умови для занять спортом. Зокрема, розвиток велоінфраструктури, облаштування відкритих тренажерних майданчиків, створення бігових доріжок у парках й організація спортивних фестивалів сприяють залученню широких верств населення до фізичної активності [192].

Польський досвід тісно корелює з ініціативами інших європейських країн, зокрема скандинавських. Наприклад, у Фінляндії та Швеції фізкультурно-оздоровчі програми охоплюють не лише молодь, але й людей похилого віку, зокрема через організацію спеціальних занять для пенсіонерів, адаптованих до їхніх фізичних можливостей. Такий підхід не лише забезпечує підтримання й зміцнення фізичного здоров'я, але й створює умови для ефективної інтеграції старшого покоління у суспільне життя. Він сприяє збереженню їхньої соціальної активності, залученню до різноманітних форм громадської діяльності та встановленню гармонійних міжпоколінніх взаємин. Ця інтеграція допомагає підтримувати відчуття значущості,

психологічного комфорту й соціальної залученості, що є важливими чинниками загального благополуччя людей старшого віку [433].

У США впроваджуються національні програми, такі як «Let's Move!», які орієнтовані на боротьбу з дитячим ожирінням та підвищенням популяризації здорового способу життя через сімейні цінності. Подібні програми можуть бути адаптовані в Україні з урахуванням культурних та економічних особливостей [216, 492].

Досвід Польщі є цінним для України, адже враховує позитивні практики в умовах обмежених ресурсів. Зокрема, адаптація програм фізкультурно-оздоровчої діяльності, що спрямовані на молодь і залучення громади, може бути реалізована через співпрацю освітніх установ, місцевої влади та громадських організацій. Наприклад, створення міських велодоріжок, організація регулярних спортивних фестивалів та популяризація сімейних занять спортом сприятиме формуванню культури здоров'я населення.

1.1. Аспекти фізкультурно-оздоровчої діяльності та здоров'язбереження населення

У науковій літературі [6, 43, 80] поняття «фізкультурно-оздоровча діяльність» визначається як сукупність свідомо організованих фізичних вправ і активностей, що спрямовані на підтримання, поліпшення і зміцнення здоров'я, підвищення працездатності, загартування організму та лікування, а також на розвиток фізичних і вольових якостей особистості. Ця діяльність має важливу профілактичну спрямованість, забезпечуючи попередження захворювань, формування позитивного світогляду та посилення внутрішньої мотивації до ведення здорового способу життя, спираючись на цінності фізичної культури.

Основними напрямками фізкультурно-оздоровчої діяльності є [133]:

- моніторинг стану фізичного розвитку молоді, що дозволяє оцінювати рівень фізичного здоров'я сучасного покоління;

- пропаганда здорового способу життя, яка сприяє формуванню ціннісного ставлення до здоров'я;
- мотивування студентів до здорового способу життя шляхом створення сприятливих умов для фізичної активності;
- формування позитивного ставлення до спортивної діяльності, що дозволяє залучати молодь до систематичних занять фізичною культурою;
- стимулювання інтересу до спорту й оздоровлення, що сприяє розвитку фізичної активності як важливого елемента життєдіяльності.

На основі узагальнення світового досвіду були виокремлені чотири основні групи фізкультурно-оздоровчої діяльності [43, 162, 247]:

1. Спортивні програми, які спрямовані на розвиток спортивних навичок, досягнення результатів у змаганнях та підтримання фізичної форми.
2. Фітнес-програми, що орієнтовані на поліпшення загального фізичного стану, включаючи тренування з елементами аеробіки, йоги, пілатесу тощо.
3. Фізкультурно-оздоровчі програми, які сприяють загальному зміцненню організму й забезпечують його адаптацію до фізичних навантажень.
4. Оздоровчі програми, зосереджені на профілактиці захворювань, відновленні й реабілітації після фізичних або психологічних перевантажень.

Таким чином, фізкультурно-оздоровча діяльність є важливим компонентом загального процесу формування здорового способу життя й гармонійного розвитку особистості, орієнтованим на підтримку фізичного, психічного і соціального благополуччя.

Види фізкультурно-оздоровчої діяльності (відповідно до Закону про фізкультуру й спорт) різняться залежно від сфери її перебування (виробничій сфері, соціально-побутовій, навчально-виховній), від суб'єктів, яким надаються однойменні послуги (для учнівської молоді, інвалідів, засуджених, для всього населення), від порядку здійснення (основна – надання тільки таких і суміжних послуг; додаткова – вразі здійснення такої діяльності, крім

основної); від умов здійснення (без використання спортивних споруд та з їх використанням).

Аналіз наукової літератури [168, 462] свідчить, що поняття «фізкультурно-оздоровча діяльність» часто ототожнюється зі «спортивно-оздоровчою діяльністю», хоча ці терміни мають деякі відмінності у змісті. Фізкультурно-оздоровча діяльність досліджувалася багатьма вченими [14, 159, 287, 307], у їхніх роботах наголошується, що цей вид діяльності спрямований на збереження і зміцнення здоров'я людини, що реалізується в навчально-виховній та соціально-побутовій сферах.

Науковці часто розглядають фізкультурно-оздоровчу діяльність як сукупність заходів у сфері фізичної культури і спорту, які спрямовані на розвиток фізичних якостей і досягнення спортивних результатів. Такий підхід акцентує увагу на формуванні здорового індивіда, здатного самостійно підтримувати власне здоров'я і дбати про здоров'я інших. Ця діяльність має важливе значення не лише для фізичного стану людини, але й для формування мотивації до здорового способу життя.

Дослідники, такі як Халайцан А.П. [165] й Calhoun L.G., Tedeschi R.G. [216] розглядають фізкультурно-оздоровчу діяльність як засіб досягнення оптимального фізичного стану, профілактики захворювань та підвищення загального рівня здоров'я. Вона передбачає використання спеціальних знань, умінь, а також способів організації та виконання дій, спрямованих на підтримання фізичної активності. Такий підхід підкреслює практичний характер цієї діяльності, її орієнтованість на досягнення конкретних результатів у зміцненні здоров'я.

Важливим аспектом фізкультурно-оздоровчої діяльності є її вплив на формування цілісної, здорової особистості. Здійснюючи таку діяльність, людина виявляє здатність самостійно визначати цілі та спрямовувати свою мотивацію на досягнення здорового способу життя. Це не лише сприяє фізичному розвитку, але й формує у людини позитивне ставлення до власного здоров'я.

На думку Cavill N., Kahlmeier S., Racioppi F. [219], фізкультурно-оздоровча діяльність є автономною активністю, що передбачає виконання фізичних вправ з метою поліпшення здоров'я, підвищення працездатності, загартування, лікування, а також виховання фізичних і вольових якостей. Вона слугує основою для створення гармонійного середовища, яке сприяє покращенню якості життя як окремої людини, так і суспільства загалом.

Отже, фізкультурно-оздоровча діяльність є важливою складовою соціального і фізичного розвитку особистості. Вона не лише сприяє покращенню фізичного стану, але й формує стійку мотивацію до ведення здорового способу життя, що є основою для гармонійного розвитку людини та її активної участі в житті суспільства.

Водночас фізична культура, оздоровча діяльність та громадське здоров'я є невід'ємними компонентами суспільного благополуччя, впливаючи на індивідуальні результати здоров'я та стійкість громади [219]. Для розкриття цієї проблематики необхідно поглибитися в теоретичне підґрунтя в галузі фізичної культури та громадського здоров'я, досліджуючи їх взаємозв'язок та обґрунтування стосовно просування.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, який не зводиться лише до відсутності хвороб чи фізичних вад. Цей підхід підкреслює цілісність поняття здоров'я, яке охоплює всі аспекти життя людини, забезпечуючи гармонійний баланс між її фізичним, емоційним і соціальним станом [219, 458, 461].

Концепція громадського здоров'я розглядається як система організованих заходів, спрямованих на захист і зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань, а також створення умов для підтримання активного та здорового способу життя. Ці заходи передбачають як колективні, так і індивідуальні дії, які сприяють запобіганню хворобам, зменшенню травматизму та інвалідності, а також продовженню тривалості активного життя.

Громадське здоров'я передбачає створення сприятливих умов для здорового способу життя через забезпечення екологічної безпеки, доступу до якісної медичної допомоги, соціальної підтримки та просвітницької роботи. Його завданням є як упровадження профілактичних програм, так і сприяння розвитку здорових соціальних та економічних умов. Головною метою є не лише збереження здоров'я окремих індивідів, але й формування здорового середовища, яке забезпечує якість життя для нинішнього та майбутніх поколінь.

Таким чином, громадське здоров'я є важливим інструментом у забезпеченні суспільного добробуту, спрямованим на створення екологічно безпечного, соціально гармонійного та економічно стабільного середовища, що сприяє здоровому розвитку людини та суспільства в цілому.

Аналіз психологічно-педагогічних джерел [5, 157] свідчить, що цінність здоров'я особистості визнана на всіх рівнях вітчизняної системи освіти як ключовий пріоритет. Здоров'я розглядається як складна й динамічна категорія, яка в сучасній науці має безліч детермінант. У педагогічній свідомості це поняття трактується широко, охоплюючи духовне, психічне, фізичне та соціальне здоров'я. Взаємодія цих складових створює здоров'я як інтегральну цінність, що забезпечує гармонійний розвиток і функціонування системи організму людини [156].

Особливу увагу привертає термін «здоров'язбереження», який у наукових працях часто використовується поряд із такими синонімічними категоріями, як «збереження здоров'я», «охорона здоров'я» та «зміцнення здоров'я». Однак, попри його широке застосування, термін «здоров'язбереження» досі не має однозначного визначення, що зумовлює потребу в його подальшому теоретичному опрацюванні та уточненні [60].

У педагогічних словниках поняття «здоров'я» визначається як «стан організму, що характеризується гармонійною взаємодією з навколишнім середовищем і відсутністю патологічних змін». Цей підхід підкреслює, що здоров'я є не лише біологічною категорією, але й має соціальний вимір. Воно

охоплює стан повного фізичного, психологічного та соціального благополуччя, слугуючи одночасно особистою та суспільною цінністю. Таке трактування акцентує увагу на значенні здоров'я для гармонійного розвитку як індивіда, так і суспільства загалом [24].

Згідно з визначенням, наведеним у психологічному словнику, здоров'я трактується як «стан гармонійного фізичного, душевного та соціального благополуччя, що не обмежується лише відсутністю хвороб чи фізичних дефектів» [130, с. 113]. Цей підхід розширює традиційне розуміння здоров'я, наголошуючи на важливості емоційної рівноваги, соціальної адаптації та здатності до активної взаємодії з оточенням.

Обидва визначення відображають багатовимірність поняття «здоров'я», яке поєднує біологічні, психічні та соціальні аспекти, підкреслюючи його ключову роль у забезпеченні якісного життя людини та стійкості суспільства.

Аналіз наукової літератури показує, що поняття «здоров'я» має широкий спектр трактувань і визначень, що, на думку Cavill N., Kahlmeier S., Racioppri F., пов'язано з його фундаментальним значенням для багатьох наукових дисциплін. Це призводить до того, що зміст терміна постійно збагачується новими смисловими відтінками, які відображають зміни у ставленні людей до власного здоров'я [219].

Водночас різноманіття трактувань поняття «здоров'я» породжує труднощі у його однозначному розумінні. Науковці зазначають, що його значення є багатограним, мінливим і позбавленим чітких меж. У сучасній науці здоров'я часто визначають як гармонійне поєднання цілісного стану організму, ключові характеристики якого можна виділити за п'ятьма основними критеріями:

- рівень фізичного розвитку;
- стан імунної системи;
- резервні можливості фізіологічних систем;
- відсутність або наявність захворювань;
- рівень морально-мотиваційних установок щодо здоров'я [63].

Таким чином, поняття здоров'я охоплює не лише фізичні параметри, але й психологічні, соціальні та етичні аспекти, що підкреслює його багатокомпонентну природу.

У сучасній науці здоров'я розглядається як феномен вагомого значення, що має системний характер і постійно змінюється під впливом різноманітних чинників. Цей багатовимірний підхід відображає інтеграцію біологічних, психологічних, соціальних та екологічних аспектів здоров'я, що взаємодіють між собою.

Польський досвід у регулюванні проблеми здоров'я на законодавчому рівні є особливо цінним для України. У Польщі діє низка законодавчих актів, що забезпечують системний підхід до здоров'язбереження та охорони здоров'я в цілому.

Основним нормативним документом є Закон «Про охорону здоров'я», який визначає правові засади функціонування системи охорони здоров'я, регулює питання фінансування, організації медичних послуг та прав пацієнтів. Він забезпечує доступність медичної допомоги та встановлює стандарти якості медичних послуг.

Значну увагу приділено профілактиці захворювань та промоції здорового способу життя через Закон «Про громадське здоров'я» (2015 р.). Цей закон встановлює рамки для реалізації національної політики у сфері громадського здоров'я та передбачає розробку Національної програми здоров'я. Програма охоплює заходи з профілактики хронічних захворювань, боротьби з тютюнопалінням, алкоголізмом, наркоманією, а також промоції фізичної активності та здорового харчування.

У сфері освіти діє Закон «Про освіту», який покладає на навчальні заклади обов'язок створювати сприятливі умови для фізичного розвитку учнів. Згідно з цим нормативним актом, школи повинні впроваджувати спеціалізовані програми, спрямовані на формування культури здоров'я, розвиток фізичної активності та популяризацію здорового способу життя. Такі заходи сприяють гармонійному фізичному та психосоціальному розвитку

учнів, забезпечуючи формування у них навичок, необхідних для збереження і зміцнення здоров'я.

Одним із важливих інструментів реалізації цих завдань є «Шкільна програма виховання здоров'я», яка передбачає виховання в учнів відповідального ставлення до власного здоров'я. Ця програма включає формування практичних навичок ведення здорового способу життя, профілактику захворювань, розвиток усвідомлення значення фізичної активності та здорового харчування. Її основна мета – забезпечення сталого фізичного, емоційного та соціального благополуччя дітей і молоді, а також виховання відповідальних і свідомих громадян, які цінують і піклуються про своє здоров'я.

Крім законодавства, Польща реалізує численні національні програми та стратегії, спрямовані на поліпшення здоров'я населення:

- Національна програма боротьби з раком: передбачає заходи з ранньої діагностики, лікування та реабілітації онкологічних захворювань;
- Національна програма боротьби з ожирінням: охоплює освітні кампанії, спрямовані на промоцію здорового харчування та фізичної активності;
- Національна програма здорового харчування та фізичної активності: сприяє формуванню здорових харчових звичок і популяризації спорту серед населення.

Важливим аспектом польського законодавства є міжсекторальний підхід до вирішення проблем здоров'я. Це передбачає взаємодію між різними відомствами – освіти, охорони здоров'я, спорту, соціальної політики та місцевого самоврядування. Такий підхід дозволяє більш ефективно реалізовувати програми здоров'язбереження та забезпечує комплексний вплив на формування здорового способу життя.

Також практичні результати упровадження цих законодавчих актів у Польщі передбачають зниження рівня тютюнопаління серед молоді, збільшення кількості громадян, які займаються фізичною активністю, та

поліпшення загальних показників громадського здоров'я. Польський досвід показує, що законодавче регулювання, підкріплене реальними діями та програмами, може мати значний позитивний вплив на здоров'я населення.

В українській системі освіти одним із стратегічних завдань є виховання соціально активної, фізично та психічно здорової, духовно розвиненої особистості. Досягнення цієї мети відбувається шляхом активного залучення молоді до ведення здорового способу життя, участі в діяльності, спрямованій на збереження та зміцнення здоров'я, а також через розвиток культури здоров'я як важливого елементу життєдіяльності [57, 174].

Освітні програми особливу увагу приділяють формуванню у молодого покоління усвідомлення цінності здоров'я. Вони спрямовані на підвищення обізнаності учнів і студентів щодо ролі здоров'я у забезпеченні якості життя, а також на розвиток практичних навичок, необхідних для самостійного піклування про власне фізичне та психічне благополуччя. Такі програми забезпечують інтеграцію знань про здоров'я в різні аспекти освітнього процесу, сприяючи гармонійному розвитку особистості.

Проблема здоров'я населення в Україні регулюється низкою державних законодавчих актів. Зокрема, Закон України «Про систему громадського здоров'я» визначає правові та організаційні основи функціонування системи громадського здоров'я в державі, визначає повноваження органів влади та обов'язки громадян у сфері збереження здоров'я. Закони України «Про освіту» та «Про охорону дитинства» визначають основні підходи до збереження і зміцнення здоров'я дітей та молоді, а також передбачають інтеграцію здоров'язбережувальних компонентів у навчальні програми, створення безпечних умов для навчання та виховання, забезпечення доступу до фізкультурно-оздоровчих заходів.

Стратегічні документи, такі як Державна національна програма «Діти України» (2001 р.), «Національна стратегія розвитку освіти в Україні до 2021 року» (2012 р.), Державна програма «Здорова дитина» на 2008–2017 роки, Загальнодержавна соціальна програма «Здорова нація» на 2009–2013 роки,

спрямовані на реалізацію комплексних заходів щодо поліпшення здоров'я населення, особливо дітей та молоді. Наразі триває розроблення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, яка передбачає подальше вдосконалення нормативно-правової бази, упровадження сучасних підходів до профілактики захворювань та зміцнення здоров'я громадян.

Аналіз законодавчого регулювання проблеми здоров'я населення в Україні та Польщі свідчить про важливість системного підходу до формування здорового способу життя населення. Упровадження законодавчих актів, державних програм та стратегій, орієнтованих на профілактику захворювань, промоцію фізичної активності та здорового харчування, сприяє підвищенню якості життя громадян і сталому розвитку суспільства. Досвід Польщі може бути корисним для України в удосконаленні національної системи охорони здоров'я та впровадженні ефективних здоров'язбережувальних практик.

З урахуванням вищезазначеного, одним із ключових стратегічних напрямів розвитку освітніх закладів є забезпечення умов для збереження та зміцнення здоров'я молодого покоління. Це досягається шляхом формування у молоді ціннісного ставлення до власного здоров'я, що передбачає виховання відповідальності за свій фізичний, психічний і соціальний добробут. Такий підхід є основою для гармонійного розвитку особистості, сприяє її активній соціальній інтеграції та забезпечує тривалу участь у суспільному житті.

Здоров'я молодої людини виступає однією з найважливіших і найчутливіших сфер суспільного життя. Воно нерозривно пов'язане з фундаментальними правами людини на фізичне, духовне та соціальне благополуччя. Забезпечення оптимального стану здоров'я молоді сприяє розкриттю її особистісного потенціалу, активній участі в житті громади, зміцненню соціальної стійкості суспільства і формуванню умов для сталого розвитку [62].

Формування теоретико-методичних основ здоров'язбережувальної діяльності досліджували такі науковці, як О. Андрєєва [4], В. Бобрицька [20], Ю. Бойчук [23], Р. Карпюк [69] та інші. Питання упровадження здорового

способу життя серед дітей і молоді розглядали у наукових роботах М. Гриньова [120], О. Дубогай [52], Л. Сущенко [158] тощо. Концептуальні основи формування здорового способу життя дітей і молоді розробляли О. Дубогай та інші [52].

У педагогічних словниках здоров'я трактується як «стан організму, для якого характерна гармонійна взаємодія з довкіллям і відсутність патологічних змін». Здоров'я розглядається не лише як біологічна, але й як соціальна категорія, яка охоплює стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, та визначається як особиста і суспільна цінність [458].

Згідно з визначенням, поданим у психологічному словнику, здоров'я – це «стан гармонійного фізичного, душевного і соціального благополуччя, що не зводиться лише до відсутності хвороб чи фізичних дефектів» [130 с].

Аналіз наукової літератури свідчить про багатогранність і численні трактування поняття «здоров'я». На думку Антонової З., Худякова В. [10], здоров'я є базовою категорією для багатьох наукових дисциплін, і його зміст постійно збагачується новими смисловими відтінками, які відображають еволюцію ставлення людей до свого здоров'я. Такий підхід дозволяє забезпечити комплексний і динамічний підхід до розуміння здоров'я, яке є основою розвитку як особистості, так і суспільства.

На формування здоров'я молоді впливають різноманітні чинники, які Г.В. Грибан [43] поділяє на дві основні групи. До першої групи належать об'єктивні чинники, пов'язані з організацією навчального процесу. Сюди входять такі аспекти, як навчальне навантаження, тривалість навчального дня, зумовлене розкладом, перерви між заняттями, а також стан навчальних приміщень тощо. Друга група охоплює суб'єктивні, індивідуальні характеристики студентів, такі як режим харчування, рівень рухової активності, організація вільного часу, наявність чи відсутність шкідливих звичок тощо. У реальних умовах саме суб'єктивні чинники, що відображають стиль життя молоді, значною мірою визначають їхній стан здоров'я.

Розв'язання питань здоров'я, на переконання Р. Карпюка [69], вимагає врахування цілої низки чинників, які є взаємопов'язаними і забезпечують комплексний підхід до збереження здоров'я не тільки на рівні кожної особи, а й до суспільства в цілому:

- правові чинники охоплюють розробку та упровадження законодавчих і нормативно-правових актів, які підтверджують право громадян на здоров'я та визначають механізми їх реалізації через державні, соціальні та господарські інституції;
- соціально-економічні чинники визначають форми та ступінь участі різних соціально-економічних структур у підтримці здоров'я, фінансуванні заходів з охорони здоров'я та забезпечення відповідних умов для професійної діяльності;
- освітньо-виховні чинники спрямовані на формування у громадян життєвих пріоритетів, орієнтованих на здоровий спосіб життя. Вони передбачають виховання мотивації до збереження здоров'я, навчання методам і засобам його досягнення, а також проведення інформаційно-просвітницької роботи;
- сімейні чинники формують умови для здорового способу життя та сприяють відповідальному ставленню до здоров'я кожного члена родини;
- медичні чинники передбачають оцінку стану здоров'я та надання рекомендацій щодо ведення здорового способу життя та ефективного запобігання захворювань різного ступеня;
- культурологічні чинники сприяють формуванню культури здоров'я через організацію дозвілля, популяризацію здорового способу життя, а також збереження та поширення етнічних, національних і релігійних традицій, що підтримують здоров'я;
- юридичні чинники сприяють безпеці та захисту особистості в контексті охорони здоров'я;

- екологічні чинники визначають якість навколишнього середовища, що є важливим для підтримання здорового способу життя, а також забезпечують раціональне використання природних ресурсів;

- особові чинники формують індивідуальну відповідальність за власне здоров'я, орієнтуючи людину на самостійне збереження та зміцнення здоров'я, а також підвищення мотивації до здорового способу життя [69].

Окрім чинників, що впливають на збереження здоров'я, науковці виділяють об'єктивні та суб'єктивні причини, які визначають необхідність формування здоров'язбережувальної діяльності [22, 58, 128, 152].

Об'єктивні причини здоров'язбереження [132]:

1. Погіршення екологічного стану планети є результатом тривалого негативного впливу людської діяльності на навколишнє середовище, що має серйозні наслідки для здоров'я населення. Забруднення повітря, води та ґрунтів, вирубка лісів, деградація екосистем і зміна клімату – усе це є безпосереднім наслідком індустріалізації, урбанізації та безвідповідального природокористування. Ці екологічні проблеми спричиняють зростання захворювань серед населення, зокрема респіраторних і серцево-судинних хвороб, алергій, онкологічних захворювань, а також порушень імунної системи. Погіршення якості питної води та харчових продуктів призводить до поширення інфекційних і хронічних хвороб. Крім того, зміни клімату сприяють появі нових ризиків, таких як розповсюдження тропічних хвороб у нетипових для них регіонах. Таким чином, екологічна деградація планети є одним із найсерйозніших викликів сучасності, що вимагає негайного впровадження заходів для захисту довкілля, стабілізації екосистем і збереження здоров'я населення як на національному, так і на глобальному рівнях.

2. Соціально-економічні зміни пов'язані з процесами трансформації суспільного та економічного життя, які нерідко супроводжуються нестабільністю, що значно впливає на добробут населення. Такі зміни можуть передбачати реформи в системах управління, трансформації економічної

структури, урбанізацію, зміни ринку праці та перерозподіл соціальних ресурсів. Нестабільність, що виникає внаслідок цих перетворень, часто призводить до зростання соціальної нерівності, втрати економічної безпеки та зниження рівня життя багатьох верств населення. Погіршення доступу до соціальних послуг, скорочення робочих місць, інфляція, а також зниження купівельної спроможності населення створюють додатковий стресовий вплив, який позначається як на фізичному, так і на психічному здоров'ї людей. Крім того, соціально-економічні зміни можуть сприяти розшаруванню суспільства, послабленню соціальної згуртованості та формуванню відчуття невизначеності щодо майбутнього. Такі обставини зумовлюють зростання соціального напруження, що потребує відповідної політики держави для підтримки стабільності та створення умов, які сприяють покращенню добробуту населення. Таким чином, соціально-економічні зміни, попри їхній потенційно позитивний вплив у довгостроковій перспективі, потребують зваженого підходу та комплексного регулювання, щоб мінімізувати їхні негативні наслідки для суспільства.

3. Неєфективна стратегія системи охорони здоров'я виявляється у неспроможності наявної моделі охорони здоров'я відповідати сучасним потребам у профілактиці та лікуванні. Основними проблемами є обмежений доступ до якісних медичних послуг, недостатнє фінансування галузі, нерівномірний розподіл ресурсів між регіонами, а також недосконалість профілактичних програм і відсутність комплексного підходу до охорони здоров'я. Система охорони здоров'я здебільшого орієнтована на лікування вже наявних захворювань, залишаючи без належної уваги профілактичну діяльність. Це спричиняє зростання хронічних і неінфекційних захворювань, яких можна було б запобігти за умови своєчасного втручання. Крім того, існуючі моделі часто не враховують сучасних викликів, таких як зміна структури захворювань, старіння населення, зростання психічних розладів і вплив соціальних детермінант на здоров'я. Неєфективність стратегій також виявляється у відсутності координації між різними рівнями медичних послуг,

низькому рівні упровадження цифрових технологій, а також слабкій інтеграції науки і практики. Це обмежує можливість оперативного реагування на нові виклики та використання сучасних методів діагностики й лікування. Для подолання цих проблем необхідно здійснити реформування системи охорони здоров'я з акцентом на профілактику, розвиток інфраструктури, підвищення доступності послуг і упровадження інноваційних технологій. Такий підхід дозволить ефективніше задовольняти потреби населення, підвищувати рівень здоров'я і забезпечувати сталий розвиток суспільства.

4. Незадовільний стан здоров'я населення є одним із найсерйозніших викликів сучасного суспільства. Він характеризується зростанням кількості хронічних захворювань, підвищенням рівня смертності та зменшенням тривалості активного життя. Ці тенденції значною мірою пов'язані з низкою соціальних, економічних, екологічних і поведінкових факторів. Збільшення хронічних захворювань, таких як серцево-судинні, онкологічні, метаболічні розлади, а також психічні захворювання, є результатом недостатньої профілактики, низької фізичної активності, нездорового харчування, стресів і несприятливих умов праці. Нездоровий спосіб життя, зокрема куріння, зловживання алкоголем і недостатня увага до профілактичних медичних оглядів, також значною мірою впливає на поширення цих захворювань. Зростання рівня смертності пов'язане з пізньою діагностикою та низькою ефективністю лікування, що є наслідком недостатнього фінансування охорони здоров'я, нерівного доступу до медичних послуг і відсутності систематичного підходу до профілактики захворювань. Ці проблеми поглиблюються через екологічні ризики, урбанізацію та старіння населення, які створюють додатковий тиск на систему охорони здоров'я. Зниження тривалості активного життя обмежує здатність людей до продуктивної праці, негативно впливає на економічний розвиток і посилює соціальне навантаження. Це особливо актуально в умовах сучасних демографічних змін, коли старіння населення вимагає збереження працездатності якомога довше. Для поліпшення стану здоров'я населення необхідно впроваджувати комплексний підхід,

орієнтований на профілактику захворювань, розвиток здорового способу життя, поліпшення доступу до якісних медичних послуг та посилення ролі громадського здоров'я. Ці заходи сприятимуть збільшенню тривалості активного життя, зменшенню смертності та покращенню загального добробуту суспільства.

5. Наслідки науково-технічного прогресу мають неоднозначний вплив на суспільство, серед яких виділяються техногенні катастрофи, надмірна урбанізація та зміна системи цінностей через домінування технократичних пріоритетів. Техногенні катастрофи, спричинені розвитком технологій, створюють значні загрози для здоров'я людей і стану навколишнього середовища. Забруднення повітря, води, ґрунтів, а також аварії на промислових об'єктах впливають на екосистеми, завдаючи шкоди фізичному та психічному здоров'ю населення. Надмірна урбанізація, яка є результатом інтенсивного технічного розвитку, супроводжується зростанням густоти населення у великих містах, що часто призводить до погіршення житлових умов, забруднення середовища, підвищення рівня шуму та зниження доступності природних ресурсів. Усі ці чинники сприяють посиленню соціальної нерівності та виникненню стресових ситуацій [251]. Витіснення моральних цінностей технократичними пріоритетами спричиняє зміну світоглядних орієнтирів суспільства. Фокус на технологічних досягненнях часто знижує значення етичних норм, людяності та духовності. Це впливає на характер міжособистісних відносин, зменшуючи значення емпатії та соціальної згуртованості. Таким чином, науково-технічний прогрес, попри свої безперечні переваги, вимагає зваженого підходу для мінімізації його негативних наслідків та збереження гармонії між технічним розвитком, соціальними потребами й моральними цінностями.

6. Вплив масової культури є одним із чинників, який значною мірою впливає на формування світогляду, поведінкових моделей та ціннісних орієнтирів молоді. Засилля іноземної масової культури, поширюваної через засоби масової інформації, часто має негативний контент, зокрема сцени

насильства, агресії та самознищення, що створює суттєві ризики для розвитку молодого покоління. Трансляція насильства та агресії через кінофільми, серіали, комп'ютерні ігри та соціальні медіа може призводити до нормалізації деструктивної поведінки серед молоді. Молоді люди, які часто стикаються з таким контентом, можуть сприймати насильство як допустиму форму вирішення конфліктів, що послаблює їхню здатність до конструктивної соціальної взаємодії та емпатії. Крім того, зображення самознищення, такого як вживання психоактивних речовин, самопошкодження чи суїцидальні мотиви, створює ризики формування негативних моделей поведінки, особливо серед вразливих груп молоді. Підсилена емоційна привабливість такого контенту може провокувати наслідування, підвищуючи рівень психічних розладів і соціальної дезадаптації. Важливим аспектом є також відчуження від національної культури, яке може виникати через домінування іноземної масової культури. Це загрожує втратою культурної ідентичності, знеціненням традиційних цінностей і послабленням моральних орієнтирів у молоді. Для мінімізації негативного впливу масової культури необхідно вживати заходів, спрямованих на популяризацію якісного культурного контенту, що базується на позитивних морально-етичних цінностях. Важливо впроваджувати просвітницькі програми, які формують критичне мислення та здатність молоді до свідомого сприйняття інформації. Крім того, потрібно стимулювати розвиток національної культури, яка підтримуватиме духовний розвиток, моральні принципи та соціальну згуртованість молодого покоління.

7. Інтенсивний ритм життя, характерний для сучасного суспільства, значно впливає на фізичний і психічний стан людей. Постійний поспіх, високий рівень конкуренції, необхідність одночасно виконувати численні завдання та адаптуватися до швидких змін створюють передумови для виникнення стресу, перевтоми та хронічної втоми, які стали типовими «хворобами ХХІ століття». Стрес є одним із найпоширеніших наслідків інтенсивного ритму життя. Постійна напруга через робочі обов'язки, соціальні виклики, сімейні та фінансові проблеми призводить до перевантаження

нервової системи. Це може викликати тривожність, емоційне виснаження, зниження концентрації та мотивації, а також стати причиною серйозних психічних і фізичних розладів. Перевтома виникає через недостатність часу для відпочинку та відновлення організму. Порушення балансу між роботою та особистим життям, нехтування сном, неправильне харчування та недостатня фізична активність посилюють цей стан, що негативно впливає на продуктивність і загальну якість життя. Хронічна втома, яка часто є наслідком тривалого стресу та перевтоми, перетворилася на глобальну проблему. Цей стан характеризується тривалим відчуттям слабкості, фізичного й психічного виснаження, яке не минає навіть після відпочинку. Хронічна втома асоціюється з розвитком серцево-судинних, метаболічних і психосоматичних захворювань, що знижують тривалість і якість життя. Для боротьби з негативними наслідками інтенсивного ритму життя необхідно впроваджувати програми управління стресом, формувати навички тайм-менеджменту та сприяти усвідомленому підходу до роботи й відпочинку. Важливими є також популяризація здорового способу життя, що передбачає регулярну фізичну активність, збалансоване харчування, підтримку соціальних контактів і адекватний сон. Такий підхід дозволить зменшити вплив стресу, перевтоми та хронічної втоми, забезпечуючи гармонійний розвиток особистості й поліпшення загального рівня здоров'я.

8. Якість харчування є важливим чинником, який безпосередньо впливає на стан здоров'я населення. Однак у сучасному світі недостатній контроль за якістю продуктів харчування стає серйозною проблемою, що зумовлює зростання ризиків розвитку численних захворювань. Низька якість харчових продуктів часто пов'язана з використанням хімічних добавок, пестицидів, консервантів, барвників та інших шкідливих речовин, які можуть негативно впливати на організм. Крім того, недотримання санітарно-гігієнічних норм при виробництві, зберіганні та транспортуванні харчових продуктів підвищує ризик контамінації патогенними мікроорганізмами. Це може призводити до харчових отруєнь, алергійних реакцій, розладів травної

системи та навіть розвитку хронічних захворювань. Нестача належного контролю за якістю харчових продуктів також сприяє дефіциту важливих поживних речовин у раціоні населення. Неповноцінне харчування, яке не забезпечує організм необхідними вітамінами, мінералами та мікроелементами, спричиняє зниження імунітету, погіршення фізичного та психічного стану, а також збільшує ризик розвитку серцево-судинних, метаболічних і інших хронічних захворювань. Для поліпшення ситуації необхідно впроваджувати більш жорсткі стандарти контролю якості харчових продуктів на всіх етапах виробництва та обігу. Також важливо підвищувати рівень обізнаності населення щодо вибору якісних і корисних продуктів харчування. Заохочення до здорового харчування, підтримка місцевих виробників, які дотримуються екологічних і етичних стандартів, а також розвиток системи маркування харчових продуктів можуть суттєво знизити ризики, пов'язані з низькою якістю харчування, та сприяти покращенню здоров'я населення.

9. Низький рівень освітньої культури, зокрема недостатність знань про здоровий спосіб життя та профілактику захворювань, є вагомою перешкодою на шляху до збереження та зміцнення здоров'я населення. Недостатність обізнаності щодо основних принципів гігієни, раціонального харчування, фізичної активності та запобігання хворобам призводить до формування нездорових звичок, які суттєво впливають на якість життя. Нестача інформації про профілактичні заходи, таких як вакцинація, регулярні медичні огляди, моніторинг стану здоров'я та рання діагностика захворювань, сприяє зростанню ризику розвитку хронічних і інфекційних хвороб. Крім того, низький рівень освітньої культури заважає людям усвідомлено оцінювати ризики, пов'язані з нездоровим способом життя, зокрема й куріння, зловживання алкоголем, недостатню фізичну активність та нерегулярне харчування. Незнання основ здорового способу життя також обмежує здатність людей адаптуватися до сучасних умов, що характеризуються високим рівнем стресу, екологічними викликами та інтенсивним ритмом життя. Це ускладнює формування навичок самостійного піклування про своє

фізичне та психічне благополуччя. Підвищення рівня освітньої культури в галузі здоров'я є важливим завданням, яке потребує комплексного підходу. Збільшення рівня освітньої культури сприятиме формуванню свідомого ставлення до здоров'я, зменшенню рівня захворюваності та покращенню якості життя населення загалом.

10. Ігнорування проблем здоров'я у навчальних технологіях є серйозною проблемою, що полягає у зміщенні акценту освітніх підходів з інтегрованого розвитку особистості на виключно інтелектуальне зростання дітей та молоді. Це призводить до нехтування важливістю фізичного, психічного та соціального благополуччя учнів, яке є невід'ємною складовою гармонійного розвитку. Заміна здоров'ятворчої філософії освіти, орієнтована лише на інтелектуальні досягнення, зумовлює зростання навчального навантаження, тривалі години сидячої роботи, недостатню фізичну активність, а також хронічний стрес через надмірні очікування та вимоги. Такий підхід може спричинити розвиток хронічної втоми, порушень постави, зору, а також погіршення психоемоційного стану учнів. Ігнорування проблем здоров'я у навчальних технологіях також впливає на нестачу в дітей і молоді знань та навичок, необхідних для збереження власного здоров'я. Нестача уваги до формування здорових звичок, раціонального режиму праці та відпочинку, правил гігієни й основ фізичної активності призводить до незбалансованого розвитку особистості та погіршення якості життя. Для подолання цієї проблеми необхідно впроваджувати здоров'ятворчі освітні технології, які інтегрують фізичне, психічне та соціальне здоров'я у структуру навчального процесу. Таким чином, повернення до гармонійного підходу, який враховує як інтелектуальний, так і фізичний розвиток дітей і молоді, сприятиме створенню умов для здорового та успішного становлення особистості. Це забезпечить не лише академічні досягнення, але й загальне благополуччя майбутніх поколінь.

11. Війна є одним із найбільш руйнівних чинників, що створюють масштабні виклики для здоров'я населення, зумовлюючи необхідність реалізації стратегій здоров'язбереження. Воєнні конфлікти спричиняють

багатовимірні наслідки, які охоплюють фізичну, психічну, соціальну та економічну сфери життя. Руйнування медичної інфраструктури, нестача медикаментів і обмежений доступ до медичних послуг суттєво ускладнюють лікування поранених і хворих. Поширення інфекційних захворювань та загострення хронічних хвороб стають наслідком погіршення санітарно-гігієнічних умов, недостатність питної води й продовольства. Психологічні наслідки війни є не менш важливими. Посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожність та інші психічні розлади вражають як військових, так і цивільне населення. Масові переселення через бойові дії створюють додатковий тиск на соціальні системи, погіршуючи доступ до медичних і соціальних послуг для переселенців. Економічна нестабільність, спричинена війною, погіршує рівень життя, зменшує доступність ресурсів для здоров'язбереження та ускладнює реалізацію профілактичних програм.

Суб'єктивні причини формування здорового способу життя визначаються внутрішніми чинниками, які впливають на поведінку людини, її ставлення до власного здоров'я та спосіб життя. Основні з них охоплюють:

1. Незадовільний спосіб життя. Зниження фізичної активності (гіподинамія), нераціональне харчування, порушення режиму праці та відпочинку є ключовими чинниками, що негативно впливають на здоров'я. Недостатня рухова активність знижує фізичну витривалість, викликає порушення обміну речовин і сприяє розвитку хронічних захворювань. Неякісний раціон та нерегульований розпорядок дня призводять до виснаження організму і підвищення ризику захворювань.

2. Негативні емоції. Такі почуття, як роздратування, агресія, заздрість або ненависть, спричиняють хронічний стрес, який впливає на психічний стан та фізичне благополуччя людини. Постійний емоційний дискомфорт знижує стійкість до захворювань, зумовлює розвиток тривожних розладів, депресії та інших психосоматичних станів.

3. Духовне зубожіння. Втрата загальнолюдських цінностей, життєвих ідеалів та мотивації до самовдосконалення знижує здатність людини

орієнтуватися на позитивні моделі поведінки. Нестача духовних орієнтирів сприяє зневажливому ставленню до власного здоров'я та недооцінці його значення для повноцінного життя.

4. Шкідливі звички. Поширення куріння, вживання алкоголю, наркотичних речовин та нерозбірливість у статевих стосунках значно підривають як фізичне, так і психічне здоров'я. Ці звички не лише погіршують якість життя, але й часто спричиняють тяжкі захворювання, зокрема онкологічні, серцево-судинні та інфекційні хвороби.

Для подолання цих суб'єктивних причин необхідно впроваджувати просвітницькі програми, спрямовані на формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я, розвиток культури здорового способу життя та виховання внутрішньої мотивації до позитивних змін. Особливу увагу потрібно приділяти роботі з молоддю, щоб закладати основи здорових звичок та позитивних цінностей з раннього віку.

Таким чином об'єктивні та суб'єктивні причини свідчать про необхідність комплексного підходу до формування здорового способу життя, який охоплює просвітницьку роботу, підвищення відповідальності кожної особистості за власне здоров'я, розробку ефективних стратегій профілактики та вдосконалення системи охорони здоров'я. Це дозволить мінімізувати негативні впливи і створити сприятливі умови для зміцнення та збереження здоров'я населення.

Низка науковців [30, 65, 254] впевнені, що для формування оздоровчої життєвої позиції особистості необхідно створити умови для стійкої мотивації, розвитку навичок прийняття оздоровчих рішень, забезпечення наявності позитивного прикладу для наслідування та надання психологічної підтримки, яка стимулює здоров'язбережувальну діяльність.

У контексті цілісної системи виховних цінностей особливої важливості набувають такі концепти: напрям на повноцінне та гармонійне життя; прагнення до фізичного, психологічного, духовного й соціального самовдосконалення; а також усвідомлення життєвої мети, що полягає у

збереженні здоров'я, вибудові власного життєвого шляху крізь призму здоров'язбереження. У зв'язку з цим постає потреба у глибшому розумінні сутності поняття «здоров'язбереження».

На відміну від багатьох наукових досліджень у сфері здоров'язбереження, які акцентують увагу на окремих характеристиках особистості педагога, специфіці його професійної діяльності чи педагогічній техніці, у дослідженні В.І. Бобрицької [20] особливий акцент зроблено на впливі цілісного образу педагога, сформованого через його імідж. Автор визначає імідж як комплексний образ, що охоплює систему внутрішніх, зовнішніх і процесуальних компонентів, які проявляються через індивідуальний стиль діяльності вчителя. Це виражається через фізичний стан, мовлення, виразність рухів, міміку, а також естетичне оформлення (одяг, зачіску, макіяж та інші елементи зовнішності) у поєднанні з предметно-просторовим середовищем, у якому здійснюється професійна діяльність учителя.

Цей підхід є надзвичайно важливим для формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх учителів початкової школи. Імідж педагога та його здоров'язбережувальна компетентність забезпечують позитивний образ учителя, який сприяє створенню психологічного комфорту для всіх учасників освітнього процесу. Врешті-решт це позитивно впливає на здоров'я учнів, що є центральним аспектом здоров'язбережувальної педагогіки – педагогічної системи, у якій здоров'я кожного школяра є найвищою цінністю. Такий підхід формує освітньо-виховний процес, орієнтований на зміцнення та збереження здоров'я, створюючи сприятливе середовище для гармонійного розвитку особистості.

Фізична культура є багатовимірним явищем, яке охоплює цінності, переконання, практики та інститути, що стосуються фізичної активності, вправ і спорту в суспільстві. Її головна сутність полягає в акцентуванні уваги на важливості руху, активного відпочинку та тілесної діяльності як основи для загального благополуччя особистості. У науковому обґрунтуванні фізичної

культури важливу роль відіграють такі концептуальні підходи, як біопсихосоціальна модель здоров'я, соціальна когнітивна теорія та теорія самовизначення. Вони забезпечують системне розуміння значення фізичної культури та її впливу на життя людини [329].

Біопсихосоціальна модель здоров'я акцентується на тому, що результати для здоров'я є наслідком комплексної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. З цієї перспективи фізична активність не тільки покращує фізичний стан, а й позитивно впливає на психічне здоров'я, сприяє формуванню соціальних зв'язків і підвищує загальну якість життя. Таким чином, фізична культура розглядається як інструмент інтегрованого підходу до підтримання та зміцнення здоров'я.

Соціальна когнітивна теорія підкреслює важливість навчання через спостереження, формування самоефективності та впливу середовища на поведінку людини. Зокрема, можливість моделювання здорової поведінки та її спостереження у фізичній культурі створює сприятливі умови для закріплення стійких звичок, пов'язаних зі здоровим способом життя. Ця теорія також наголошує на необхідності створення такого середовища, яке заохочує формування здорової поведінки [63].

Теорія самовизначення виділяє внутрішню мотивацію, автономію та відчуття компетентності як ключові чинники, що впливають на поведінку людини. У контексті фізичної культури це означає створення умов, які дозволяють людині обирати активності, що відповідають її інтересам і цінностям, сприяючи підвищенню рівня мотивації до занять фізичною активністю. Завдяки стимулюванню автономії та досягненню почуття майстерності, фізична культура формує відповідальність особистості за власне здоров'я, що веде до довгострокових позитивних змін [320].

За даними Ю. Павлової [400], оздоровча діяльність також охоплює широкий спектр дій, спрямованих на зміцнення здоров'я, профілактику захворювань і підвищення якості життя. Її теоретичне обґрунтування спирається на такі концептуальні підходи, як соціоекологічна модель, модель

переконань у здоров'ї та транстеоретична модель. Соціоекологічна модель розглядає здоров'я як результат взаємодії індивідуальних, міжособистісних, суспільних і громадських чинників. Вона наголошує на важливості багаторівневих втручань, які охоплюють як індивідуальну поведінку, так і соціальне середовище, у якому вона формується. Звернення до соціальних норм, доступу до ресурсів і характеристик середовища дозволяє оздоровчим заходам сприяти вирівнюванню можливостей у сфері охорони здоров'я та зменшенню нерівності.

Модель переконань у здоров'ї пояснює поведінку людей через усвідомлення сприйнятливості до ризиків, серйозності наслідків, переваг і бар'єрів. Ця модель наголошує, що збільшення обізнаності про переваги здорового способу життя та зменшення перешкод є ключовими чинниками для зміни поведінки. Крім того, підвищення самоефективності допомагає людям активніше діяти для поліпшення власного здоров'я [400].

Транстеоретична модель, відома як модель стадій змін, розглядає зміну поведінки як поступовий процес, що включає етапи передроздумів, роздумів, підготовки, дій і підтримання змін. Використання цієї моделі в оздоровчій діяльності дозволяє адаптувати заходи готовності людини до змін, що робить їх більш ефективними та підтримує сталий результат [198].

Таким чином, фізична культура та оздоровча діяльність є взаємопов'язаними елементами, що ґрунтуються на наукових теоретичних засадах. Їх інтеграція у практичну діяльність сприяє створенню умов для зміцнення та збереження здоров'я людини, формування гармонійного способу життя та забезпечення довгострокового благополуччя.

Громадське здоров'я передбачає заходи, спрямовані на збереження та поліпшення здоров'я населення через організовані дії та прийняття обґрунтованих рішень. Теоретичні підходи, такі як концепція соціальних детермінант здоров'я, теорія екологічних систем і принцип «здоров'я у всіх політиках», надають наукове підґрунтя для реалізації ефективних заходів у сфері охорони здоров'я.

Соціальні детермінанти здоров'я підкреслюють вирішальний вплив соціальних, економічних і екологічних чинників на стан здоров'я населення. Освіта, нерівність доходів, доступ до медичних послуг і якість навколишнього середовища є ключовими аспектами, які формують результати у сфері охорони здоров'я. Введення в дію політики, спрямованої на зменшення соціальної нерівності, сприяє соціальній справедливості та створює умови, які дозволяють кожній людині певною мірою реалізувати свої можливості у сфері здоров'я. Ініціативи такого плану здатні забезпечити далекосяжні позитивні зміни у здоров'ї населення.

Теорія екологічних систем акцентує увагу на динамічній взаємодії між людиною та її середовищем на різних рівнях, таких як мікросистема, мезосистема, екзосистема і макросистема. Заходи, що охоплюють ці рівні, передбачають зміну індивідуальної поведінки, мобілізацію громад і розробку політики, орієнтованої на зміцнення та збереження здоров'я. Розуміння складних взаємозв'язків між різноманітними чинниками, що впливають на результати у сфері охорони здоров'я, дає можливість ініціативам громадського здоров'я розробляти комплексні стратегії. Вони можуть бути спрямовані на усунення фундаментальних причин нерівності у стані здоров'я, водночас сприяючи рівності та справедливості у доступі до охорони здоров'я.

Підхід «Здоров'я в усіх політиках» наголошує на необхідності інтеграції питань охорони здоров'я у процес ухвалення рішень у різних секторах державного управління. Цей підхід визнає тісний взаємозв'язок між охороною здоров'я та іншими сферами політики, такими як транспорт, житло та освіта. Завдяки міжсекторній співпраці та реалізації політик, які надають пріоритет здоров'ю, створюються сприятливі умови для зміцнення здоров'я населення. Такий підхід дозволяє використовувати різноманітні ресурси та досвід для досягнення позитивних результатів у сфері громадського здоров'я.

Отже, теоретичні основи фізичної культури, оздоровчих заходів і ініціатив у сфері охорони здоров'я засвідчують їхній потенціал у покращенні індивідуальних і колективних показників здоров'я, підвищенні якості життя та

гарантування соціальної справедливості. Використання різних теоретичних моделей, таких як біопсихосоціальна модель здоров'я, соціальна когнітивна теорія, соціоекологічна модель і підхід «Здоров'я в усіх політиках», дозволяє розробляти науково обґрунтовані втручання. Ці підходи спрямовані на подолання основних детермінант здоров'я та створення сприятливого середовища для зміни поведінки, орієнтованої на здоровий спосіб життя.

У майбутньому необхідно приділяти першочергову увагу інвестиціям у розвиток фізичної культури, оздоровчих заходів і ініціатив у сфері охорони здоров'я, що сприятиме побудові більш здорових і стійких громад, забезпечуючи довготривале благополуччя для всіх верств населення.

Питання здоров'язбереження неможливо розглядати без визначення основних термінів і понять. У науковій літературі існує численна кількість визначень поняття «здоров'я», які варіюються за змістом, структурою та підходами до його трактування.

Здоров'я визначається як стан організму, що характеризується збалансованістю з навколишнім середовищем та відсутністю захворювань. Воно є результатом взаємодії багатьох факторів, серед яких виділяють біологічні та соціальні. Основними рисами здоров'я вважаються: здатність до ефективної трудової діяльності, оптимальне виконання життєвих функцій, висока працездатність, а також здатність до відновлення фізичного, духовного і соціального стану організму [60].

Здоров'я є ключовою цінністю не лише для кожної окремої людини, а й для суспільства загалом. Якість життя особистості безпосередньо залежить від стану її здоров'я, що визначає рівень використання психофізіологічного потенціалу. Усі аспекти людського життя значною мірою залежать від стану здоров'я [82, 189, 421].

Поняття «здоров'я» є багатовимірним й охоплює різноманітні підходи до його трактування. У фізіологічному аспекті здоров'я розглядається як якісний стан організму, що забезпечується нормальним функціонуванням фізіологічних процесів, які підтримують оптимальну життєдіяльність. З точки

зору філософії здоров'я визначається як гармонійне поєднання фізичних і духовних якостей людини, що забезпечує баланс між внутрішнім станом та зовнішнім середовищем.

Загальноприйняте визначення здоров'я запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я – це стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад» [461, с. 1]. Ця концепція передбачає також можливість повноцінної активної діяльності, праці та соціальної взаємодії, що є важливими критеріями здоров'я.

Використання терміна «здоров'я» стосовно соціальних груп набуває додаткових соціальних характеристик. У цьому випадку здоров'я взаємопов'язане з суспільством як середовищем, що впливає на його формування та підтримку. Таким чином, поняття «здоров'я» охоплює не лише індивідуальні аспекти, але й соціальні детермінанти, які визначають його як важливу складову загального добробуту суспільства.

Отже, здоров'я як соціальне явище відіграє багатогранну роль, як інтегральний показник, що відображає різноманітні соціальні проблеми та процеси в суспільстві. Воно є умовою забезпечення життєздатності не лише окремих індивідів чи соціальних груп, але й суспільства в цілому. Життєвість суспільства можлива за умов стабільного біологічного та соціального відтворення, створення можливостей для соціалізації особистості. У цьому процесі важливу роль відіграє поєднання фізичного, психічного та морального здоров'я, які формують основу для гармонійного розвитку як окремої людини, так і населення в цілому.

Сучасна концепція здоров'я передбачає його розгляд як багатовимірного явища, що включає три основні складники: фізичну, психологічну та поведінкову. Кожна з них має свої особливості та робить унікальний внесок у забезпечення загального стану здоров'я [460].

Фізичне здоров'я містить у собі рівень росту та розвитку органів і систем організму, а також їхній функціональний стан. Воно визначається як здатність

організму забезпечувати нормальну життєдіяльність через морфофункціональні зміни, які дозволяють адаптуватися до зовнішніх умов. Цей аспект охоплює показники фізичної працездатності, резервні можливості організму, здатність до самовідновлення, а також підтримання гомеостазу. Фізичне здоров'я є базовою складовою загального благополуччя, адже саме на ньому ґрунтується здатність людини до ефективної діяльності, витривалості та опору негативним зовнішнім впливам.

Психологічне здоров'я відображає стан психічної сфери особистості та охоплює мотиваційні, емоційні, когнітивні, моральні й духовні аспекти. Його основу становлять емоційний комфорт, розумова працездатність та здатність до адекватної поведінки. Психологічно здорова людина здатна адаптуватися до різноманітних ситуацій та ефективно взаємодіяти з іншими, долати стресові чинники та підтримувати позитивний настрій. Крім того, цей компонент передбачає здатність до саморефлексії, самооцінки та формування гармонійних стосунків із соціальним і природним середовищем.

Поведінковий компонент стосується зовнішніх проявів стану людини, які відображають її здатність до ефективної соціальної взаємодії. Це вміння адекватно реагувати на життєві виклики, підтримувати міжособистісні стосунки, демонструвати активну життєву позицію або, навпаки, пасивність чи агресію. Особливе значення тут має здатність людини до самодисципліни, адаптації в соціумі, а також побудова конструктивних стратегій у спілкуванні з іншими.

Здоров'я поділяють на три ключові види: фізичне, психічне та моральне (або соціальне). Фізичне здоров'я визначається як природний стан організму, за якого всі органи і системи функціонують нормально, без патологій. Воно є основою для фізичної активності, витривалості та стійкості до зовнішніх впливів. Якщо фізичний стан організму стабільний, це свідчить про злагоджену роботу всіх фізіологічних систем. Психічне здоров'я охоплює емоційне, психологічне та соціальне благополуччя людини. Воно передбачає не тільки відсутність психічних розладів, але й гармонійні стосунки з

навколишнім світом, здатність долати стреси, підтримувати позитивний погляд на життя та розвивати здорові взаємини з іншими людьми. Психічно здорова людина володіє високим рівнем самооцінки, внутрішньою стабільністю та здатністю до самореалізації. Моральне здоров'я ґрунтується на етичних цінностях і переконаннях людини. Воно відображає рівень її особистісного розвитку, здатність до гармонійної взаємодії із соціальним середовищем. Моральне здоров'я забезпечує внутрішню рівновагу, формує суспільно значущу поведінку та визначає соціальну гармонію.

На здоров'я людини впливають численні чинники, зокрема генетичні особливості, екологічні умови, рівень медичного обслуговування, спосіб життя та соціально-економічне середовище. Одним із найважливіших чинників є спосіб життя, який передбачає харчування, фізичну активність, режим праці та відпочинку. Доведено, що саме спосіб життя має найбільший вплив на загальний стан здоров'я, оскільки він формується як результат свідомого вибору людини [121].

З огляду на це, основним завданням збереження та зміцнення здоров'я є популяризація здорового способу життя. Що охоплює просвітницьку роботу, формування навичок самостійного піклування про своє здоров'я, створення сприятливих умов для фізичної активності та підтримку позитивних соціальних зв'язків. Лише системний підхід, який враховує всі аспекти здоров'я, дозволяє забезпечити гармонійний розвиток особистості та зміцнення добробуту цілого суспільства.

Здоровий спосіб життя є комплексом дій та звичок, спрямованих на покращення, збереження та підтримання здоров'я людини. Його концепція передбачає низку основних складових, серед яких дотримання раціонального співвідношення роботи та відпочинку, відмова від шкідливих звичок, раціональне харчування, дотримання правил особистої гігієни, підтримання достатнього фізичного навантаження, систематичне загартування організму, а також розвиток культури профілактики захворювань через самоспостереження за власним станом здоров'я. Ці елементи формують фундамент здорового

способу життя, спрямовуючи людину на гармонійний розвиток та активне довголіття.

Формування цілей здорового способу життя базується на двох основних підходах, які відображають різні концепції ефективності його популяризації та упровадження [158, 319].

Перший підхід передбачає стандартизацію поведінкових моделей, які вважаються оптимальними для всіх. Цей підхід зосереджений на досягненні єдиної норми поведінки, яку визначають як правильну. До таких норм належать відмова від шкідливих звичок, збільшення рівня фізичної активності, обмеження споживання нездорової їжі, підтримання оптимальної маси тіла та інших стандартів здорової поведінки. Ефективність цього підходу вимірюється через кількість людей, які дотримуються запропонованих норм, що робить його орієнтованим на масове поширення уніфікованих моделей здорового способу життя.

Інший підхід орієнтований на індивідуалізацію поведінки та врахування особистих потреб і можливостей людини. У цьому контексті здоровим стилем життя вважається той, який сприяє досягненню бажаної тривалості та якості життя кожної окремої особистості. Основний акцент робиться не лише на зміні поведінки, а на реальному покращенні стану здоров'я. Для реалізації цього підходу розроблено методології, які дозволяють людині самостійно оцінювати свій стан здоров'я за допомогою індексів здоров'я та визначати, яка поведінка є для неї оптимальною. Таким чином, другий підхід забезпечує більш гнучку та персоналізовану систему формування здорового способу життя, орієнтовану на ефективність з погляду обсягу збереженого та покращеного здоров'я.

Формування здорового способу життя є також важливою складовою поліпшення умов життя та побуту. У цьому контексті валеологічна підготовка відіграє значну роль, забезпечуючи людину необхідними знаннями та вміннями. Вона передбачає вивчення будови та функцій власного тіла, розвиток гігієнічних навичок, усвідомлення факторів ризику для здоров'я та

навчання методам їхнього уникнення. Крім того, валеологічна підготовка сприяє практичному застосуванню засобів і методів, що забезпечують збереження здоров'я на високому рівні [11, 38, 120].

Організація здорового способу життя має враховувати низку чинників, які впливають на вибір людини на користь здорової поведінки. По-перше, це індивідуальні типологічні спадкові особливості, які визначають фізіологічні можливості організму. По-друге, значний вплив мають соціальні та соціально-економічні умови, зокрема доступ до медичних послуг, рівень освіти, якість харчування та екологічну ситуацію. По-третє, важливими є конкретні життєві обставини, такі як умови професійної діяльності та життєвий контекст, у якому людина перебуває. Нарешті, особистісні та мотиваційні чинники, зокрема світогляд, культура, рівень освіченості та орієнтація на здоров'я, значною мірою впливають на ставлення людини до збереження власного здоров'я.

Так, здоровий спосіб життя є багатогранною системою, що інтегрує біологічні, соціальні, економічні та особистісні чинники. Його формування потребує врахування індивідуальних потреб, особливостей навколишнього середовища та культури особистості, створюючи умови для гармонійного розвитку та збереження здоров'я як фундаментальної цінності життя.

Термін «здоров'язбереження» є ширшим і багатограннішим поняттям порівняно зі «здоровим способом життя» й охоплює низку аспектів, що стосуються індивідуального і суспільного здоров'я. Таким чином до ключових складових здоров'язбереження належать:

- культура планування сім'ї, яка має значний вплив на здоров'я майбутніх поколінь і формує основи для гармонійного розвитку суспільства;
- гігієнічна та фізична культура, що передбачає такі елементи, як фізична активність, фізична культура і спорт, раціональне харчування, організація праці та відпочинку, а також загальні гігієнічні практики;
- психогігієнічна культура, яка спрямована на захист особистості від негативних інтелектуальних і емоційних факторів, що виникають у суспільстві;

- духовна культура необхідна для психосоціального розвитку особистості, яка формує цінності, моральні орієнтири та внутрішню гармонію;
- культура виховання молоді, орієнтована на формування здорового способу життя та виховання відповідального ставлення до власного здоров'я;
- соціальна культура здоров'я, яка відображає ефективність соціальної політики держави, акцентує увагу на громадському здоров'ї як першочерговому пріоритеті суспільного добробуту і якості життя кожного члена суспільства;
- індивідуальна культура, що розвиває у людини розуміння здоров'я як особистої цінності та мотивує до підтримки здорового способу життя [60].

Збереження здоров'я на індивідуальному рівні передбачає усвідомлений вибір форм поведінки, які сприяють зміцненню здоров'я. Цей вибір визначається рівнем загальної культури людини, отриманими знаннями та сформованими життєвими установками. До них належать:

- дотримання оптимального режиму рухової активності з урахуванням статі, віку та фізіологічних особливостей;
- збалансоване, регулярне й раціональне харчування;
- відмова від саморуйнівної поведінки, такої як куріння, зловживання алкоголем чи вживання психоактивних речовин;
- дотримання правил особистої і громадської гігієни;
- застосування принципів психопрофілактики та психологічної гігієни;
- підвищення рівня медичних знань і формування навичок самоконтролю за станом здоров'я [137].

Аналіз наукової літератури [10, 42, 99, 131] свідчить, що цінність здоров'я є багатогранною концепцією, яка охоплює фізичний, психічний, соціальний і духовний аспекти. Усі ці компоненти формують цілісну картину здоров'я людини як гармонійного стану, що забезпечує її ефективну життєдіяльність.

У наукових дослідженнях [60, 137] термін «здоров'язбереження» часто використовують як синонім таких понять, як «збереження здоров'я», «охорона

здоров'я» чи «зміцнення здоров'я». Однак чіткого універсального визначення цього терміну, яке б охоплювало всі соціальні групи, поки не існує. Це частково пояснюється тим, що історично поняття здоров'язбереження використовувалося переважно в медичній сфері. У сучасній науці здоров'язбереження дедалі частіше розглядається у контексті освітньої діяльності, де його трактують як результат педагогічного впливу, що спрямований на формування здорового способу життя.

Здоров'я можна визначити як динамічну, багатокомпонентну концепцію, яка поєднує фізичні, психічні, емоційні та соціальні аспекти, а також чинники навколишнього середовища. Досягнення оптимального здоров'я вимагає інтеграції та балансу всіх цих компонентів.

Здоров'язбереження, таким чином, є процесом виховання різних верств населення, орієнтованим на розвиток культури здоров'я. Воно сприяє створенню безпечних і комфортних умов для життя, допомагає запобігати стресам, перевантаженням і втомі, сприяючи збереженню та зміцненню здоров'я. Розвиток культури здоров'я – це безперервний процес, що вимагає постійного вдосконалення і самовдосконалення. Він не тільки сприяє збереженню здоров'я, але й покращує якість життя, продовжує його тривалість і забезпечує гармонійний розвиток особистості.

Сучасні дослідження підкреслюють важливість здоров'язбереження як провідної складової соціальної політики. Зростаючий інтерес до цієї проблематики пояснюється соціальним запитом на формування у населення відповідального ставлення до здоров'я, розвитку культури здоров'я та підвищення мотивації до здоров'язбережувальної діяльності. Ці аспекти є основою для забезпечення гармонійного розвитку особистості та створення умов для благополуччя суспільства загалом.

1.2. Принципи та стратегії забезпечення здорового способу життя

Здоровий спосіб життя є складним та багатовимірним явищем, яке охоплює всі аспекти людського існування – фізичний, психічний, соціальний

та духовний. Це не лише індивідуальні зусилля кожної людини щодо збереження власного здоров'я, а й широкий спектр соціальних, економічних і політичних умов, що формують суспільне середовище. Раціональне харчування, регулярна фізична активність, відмова від шкідливих звичок, психологічна стійкість і соціальна гармонія є ключовими елементами цього явища [347].

За даними W. Wiesner [477] освіта як фундамент формування здорового способу життя є одним із найважливіших інструментів у забезпеченні здорового способу життя, що впливає на формування здорових звичок, розвиток усвідомленого ставлення до свого фізичного та психічного стану, а також на формування загальної культури здоров'я. Важливу роль у цьому відіграє інтеграція освітніх дисциплін, таких як основи здоров'я, валеологія, фізична культура та безпека життєдіяльності. Ця інтеграція формує комплексне розуміння цінності здоров'я серед молоді, забезпечуючи їм необхідні знання, вміння та навички.

Крім формального навчання, важливо створювати позашкільні програми, які б залучали молодь до активної участі у спортивних, рекреаційних й волонтерських заходах, спрямованих на популяризацію здорового способу життя. Сучасна освіта також повинна включати елементи, які сприяють розвитку емоційного інтелекту, навчання управління стресом та створення умов для підтримки психічного здоров'я [17].

Реалізація здорового способу життя можлива лише за умови консолідації зусиль громадянського суспільства, бізнесу, держави й міжнародних організацій. Соціальна підтримка є важливою складовою цього процесу, адже саме вона створює умови для соціального залучення, зменшення самотності та ізоляції, а також для формування почуття приналежності до суспільства [20].

На державному рівні необхідно впроваджувати політику, що сприяє покращенню умов праці, збільшенню доступності медичних послуг, підтримці сімейних традицій й дотриманні екологічної безпеки. Ефективними можуть бути фінансові стимули для осіб, які дотримуються здорового способу життя,

а також штрафи за поведінку, яка становить ризик для здоров'я. Законодавчі ініціативи, спрямовані на обмеження реклами тютюну, алкоголю та інших шкідливих продуктів, є важливим кроком у зменшенні негативного впливу на суспільство.

Сучасний стиль життя часто характеризується високим рівнем стресу, гіподинамією, нерегулярним харчуванням й інформаційним перевантаженням. Технологічний прогрес, хоча і сприяє зручності у багатьох аспектах, водночас створює ризики, пов'язані з малорухливим способом життя та зростанням залежності від електронних пристроїв. Для подолання цих викликів важливо розробляти програми, що охоплюють як індивідуальні, так і колективні заходи. Наприклад, популяризація активного відпочинку, створення міських зон для спорту та відпочинку, упровадження цифрових платформ для моніторингу та підтримки здорового способу життя.

Крім того, потрібно звернути увагу на проблеми молоді, яка часто не усвідомлює значення профілактики захворювань через відносно гарний стан здоров'я у юному віці. Пропаганда здорового способу життя серед молоді повинна ґрунтуватися на інноваційних підходах, таких як використання соціальних мереж для поширення інформації, залучення відомих спортсменів та лідерів думок [17].

Здоровий спосіб життя сприяє не лише поліпшенню індивідуального благополуччя, а й забезпечує сталий розвиток суспільства. Підтримка здоров'я громадян створює умови для підвищення продуктивності праці, зменшення витрат на лікування та забезпечення активного довголіття. У цьому контексті здоров'я можна розглядати як важливий соціальний капітал, інвестиції в який сприятимуть загальному процвітанню [21].

Таким чином, розвиток культури здоров'я, упровадження ефективної освіти, створення сприятливих соціально-економічних умов та активна пропаганда здорового способу життя є основними складовими успішної стратегії забезпечення громадського здоров'я. У сучасному світі здоров'я має

стати не лише ідеальною цінністю, але й практичною метою, досягнення якої є запорукою гармонійного розвитку суспільства.

У прагненні до повноцінного життя одним із фундаментальних завдань є підтримка здорового способу життя. Прагнення охоплює широкий спектр практик і моделей поведінки, спрямованих на сприяння фізичному, психічному та емоційному благополуччю. Попри те, що умови життя кожної людини є унікальними, існують загальні принципи, які складають основу здорового способу життя. Розуміючи та впроваджуючи ці принципи, люди можуть покращити якість свого життя, збільшити тривалість життя та розвинути почуття рівноваги та життєвої сили. Виділяють сім принципів, що складають основу здорового життя: принцип збалансованого харчування, принцип регулярної фізичної активності, принцип достатнього сну, принцип управління стресом, принцип зволоження, принцип соціальних зв'язків, принцип психічного благополуччя [203, 433].

Принцип збалансованого харчування. Харчування є наріжним каменем здоров'я, впливаючи на всі аспекти функціонування організму. Збалансована дієта забезпечує необхідні поживні речовини, вітаміни та мінерали, необхідні для оптимального функціонування. Це передбачає споживання різноманітних продуктів з різних груп продуктів, зокрема фрукти, овочі, цільні зерна, нежирні білки та корисні жири. Акцент на цілісних, необроблених продуктах, обмежуючи споживання солодкої, обробленої їжі та їжі з високим вмістом жиру, є ключовим. Крім того, контроль порцій відіграє вирішальну роль у підтримці здорової ваги та запобіганні переїданню.

Принцип регулярної фізичної активності. Фізична активність життєво важлива для підтримки здоров'я серцево-судинної системи, м'язової сили, гнучкості та загального самопочуття. Регулярні фізичні вправи не тільки допомагають контролювати вагу, але й знижують ризик хронічних захворювань, таких як хвороби серця, діабет і деякі види раку. Американська кардіологічна асоціація рекомендує принаймні 150 хв аеробної активності помірної інтенсивності або 75 хв аеробної активності високої інтенсивності на

тиждень, а також вправи для зміцнення м'язів два або більше днів на тиждень. Пошук приємних занять і залучення їх у повсякденність сприяє дотриманню активного способу життя.

Принцип достатнього сну. Сон необхідний для відновлення когнітивних функцій організму. Хронічне недосипання може погіршити імунну функцію, збільшити ризик ожиріння, діабету та серцево-судинних захворювань, а також негативно вплинути на настрій та когнітивні функції. Дорослі повинні прагнути до 7-9 годин якісного сну щоночі, надаючи пріоритет послідовному графіку сну та створенню сприятливого середовища для сну без порушень. Практика технік релаксації, таких як глибоке дихання або медитація, може сприяти спокійному сну та зняти стрес.

Принцип управління стресом. У сучасному швидкоплинному світі стрес став повсюдною частиною повсякденного життя. Хронічний стрес може мати згубний вплив як на фізичне, так і на психічне здоров'я, сприяючи таким станам, як гіпертонія, депресія та тривожні розлади. Прийняття ефективних стратегій управління стресом має вирішальне значення для пом'якшення його впливу. Такі методи, як уважність, медитація, йога та проведення часу на природі, можуть допомогти людям розвинути стійкість і справлятися з життєвими викликами здоровим способом.

Принцип зволоження. Правильна гідратація має важливе значення для підтримки клітинної функції, регулювання температури тіла та підтримки здоров'я органів. Зневоднення може призвести до втоми, порушення когнітивних функцій і зниження фізичної працездатності. Інститут медицини рекомендує чоловікам прагнути до приблизно 3,7 літра (125 унцій) загального споживання води на день, тоді як жінки повинні прагнути приблизно до 2,7 літра (91 унція) щодня. Це передбачає воду з напоїв і продуктів харчування, до того індивідуальні потреби варіюються залежно від таких факторів, як вік, стать, рівень активності та клімат.

Принцип соціальних зв'язків. Люди за своєю суттю є соціальними істотами, і значущі соціальні зв'язки є життєво важливими для емоційного

благополуччя та загального здоров'я. Розвиток підтримуваних стосунків із сім'єю, друзями та членами громади забезпечує відчуття приналежності, зменшує почуття самотності та ізоляції й підвищує стійкість у важкі часи. Якісне проведення часу з близькими, участь у спільних заходах і сприяння відкритому спілкуванню сприяє відчуттю зв'язку та приналежності.

Принцип психічного благополуччя. Психічне здоров'я є невід'ємним компонентом загального благополуччя, що охоплює емоційні, психологічні та соціальні аспекти життя. Надання пріоритету психічному благополуччю передбачає практику турботи про себе, управління стресом, пошук підтримки, коли це необхідно, і плекання позитивних думок та емоцій. Участь у заходах, які сприяють розслабленню, творчості та особистісному зростанні, таких як хобі, мистецтво чи ведення щоденника, може сприяти емоційній стійкості та підвищити загальну задоволеність життям.

Досягнення та підтримання здорового способу життя – це багатогранна справа, яка вимагає цілісного підходу, що охоплює харчування, фізичну активність, сон, управління стресом, гідратацію, соціальні зв'язки та психічне благополуччя. Дотримуючись цих основоположних принципів і роблячи свідомий вибір щодо пріоритету здоров'я та благополуччя, люди можуть покращити якість свого життя, знизити ризик хронічних захворювань і розвинути почуття рівноваги, життєвої сили та задоволення. Прийняття здорового способу життя – це не просто пункт призначення, а постійна подорож, яка характеризується постійним навчанням, зростанням і турботою про себе [15, 82, 255].

Здоров'я є базовою цінністю не лише для кожної окремої особистості, але й для нації та держави в цілому. Попри це, історично соціальні й економічні трансформації часто відбувалися через здоров'я людей, залишаючи його поза увагою у загальній ієрархії цінностей. Сучасний підхід, зокрема серед цивілізованих країн, передбачає переосмислення здоров'я як ключової суспільної цінності, яка має стати основою гармонійного розвитку людини і суспільства.

Науковці [10, 70, 92, 281] приділяють значну увагу питанням збереження здоров'я та забезпечення здорового способу життя. Серед досліджень у цій галузі виокремлюються праці, які акцентують увагу на важливості принципів емансипації, участі, мережевої взаємодії, соціального підкріплення, партнерства та позитивного ставлення до здоров'я. Виділяють такі принципи сприяння здоровому способу життя:

1. Емансипація. Цей принцип орієнтований на самовизначення людини у питаннях здоров'я, підкреслюючи значення особистої відповідальності за власний фізичний та психічний стан. Відповідно до Оттавської хартії, самодопомога та автономність є ключовими у підтриманні здоров'я.

2. Активізація потенціалу. Вона передбачає встановлення контролю людини над власною свідомістю та способом життя, розвиток здібностей і навичок для досягнення індивідуальних і суспільних цілей.

3. Принцип участі. Участь громадян у плануванні та впровадженні програм з охорони здоров'я сприяє реалізації прав на здоров'я. Це поняття охоплює активну взаємодію громад із державними органами.

4. Надання можливостей. Створення умов для розвитку життєвих навичок та доступ до інформації є важливим для забезпечення самостійності у виборі способів збереження здоров'я.

5. Мережева взаємодія. Соціальні зв'язки відіграють важливу роль у збереженні соціальної ідентичності та сприянні підтримки здорового способу життя.

6. Партнерство. Консолідація зусиль різних інститутів суспільства та громадян для сприяння здоров'ю створює цілісну систему підтримки.

Науковці [129, 233, 281] виділяють три основні стратегії, які сприяють підтримці здоров'я: захист, активне відстоювання та посередництво. Кожна з цих стратегій охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на створення умов для гармонійного розвитку особистості та суспільства.

1. Захист здоров'я. Ця стратегія спрямована на створення безпечного середовища, яке мінімізує ризики для фізичного, психічного та соціального

благополуччя людини. Це передбачає заходи екологічної безпеки, наприклад, контроль за рівнем забруднення повітря, води та ґрунту. Також важливу роль відіграє безпечність харчових продуктів через стандартизацію їх якості. Додатково, запровадження профілактичних програм, таких як вакцинація та регулярні медичні обстеження, дозволяє виявляти й усувати потенційні загрози для здоров'я ще до їхнього розвитку.

2. Активне відстоювання здоров'я. Ця стратегія акцентує увагу на створенні умов, що дозволяють людям розвивати та реалізовувати свій здоровий потенціал; передбачає запровадження освітніх програм, які знайомлять населення з основами здорового способу життя, правилами харчування, фізичної активності та управління стресом. Інвестиції в інфраструктуру, зокрема будівництво спортивних майданчиків, зон відпочинку чи велодоріжок, сприяють підвищенню рівня фізичної активності серед населення. Психологічна підтримка, яка реалізується через програми ментального здоров'я, допомагає людям справлятися з життєвими викликами, підтримуючи їхню емоційну стійкість.

3. Посередництво. Спрямована на досягнення балансу інтересів різних соціальних груп для забезпечення загального добробуту. Вона передбачає активну співпрацю уряду, громадських організацій, бізнесу та медичних закладів у процесі розробки та реалізації програм охорони здоров'я. Посередництво дозволяє знаходити компроміси між групами з різними інтересами, наприклад, у питаннях вакцинації чи захисту прав пацієнтів. Крім того, ця стратегія сприяє розвитку публічно-приватного партнерства, яке забезпечує ефективне використання ресурсів для досягнення спільної мети – зміцнення здоров'я нації.

Узагальнюючи, можна зазначити, що ці три стратегії не тільки сприяють підтримці фізичного та психічного здоров'я населення, але й формують соціальну відповідальність та сприяють сталому розвитку суспільства. Їхнє запровадження є ключовою умовою для створення здорового середовища, де кожна людина має можливість вести активне та повноцінне життя.

Ці стратегії реалізуються через п'ять напрямів: формування політики, створення сприятливого середовища, розвиток навичок, підвищення громадської активності та переорієнтація служби охорони здоров'я. Також формування здорового способу життя передбачає залучення громадськості, розвиток сімейних традицій, упровадження соціальної реклами, моніторинг стану здоров'я та удосконалення системи підготовки фахівців. Також важливим є упровадження програм для молоді, спрямованих на підвищення обізнаності та мотивації.

Таким чином, здоровий спосіб життя є багатограним явищем, що охоплює фізичну активність, раціональне харчування, відмову від шкідливих звичок, емоційну стійкість і соціальну відповідальність. Освіта та соціальна підтримка є ключовими інструментами для формування культури здоров'я. Успішна реалізація цих стратегій сприятиме підвищенню якості життя населення та загальному добробуту суспільства.

1.3. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність як соціальне явище

Фізична рекреація посідає важливе місце у збереженні здоров'я, покращенні соціального благополуччя та гармонізації відносин між особистістю й суспільством. У дослідженні наголошується на її багатогранності, інтегративній ролі та зв'язку із сучасними соціокультурними трансформаціями.

Згідно з науковими дослідженнями [60, 119], фізична рекреація вирізняється такими основними характеристиками:

- добровільність – участь у рекреаційних заходах базується на вільному виборі учасників, що забезпечує високу мотивацію та позитивний емоційний фон діяльності;
- розважальна спрямованість – поєднання елементів гри, відпочинку та фізичної активності створює умови для гармонійного розвитку;
- орієнтація на фізичний та психічний стан – активності спрямовані на відновлення фізичних сил і зниження психологічного стресу;

- природність середовища – фізична рекреація часто відбувається в умовах природного середовища, що сприяє гармонізації відносин між людиною і природою.

Ці характеристики підкреслюють системний і інтегративний підхід до організації рекреаційної діяльності, який акцентує увагу на її значенні для фізичного, емоційного та соціального здоров'я.

Науковці [4, 80, 161, 340] розглядають фізичну рекреацію як багатофункціональне явище, що виконує такі ключові функції:

Адаптаційно-рекреаційна функція – сприяє адаптації до нових умов життєдіяльності, знижуючи фізичне та психічне навантаження. Цей аспект особливо важливий у контексті урбанізації, де стрес і фізична пасивність є поширеними проблемами.

Соціальна функція – фізична рекреація розвиває колективні навички, посилює соціальні зв'язки та сприяє формуванню спільнот за інтересами. Вона стає платформою для обміну ідеями та підтримки соціального капіталу.

Економічна функція – спрямована на зменшення витрат на охорону здоров'я через популяризацію здорового способу життя. Учасники рекреаційних заходів демонструють меншу схильність до захворювань, що знижує навантаження на медичну систему.

Фізична рекреація розглядається як важливий інструмент соціалізації та підвищення якості життя. Як зазначає А. Лотоненко, рекреація дозволяє формувати здорові соціальні стосунки, сприяє розвитку комунікативних навичок і стимулює інтеграцію різних груп населення. Це особливо важливо для молоді, яка перебуває у процесі формування життєвих цінностей і потребує платформ для конструктивного спілкування [340].

Дослідники [5, 80, 477] акцентують увагу на необхідності комплексного підходу до вивчення фізичної рекреації, що охоплює:

соціально-психологічний аспект, який досліджує вплив рекреації на психоемоційний стан учасників і формування соціальних зв'язків;

фізіологічний підхід, що вивчає вплив рекреаційної активності на функціональні показники організму;

культурологічний вимір, який розглядає рекреацію як частину культури, що відображає суспільні цінності та традиції.

У дослідженні А. Skaliy, S. Kokhan акцентується на викликах, пов'язаних із упровадженням фізичної рекреації в сучасне життя [482]. Зокрема, глобалізація та урбанізація спричиняють втрату традиційних форм відпочинку та зростання фізичної пасивності.

Потреба у спеціалізованих програмах – необхідність створення інноваційних програм, які враховують потреби різних вікових груп.

Технологічний розвиток – використання цифрових інструментів для моніторингу стану здоров'я та організації рекреаційних заходів.

Фізична рекреація є ключовим елементом сучасного здорового способу життя, який поєднує в собі фізичну активність, соціальну інтеграцію та гармонізацію стосунків із природним середовищем. Для подальшого розвитку цієї сфери необхідно вдосконалювати методи її організації, інтегрувати технологічні інновації та розвивати інфраструктуру, що сприяє участі у рекреаційних активностях. Науковці підкреслюють важливість мультидисциплінарного підходу до аналізу фізичної рекреації, що дозволить глибше зрозуміти її потенціал для збереження здоров'я та поліпшення якості життя [482].

За даними наукових досліджень [225, 282, 398, 433] дозвілля та фізична рекреація перебувають у тісному взаємозв'язку, оскільки обидві категорії спрямовані на забезпечення гармонійного розвитку особистості, підтримання фізичного та психічного здоров'я, а також підвищення якості життя. Цей зв'язок можна обґрунтувати кількома ключовими аспектами:

1. Дозвілля, як основа для фізичної рекреації. Дозвілля надає час та можливість для участі у фізичній рекреації. Вільний час, не пов'язаний із професійними обов'язками чи повсякденними справами, створює сприятливі умови для активного відпочинку. Люди мають змогу займатися спортом,

відвідувати тренажерні зали, плавальні басейни, здійснювати прогулянки чи походи, які є формами фізичної рекреації.

2. Фізична рекреація, як активна форма дозвілля. Фізична рекреація є однією з основних складових дозвілля. Вона охоплює широкий спектр активностей, які не тільки сприяють відновленню фізичних сил, але й допомагають підтримувати загальне здоров'я. Спортивні ігри, катання на велосипеді, плавання, йога, фітнес-програми – усе це популярні види дозвілля, які водночас виконують рекреаційну функцію.

3. Психофізіологічний вплив фізичної рекреації. Фізична активність у межах дозвілля позитивно впливає на психофізіологічний стан людини. Дослідження підтверджують, що заняття фізичною рекреацією сприяють: покращенню роботи серцево-судинної системи; зміцненню м'язів і кісткової тканини; зниженню рівня стресу та тривожності; підвищенню рівня енергії та життєвого тону; покращенню якості сну та відновлення організму.

4. Соціальний аспект. Фізична рекреація в межах дозвілля сприяє соціалізації. Групові види активностей, такі як спортивні ігри, танці, туристичні походи чи участь у фітнес-клубах, сприяють встановленню та зміцненню соціальних зв'язків. Це особливо важливо для молоді, яка прагне спілкування та соціальної взаємодії.

5. Рекреаційний підхід до організації дозвілля. Організація дозвілля з використанням рекреаційного підходу дозволяє створити комплексні програми відпочинку, які враховують потреби різних вікових та соціальних груп населення. Наприклад: для дітей та підлітків – ігрові та спортивні секції, активний відпочинок на природі; для дорослих – тренажерні зали, заняття фітнесом, аматорські змагання; для літніх людей – програми реабілітаційної фізкультури, скандинавська ходьба, йога.

6. Економічний і культурний вплив. Популяризація фізичної рекреації через дозвілля стимулює розвиток спортивної інфраструктури, рекреаційних програм та туристичної галузі. Багато країн інвестують у створення парків,

спортивних майданчиків, туристичних маршрутів, що дозволяє розширювати можливості для активного відпочинку.

7. Підтримка сталого розвитку. Фізична рекреація, інтегрована в дозвілля, сприяє сталому розвитку, оскільки багато видів активностей (піший туризм, їзда на велосипеді, йога) спрямовані на збереження довкілля та формування екологічної свідомості.

Дозвілля та фізична рекреація утворюють взаємозалежну систему, яка забезпечує відновлення сил, збереження здоров'я та сприяє гармонійному розвитку особистості. Активне дозвілля у формі фізичної рекреації є не лише способом відпочинку, але й важливим чинником профілактики захворювань, підвищення якості життя та соціалізації. Таким чином, упровадження програм фізичної рекреації в дозвілля є необхідною умовою формування здорового суспільства.

В останні десятиліття важливість фізичної активності для здоров'я та благополуччя людей привернула значну увагу. Поряд із традиційними формами фізичних вправ, рекреаційні рухові заняття стали популярним вибором для людей, які шукають як фізичної підготовки, так і соціальної активності. Їзда на велосипеді та піші прогулянки, катання на лижах і серфінгу не тільки сприяють фізичному здоров'ю, але й соціальним зв'язкам і згуртуванню громади. Спостерігається взаємозв'язок здоров'я та рекреаційної рухової активності як соціального явища, що впливає на окремих людей та спільноти.

Заняття рекреаційною руховою діяльністю має користь для фізичного здоров'я та численні переваги для фізичного здоров'я. Ці заняття надають можливості для поліпшення стану серцево-судинної системи та підвищення фізичних якостей. Наприклад, такі види діяльності, як їзда на велосипеді та скелелазіння, вимагають залучення м'язових зусиль усього тіла і підвищення витривалості. Подібним чином водні види спорту, такі як каякінг і веслування, забезпечують тренування з низьким навантаженням, які покращують здоров'я серцево-судинної системи та сприяють загальній фізичній формі. Регулярна

участь у цих заходах може знизити ризик хронічних захворювань, зокрема діабет, ожиріння та хвороби серця, сприяючи здоровішому населенню [225, 433].

Окрім користі для фізичного здоров'я, рекреаційні рухові заняття відіграють вирішальну роль у сприянні психічному благополуччю. Відомо, що фізичні вправи вивільняють ендорфіни, нейромедіатори, які знімають стрес і покращують настрій. Заняття різновидами моторної активності, зокрема на відкритому повітрі (наприклад, пішохідні прогулянки, катання на лижах тощо), сприяють зниженню рівня психоемоційного напруження та релаксації, забезпечуючи тим самим можливість тимчасового дистанціювання від повсякденних стресових чинників і гармонізації взаємодії людини з природним середовищем. Крім того, почуття досягнення та майстерності, пов'язане з освоєнням нових навичок у таких видах діяльності, як серфінг або сноубординг, може підвищити самооцінку та впевненість, сприяючи позитивним результатам для психічного здоров'я [197].

Одним із найважливіших аспектів рекреаційної рухової діяльності є її роль у сприянні соціальним зв'язкам і зв'язкам з громадою. Багато з цих заходів за своєю суттю є соціальними, заохочуючи людей брати участь у групах або з друзями та сім'єю. Незалежно від того, чи це вступ до велосипедного клубу, відвідування групового заняття з фітнесу чи похід з друзями, ці заходи надають можливості для соціальної взаємодії та товариства. Спільний досвід у складному зовнішньому середовищі часто створює міцні зв'язки між учасниками, що призводить до міцної дружби та мереж підтримки один одного.

На додаток до міжособистісних зв'язків, рекреаційна рухова діяльність сприяє формуванню більш широких спільнот, зосереджених навколо спільних інтересів. Наприклад, серфінгісти часто утворюють згуртовані спільноти навколо прибережних районів, організовуючи заходи та зустрічі, щоб відсвяткувати свою пристрасть до спорту.

Рекреаційна рухова діяльність також відіграє певну роль у сприянні екологічній свідомості та збереженню природи. Багато з цих заходів відбуваються в природних умовах, таких як гори, ліси та водні шляхи, що підкреслює важливість збереження цих середовищ для майбутніх поколінь. Учасники часто розвивають глибоку вдячність за природу, беручи участь у заходах на свіжому повітрі, що призводить до посилення турботи про навколишнє середовище [433].

Крім того, участь у відпочинку на природі може стимулювати підтримку природоохоронних ініціатив та сталих практик. Наприклад, альпіністи можуть виступати за відповідальну практику скелелазіння, щоб мінімізувати вплив на навколишнє середовище, тоді як каякери можуть брати участь у зусиллях з очищення річок для захисту водних шляхів. Пов'язуючи людей зі світом природи, рекреаційна рухова діяльність культивує почуття відповідальності та турботи про навколишнє середовище, сприяючи більш широким зусиллям щодо збереження.

Незважаючи на те, що рекреаційна рухова діяльність пропонує численні переваги, вона також пов'язана з проблемами та міркуваннями, які необхідно вирішити. Доступ і доступність можуть бути значними бар'єрами для деяких людей, особливо для тих, хто належить до маргіналізованих спільнот або сімей з низьким рівнем доходу. Крім того, важливими міркуваннями є питання безпеки та управління ризиками, оскільки активний відпочинок на свіжому повітрі може становити невід'ємні ризики, такі як нещасні випадки або травми. Освітні та навчальні програми, а також доступ до доступного обладнання та засобів, мають вирішальне значення для творення безпечної та інклюзивної участі всіх людей.

Крім того, необхідно ретельно контролювати вплив рекреаційної рухової діяльності на навколишнє середовище, щоб мінімізувати шкоду для природних екосистем. Підвищена популярність і перенаселеність зон відпочинку на відкритому повітрі може призвести до руйнування середовища проживання, порушення дикої природи та забруднення. Методи сталого управління, такі як

технічне обслуговування стежок, навчання відвідувачів і обмеження вантажопідйомності, мають важливе значення для збереження цілісності природного середовища під час рекреаційної діяльності.

Таким чином, здоров'я та рекреаційна рухова активність являють собою динамічний перетин фізичної підготовки, психічного благополуччя, соціальних зв'язків та турботи про навколишнє середовище. Зазначені заходи пропонують цілісний підхід до зміцнення здоров'я, залучаючи людей до приємного та повноцінного дозвілля, який сприяє їхньому загальному благополуччю. Сприяючи соціальним зв'язкам, розбудові спільноти та екологічній свідомості, рекреаційна рухова діяльність відіграє життєво важливу роль у покращенні як індивідуального життя, так і колективного суспільства. Водночас продовжуючи визнавати цінність цих заходів, важливо приділяти першочергову увагу доступності, безпеці та сталому розвитку, щоб гарантувати, що кожен може скористатися перевагами відпочинку на природі для майбутніх поколінь.

1.3.1. Особливості, завдання та зміст технологій оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності представляють собою соціальне явище, яке постійно розвивається завдяки своїй значущості, популярності та доступності для широких верств населення. Вони виконують важливу роль у зміцненні здоров'я та підвищенні якості життя суспільства. Ці технології характеризуються низкою специфічних ознак, які дозволяють їх ідентифікувати серед інших форм фізичної активності [3, 14, 161].

До видових ознак, що визначають технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності як соціальне явище, належать:

1. Доступність – організована рухова активність має бути простою для упровадження і прийнятною для різних груп населення.
2. Заняття у вільний час – такі активності проводяться під час дозвілля, тобто поза рамками навчальної або трудової діяльності.

3. Організаційні форми – заняття можуть відбуватися у формальних або неформальних групах під керівництвом інструктора, тренера чи самостійно за визначеними програмами.

4. Мета – збереження працездатності, підтримання здоров'я та поліпшення якості життя [16].

Тільки повне дотримання цих характеристик дозволяє класифікувати діяльність як технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності. У разі відсутності будь-якої з них активність стає об'єктом іншого фізкультурно-спортивного формату.

Ці технології визначаються як регулярне використання організованих форм фізичної активності середньої інтенсивності, що здійснюються різними групами населення під час дозвілля. Головною метою таких занять є відновлення працездатності, збереження здоров'я та поліпшення якості життя. У рамках повсякденного життя фізична активність може бути зумовлена трудовими чи побутовими обов'язками. Однак подібна активність не завжди відповідає оздоровчо-рекреаційним цілям [161].

Гіподинамія, яка стала визначальним чинником зростання хронічних захворювань, вимагає активного упровадження нових форм оздоровчо-рекреаційної активності. Наприклад, в країнах Азії поширені методики виконання ізометричних вправ із концентрацією уваги, які інтегруються у спосіб життя. Ці практики стали популярними також у країнах Заходу [460].

Для досягнення позитивного ефекту оздоровчо-рекреаційна активність має бути організованою, тобто планованою та структурованою. Це передбачає дотримання певного обсягу та інтенсивності фізичних навантажень, які мають бути визначеними професійними стандартами. Такі заняття можуть охоплювати як індивідуальні вправи, так і групові активності, що базуються на науково обґрунтованих програмах [460].

За даними наукових досліджень [168] спорт також може бути формою організованої рухової активності, однак його головна мета, зокрема у змагальній діяльності, відрізняється. Масовий спорт спрямований на

популяризацію рухової активності серед населення, а не лише на досягнення високих спортивних результатів. Важливим компонентом спорту є його інтеграція у структуру дозвілля.

Очікуваний соціальний ефект від упровадження технологій оздоровчо-рекреаційної рухової активності можливий лише за умови їх масового поширення. У країнах з високим рівнем життя значна частина населення займається подібними активностями, що сприяє зниженню рівня захворюваності та покращенню якості життя [458].

Таким чином, технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності поєднують у собі практичні аспекти фізичного виховання та науковий підхід до їх організації. Це ефективний інструмент, спрямований на зміцнення фізичного, психічного та соціального здоров'я, що стає основою для формування здорового способу життя в суспільстві.

1.3.2. Форми реалізації та класифікація оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Реалізація технологій оздоровчо-рекреаційної рухової активності базується на принципах і методиках фізичного виховання, що поділяють всі форми фізичної активності на урочні та неурочні. Урочні форми передбачають керівну роль фахівця, однорідність складу учасників і регламентований час проведення занять. Неурочні форми є більш гнучкими, дозволяючи учасникам організовувати активність самостійно або у неформальних групах [55].

У контексті оздоровчо-рекреаційної рухової активності форми реалізації охоплюють широкий спектр занять, що відповідають програмам спортивного, фітнес, рекреаційного та оздоровчого характеру. Ці форми враховують інтереси та потреби різних соціальних груп, забезпечуючи доступність та ефективність занять [169, 276].

На основі наукових досліджень [59, 161] та узагальнення провідного досвіду було визначено ключові форми реалізації технологій оздоровчо-

рекреаційної рухової активності, що представлені у вигляді чотирьох основних груп програм:

1. Спортивні програми охоплюють організацію масових заходів, що можуть проводитися у вигляді змагань, фестивалів чи показових виступів. Їхній зміст становлять окремі спортивні вправи або комплекси вправ, які визначають вид змагальної діяльності. Такі програми можуть бути: очними, де всі учасники беруть участь безпосередньо в одному місці та заочними, коли учасники змагаються дистанційно, фіксуючи свої досягнення.

Організація спортивних програм здійснюється державними установами, спортивними школами, клубами та центрами на кшталт «Спорт для всіх». Їхня мета – популяризація здорового способу життя, активізації рухової активності та підтримка спортивного розвитку серед населення.

2. Фітнес-програми спрямовані на підвищення функціональних можливостей організму, профілактику захворювань та задоволення фізкультурно-оздоровчих інтересів населення. Вони проводяться у фітнес-центрах, школах-фітнесу або самостійно. До їхнього змісту входять: планування фізичної активності, раціональне харчування, програми боротьби зі стресом і шкідливими звичками, інтеграція фізичних тренувань із соціальною активністю та психоемоційною регуляцією.

Фітнес-програми є важливим компонентом здорового способу життя, охоплюючи широкий спектр заходів для різних вікових груп.

3. Рекреаційні програми мають розважальний характер і проводяться в місцях масового відпочинку – у лісопаркових зонах, на туристичних базах чи за місцем проживання. Їхня головна мета – забезпечити емоційне розвантаження та відновлення сил через фізичну активність, яка організовується в невимушеній атмосфері.

4. Оздоровчі програми передбачають використання фізичних вправ лікувально-реабілітаційного спрямування. Їх організовують у санаторіях, лікарнях, профілакторіях та інших закладах масового оздоровлення. Основними формами таких занять є: лікувальна фізична культура (ЛФК),

ранкова лікувальна гімнастика, виконання фізичних вправ під час трудової діяльності. Ці програми забезпечують фізичну реабілітацію, сприяють профілактиці хронічних захворювань та відновленню працездатності [160].

Отже, різноманітність форм реалізації технологій оздоровчо-рекреаційної рухової активності дозволяє задовольнити потреби широкого кола населення, забезпечуючи доступність, ефективність і позитивний вплив на здоров'я. Завдяки інтеграції національного та світового досвіду, ці програми сприяють формуванню культури здорового способу життя та гармонійному розвитку особистості.

Науковцями [14, 17, 78, 137] встановлено, що програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності охоплюють різноманітні види рухової активності, спрямовані на зміцнення здоров'я, підвищення функціонального стану організму та задоволення потреб різних груп населення. Їхня класифікація базується на змісті, меті та способах організації занять, що дає змогу чітко визначати специфіку кожного виду програми.

Класифікація оздоровчо-рекреаційної рухової активності є важливим напрямом наукових досліджень у галузі фізичної культури, рекреації та громадського здоров'я. Її систематизація дозволяє визначити специфіку та ефективність різних програм, що сприяють формуванню здорового способу життя серед різних соціальних і вікових груп населення. Вивчення наукових джерел дає змогу окреслити ключові напрями класифікації та критерії, які визначають особливості оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

У науковій літературі виділяють кілька основних типів програм оздоровчо-рекреаційної рухової активності, залежно від їх цільового спрямування:

Спортивні програми орієнтовані на досягнення певного спортивного результату та змагальну діяльність. Вони базуються на офіційно визнаних видах спорту (бодібілдинг, спортивний туризм, футзал) або адаптованих дисциплінах для окремих категорій населення.

Фітнес-програми спрямовані на поліпшення фізичної форми та загального стану здоров'я. Вони охоплюють комплекси вправ для розвитку силової витривалості, аеробних можливостей, координації рухів та гнучкості [169, 276].

Рекреаційні програми поєднують фізичну активність із дозвіллєвими елементами, забезпечуючи комфортне та доступне середовище для занять руховою активністю. Вони не потребують високої фізичної підготовленості та орієнтовані на зняття стресу і підтримку емоційного благополуччя [482].

Оздоровчі програми мають лікувально-профілактичний характер і використовуються для зміцнення функціонального стану організму, реабілітації та профілактики захворювань.

Згідно з дослідженнями Круцевич Т.Ю. [78], оздоровчо-рекреаційна рухова активність поділяється на дві основні організаційні форми:

Урочні форми передбачають чіткий регламент, структурованість занять та керівну роль інструктора або викладача. Вони є типовими для навчальних закладів, спортивних секцій та офіційних тренувальних програм.

Позаурочні форми характеризуються гнучкістю та індивідуалізованим підходом. Вони можуть здійснюватися як у формальних, так і неформальних групах або індивідуально. Прикладами є ранкова гімнастика, самостійні заняття у фітнес-центрах, а також активності на природі, такі як скандинавська ходьба чи йога на відкритому повітрі.

Для поглибленого аналізу оздоровчо-рекреаційних програм застосовуються різні критерії, що дозволяють детально розглянути специфіку їх застосування:

Тип рухової активності – аеробні, силові, координаційні вправи.

Цільова аудиторія – діти, підлітки, дорослі, особи похилого віку.

Інтенсивність і обсяг навантаження – для оздоровчих програм рекомендовано рівень фізичної активності в межах 60–80% від максимального споживання кисню, що забезпечує ефективне поліпшення функціональних можливостей організму.

Зв'язок з природними факторами – поєднання рухової активності з природними умовами, такими як гірський туризм, водні процедури або лікувальна ходьба, що сприяє загальному зміцненню здоров'я.

Дослідження підтверджують [68], що фізична активність сприяє не лише покращенню фізичного здоров'я, але й формуванню соціальних зв'язків. Зокрема, спортивні заходи відіграють важливу роль у вихованні дисципліни, розвитку морально-вольових якостей та навичок командної взаємодії; рекреаційні програми сприяють згуртуванню різних соціальних та вікових груп, створюючи комфортне середовище для активного дозвілля.

Чітка класифікація оздоровчо-рекреаційної рухової активності дозволяє: оптимізувати планування програм відповідно до потреб та можливостей учасників; розробляти ефективні методики фізичного виховання, адаптовані до сучасних вимог суспільства; підвищувати ефективність фізкультурно-оздоровчих заходів, що сприяють зміцненню здоров'я та підвищенню рівня фізичної активності населення.

Таким чином, класифікація оздоровчо-рекреаційної рухової активності є важливим інструментом для розробки ефективних програм фізичної активності, спрямованих на поліпшення фізичного стану, соціалізацію та загальне благополуччя різних груп населення. Її систематизація забезпечує науково обґрунтований підхід до розробки методик та стратегій, що сприяють впровадженню здорового способу життя в суспільстві.

1.4. Історичні аспекти і загальні положення оздоровчої діяльності людей різного віку

Оздоровча діяльність людей різного віку має глибокі історичні корені, які розвивалися протягом тисячоліть у відповідь на наукові та медичні досягнення. Її сучасне розуміння базується на комплексному підході, що враховує фізичні, психічні, соціальні та духовні аспекти здоров'я. Історичний контекст дозволяє краще зрозуміти еволюцію цих підходів, а сучасні дослідження підкреслюють важливість індивідуалізації оздоровчих програм

на різних етапах життя.

Ідеї оздоровчої діяльності були розвинені ще в античні часи. Філософи та медики Стародавньої Греції та Риму (Гіппократ, Арістотель, Гален) стверджували, що здоров'я людини залежить від гармонії між тілом і розумом. Наприклад, Гіппократ підкреслював, що спосіб життя, зокрема харчування та фізична активність, безпосередньо впливають на здоров'я людини. Його принципи ("Гіппократова дієта", фізичні вправи, чисте повітря) стали основою для сучасної профілактичної медицини [472].

У середньовіччі розвиток медицини базувався на поєднанні наукових та релігійних поглядів. Авіценна у своєму «Каноні лікарської науки» зробив важливий внесок у розуміння оздоровчої діяльності, описуючи вплив клімату, способу життя та харчування на здоров'я людини. Він підкреслював важливість індивідуальних особливостей кожного пацієнта (вік, стать, спосіб життя) при призначенні лікування та профілактики хвороб [348].

У XVII–XVIII століттях наука і медицина зробили значний крок уперед у розумінні здоров'я та профілактики хвороб. Концепція гігієни набула популярності завдяки працям вчених, які вперше стали активно пропагувати ідеї профілактики захворювань через чистоту, здорове харчування та фізичну активність. Протягом XIX–XX століть з'явилися нові підходи до оздоровчої діяльності, зокрема розвиток санаторіїв, спортивних центрів та шкіл здоров'я.

Сьогодні оздоровча діяльність розглядається як комплекс заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, враховуючи фізичний, психічний, соціальний та духовний аспекти. Згідно з дослідженням Світової організації охорони здоров'я (ВООЗ), профілактика хронічних захворювань є одним із найважливіших завдань сучасної медицини, і фізична активність, здорове харчування та управління стресом мають ключове значення для різних вікових груп [460].

Оздоровчі заходи для дітей та підлітків базуються на створенні основ для здорового способу життя через спортивну активність, правильне харчування та психологічну підтримку. За даними досліджень S. J. Biddle та

ін. [197], фізична активність у ранньому віці покращує фізичне та когнітивне здоров'я дитини та формує здорові звички на майбутнє.

Для молоді та дорослих оздоровчі заходи фокусуються на профілактиці хронічних захворювань та підтримці високої працездатності. Згідно з дослідженнями [237], регулярна фізична активність та збалансоване харчування значно знижують ризик серцево-судинних хвороб та діабету. Крім того, важливою є психологічна підтримка для подолання стресів і тиску сучасного життя.

Оздоровча діяльність для літніх людей передбачає підтримку рухливості, соціальної активності та профілактику вікових захворювань. У дослідженнях [68, 180, 349] показано, що навіть помірна фізична активність (наприклад, ходьба) суттєво покращує якість життя літніх людей і знижує ризик депресії та когнітивних розладів.

Історичний розвиток оздоровчої діяльності демонструє еволюцію підходів до здоров'я, починаючи від античних ідей гармонії між тілом і розумом до сучасних комплексних програм оздоровлення. Сучасні підходи базуються на наукових даних і акцентують увагу на індивідуалізованих програмах, які враховують вікові та фізіологічні особливості кожної людини. Підтримка здорового способу життя, профілактика хвороб та активна соціалізація залишаються ключовими компонентами оздоровчої діяльності [392, 463].

Сучасний розвиток суспільства супроводжується зростанням інтересу дослідників до різних аспектів охорони здоров'я людини. Особливу значущість набуває питання формування та збереження здоров'я дітей, яке є одним із пріоритетів для сучасного українського суспільства. Це зумовлює необхідність проведення історичного аналізу підходів до охорони здоров'я, визначення ключових етапів його еволюції та окреслення науково-методичного змісту [490].

Для багатьох науковців [82, 185, 349] питання формування, зміцнення та збереження здоров'я людини давно стали об'єктом наукових досліджень.

Теоретичний розвиток концепцій здоров'язбереження має довготривалий характер і став основою для формування основних підходів до упровадження здоров'язберігаючих технологій. Тому важливим є визначення генезису історичних підходів, а також аналіз основних тенденцій розвитку наукових поглядів на здоров'язбережувальну діяльність, виявлення та обґрунтування основних етапів розвитку теоретичних концепцій щодо збереження здоров'я людини та суспільного ставлення до питань охорони здоров'я, які відображають динамічну еволюцію загальнолюдських цінностей і потреб.

Для визначення еволюції історичних підходів і аналізу основних тенденцій розвитку наукових поглядів на охорону здоров'я застосовано комплекс методів, який охоплює: теоретичні методи, зокрема порівняльний аналіз психологічної, педагогічної, філософської й здоров'язбережувальної літератури, що дав змогу узагальнити наукові аспекти, пов'язані з розвитком здоров'язберігаючої діяльності в суспільстві; ретроспективний аналіз і наукова рефлексія, спрямовані на формування цілісного уявлення про феномен охорони здоров'я; емпіричні методи, серед яких діагностичні інструменти, такі як соціологічні спостереження, що забезпечили емпіричне обґрунтування висновків [236, 283].

Теоретико-практичні основи західноєвропейської доктрини охорони здоров'я беруть початок з античних філософських шкіл Риму та Греції, таких як вчення Арістотеля, Демокріта, Платона, Сократа, Епікура та Сенеки. Відомі представники медицини давнини, такі як Гіппократ (V ст. до н.е.) та Емпедокл (IV ст. до н.е.), довели взаємозв'язок між станом здоров'я людини та її способом життя. Цю ж ідею підкреслює стародавнє індійське джерело – збірка «Аюрведа», створена приблизно в 1800 році до н.е.

Давні лікарі звертали увагу на важливість врахування віку людини, її звичок, статі та місцевості проживання для оцінки стану здоров'я. Ці ідеї відображені в працях давньогрецького лікаря Гіппократа, римського медика Авла Корнелія Цельса (I ст. до н.е.) та видатного арабського лікаря Ібн Сіні (Авіценни) (980–1037 рр. н.е.).

Узагальнюючи, давньогрецькі, римські та арабські лікарі наголошували на значенні гармонії між способом життя, природними умовами та індивідуальними особливостями людини для збереження її здоров'я.

Дослідники давніх оздоровчих практик виокреслюють, що головною ідеєю систем здоров'язбереження, сформульованою в працях провідних лікарів античності, була перевага формування, збереження та зміцнення здоров'я над лікуванням уже наявних хвороб. У разі виникнення проблем зі здоров'ям людина мала зосередитися на відновленні внутрішніх ресурсів, закладених у її природі, що сприяло б гармонійному поєднанню фізичного, психічного та духовного здоров'я, а також відновленню функціонального стану [9].

У середньовіччі питання охорони здоров'я втратили свою значущість: спадщина античних мислителів була знехтувана, а в багатьох випадках заборонена церквою. Пізнання людиною свого здоров'я вважалося гріховним, а головними чеснотами визнавалися покаєння та аскетизм. У результаті досвід Стародавньої Греції у сфері охорони здоров'я не отримав подальшого розвитку в Європі. Проте в епоху Відродження розпочалося відновлення інтересу до вивчення законів природи та людини, а також захоплення творами античних авторів. Цей період ознаменувався кардинальними змінами у вимогах суспільства до людини: гармонійний розвиток особистості через поєднання фізичного та духовного здоров'я став основою активної громадянської позиції та оптимізму. Ці ідеї стали основою гуманістичних концепцій виховання, які були спрямовані на забезпечення всебічного розвитку дитини. Видатні мислителі епохи Відродження (Т. Кампанелла, М. Монтень, Т. Мур, Ф. Рабле) наголошували на залежності розвитку дитини від педагогічного впливу та необхідності гармонійного поєднання фізичної й розумової праці у процесі її становлення [9].

Індустріальна епоха стала поштовхом до розвитку педагогічних підходів у сфері охорони здоров'я. Це було зумовлено зростанням гуманістичних поглядів, посиленням ролі людини у виробництві та потребою вирішувати

актуальні проблеми часу: низький рівень фізичного здоров'я дітей, високу захворюваність і смертність. Видатні педагоги Нового часу (Дж. Коменський, Дж. Локк, Ж.-Ж. Руссо, Й. Песталоцці) зробили значний внесок у розвиток здоров'язбережувальної педагогіки. Проте їхні підходи не базувалися на наукових медико-фізіологічних засадах, не були системними та не враховували психологічних і соціальних аспектів охорони здоров'я.

Й. Песталоцці сформулював концепцію взаємозалежності духовних, психічних і фізичних факторів здоров'я. Його система «початкового навчання» передбачала формування «розуму, серця і рук» дитини через урахування її індивідуальних і вікових особливостей. Важливою складовою охорони здоров'я, на думку Й. Песталоцці, було навчальне середовище, яке забезпечувало психологічний комфорт і уникнення перевантаження дітей. Гімнастичні вправи, рухливі ігри, а також заняття музикою, співом і мистецтвом він вважав необхідними для гармонійного розвитку дитини.

Я. А. Коменський також приділяв значну увагу питанням збереження здоров'я. Він вважав ці аспекти ключовими в процесі виховання. На його думку, важливими елементами були створення позитивної мотивації до навчання, дотримання санітарно-гігієнічних норм, запобігання втоми та забезпечення привабливого освітнього середовища з ігровими майданчиками.

Наприкінці XIX – на початку XX століття у Західній Європі та США відбулися революційні зміни у підходах до охорони здоров'я студентів, пов'язані з переходом до індустріального суспільства. Потреба в здорових і кваліфікованих працівниках стала однією з головних вимог часу. Ці трансформації спонукали до виникнення ідей педоцентризму, або вільного виховання, основоположниками якого були Ф. Хансберг, Дж. Дьюї, М. Монтесорі, А. Фер'є та інші. З'явилися так звані «нові школи», які зосереджувалися на створенні умов для розкриття унікальної індивідуальності кожної дитини. Їхня діяльність ґрунтувалася на принципах природовідповідності, які передбачали контроль за психічним навантаженням, підтримання високого рівня інтелектуальних здібностей, турботу про здоров'я

і фізичну форму як частину естетичного ставлення до життя.

Основою педагогіки «нових шкіл» стало переконання у взаємозв'язку розумового й фізичного розвитку. Цей підхід сприяв гуманізації змісту освіти та передбачав такі зміни: формування високої цінності знань, інтеграцію інтелектуального, творчого, естетичного, емоційного і наочного компонентів навчання, пріоритет дослідницьких форм здобуття знань, практичність і висока якість освіти, розвиток творчих здібностей учнів під час викладання дисциплін [24].

На думку М. Левківського [88], специфіка «нових шкіл» полягала у створенні освітнього середовища, яке забезпечувало інтеграцію інтелектуального, фізичного та психічного здоров'я учнів. Основні принципи передбачали: зміщення акценту з учителя як джерела знань до самостійної активності учнів; чергування різноманітних видів і форм навчальної діяльності; інтеграцію розумового, морального та естетичного виховання; запровадження «надпредметного» навчання, яке формувало у школярів творчий підхід до пізнання світу [88].

Важливу роль у розвитку ідей щодо оздоровчої діяльності у закладах освіти відіграли концепції Р. Штайнера. Його педагогічна система базувалася на ідеї вільного виховання та принципі цілісності освітнього процесу, який враховував взаємозв'язок психічного, морального та фізичного розвитку учнів. Вальдорфські школи впроваджували інтеграцію наук, мистецтва і моралі для гармонійного розвитку інтелектуальних, етичних і соціальних якостей учнів. Основними аспектами навчального процесу були: формування цілісних системних знань, зв'язок теоретичних знань із практикою, розвиток емоційно-вольової сфери, збереження фізичних і духовних сил через врахування природних біологічних і психічних ритмів [88].

У вітчизняній педагогіці питання формування здорової особистості були важливими ще з часів Київської Русі. Для давніх слов'ян здоров'я було однією з основних цінностей, що зумовлювало спрямованість виховання на розвиток мужності, витривалості, психічної стійкості й фізичної сили. Така система

виховання була необхідною для захисту від зовнішніх загроз, що підвищувало значення педагогічного впливу на формування здоров'я з раннього дитинства.

У педагогічній спадщині Київської Русі закладено початки виховання дітей через фізичне виховання. Одним із ключових методів було використання рухливих ігор, які слугували не лише для тренування опорно-рухового апарату, а й розвивали увагу, реакцію, командну взаємодію, швидкість прийняття рішень у критичних ситуаціях. Емоційно-психологічні аспекти цих ігор створювали атмосферу позитивного настрою, спортивного змагання, доброзичливості та командного духу.

Аналіз педагогічної спадщини давніх слов'ян свідчить про важливість гумористичного фольклору, такого як потішки, байки та перевертні, у формуванні оптимістичного світогляду дітей. Завдяки гумору діти вчилися легше долати життєві труднощі, підтримуючи своє психологічне здоров'я. Народні традиції, масові ігри та свята, в яких брали участь діти, молодь і дорослі, забезпечували передачу життєвого та здоров'язберігаючого досвіду від покоління до покоління.

З давніх рукописів X–XII століть відомо, що рекомендації з охорони здоров'я підростаючого покоління формувалися у вигляді правил. Одним із видатних пам'яток педагогічної думки того часу є «Повчання дітям Володимира Мономаха» (1117 р.), яке наголошує на важливості інтеграції освіти і виховання для забезпечення розумового, морального та фізичного розвитку молоді [9].

До XVIII століття здоров'язберігаюча педагогіка в Україні базувалася на народних традиціях та релігійних віруваннях. Її підходи були обмежені елементарними знаннями про гігієну та фізичне виховання, що не мали системного характеру [158]. У XX столітті виникли нові підходи до упровадження здоров'язберігаючих технологій, які охоплювали антропологічний, гігієнічний, гуманістичний та фізичний підходи. Антропологічний підхід був започаткований у працях К. Ушинського, а в XX столітті його продовжили дослідження М. Басова, Л. Виготського, В. Кашенка

та інших. Гігієнічний підхід відображено в роботах М. Іорданського та С. Советова. Гуманістичний підхід набув популярності завдяки працям В. Вахтерова, В. Сухомлинського, а фізичний підхід розвивали В. Ігнат'єв, П. Лесгафт та інші.

У ХХ столітті розвиток здоров'язберігаючої діяльності був зумовлений переходом до постіндустріального суспільства. Виникла необхідність у нових підходах до гармонійного розвитку дитини, що поєднували фізичний, інтелектуальний, психічний, соціальний та духовний аспекти. Значний внесок у цій сфері зробив український педагог В. Сухомлинський, який створив систему охорони здоров'я, що охоплювала навчальний заклад, дітей, педагогів, батьків і громаду. Він наголошував на важливості ранкової зарядки, організації здорового харчування та відпочинку, а також психологічної підтримки дітей.

У другій половині ХХ століття зростання науково-технічного прогресу посилювало необхідність упровадження здоров'язберігаючих технологій у навчальні заклади. Глобалізація та інформатизація суспільного життя сприяли розробці нових стратегій у цій галузі. Нині суспільство висуває високі вимоги до здоров'я людини, що знайшло відображення в системі освіти.

Таким чином, історико-педагогічний аналіз виникнення та розвитку поняття «охорона здоров'я» у сфері освіти дає змогу визначити основні підходи до проблем охорони здоров'я дитини, характерні для доіндустріального та індустріального суспільств. Основною характеристикою цих моделей є нестача системної здоров'язберігаючої діяльності та цілеспрямованого формування у молоді здоров'язберігаючих навичок за допомогою здоров'язберігаючих технологій у тогочасних навчальних закладах. Кардинальні зміни в суспільстві, характерні для постіндустріального суспільства, позначаються на загальних показниках фізичного, психічного та соціального здоров'я молоді. Це вимагає розробки нових підходів до охорони здоров'я як основи здоров'язберігаючих технологій. Історична ретроспектива розвитку уявлень про здоров'я молоді та використання здоров'язберігаючих

технологій у навчанні, набутий досвід з теоретичних і практичних питань охорони здоров'я нації стає основою для розробки методичної системи упровадження здоров'язберігаючих технологій та формування культури здоров'я.

1.5. Особливості фізкультурно-оздоровчої діяльності різних груп населення

Фізична культура та оздоровча діяльність є наріжним каменем благополуччя особистості та громади, слугуючи провідником цілісного здоров'я та життєвої сили. Проте прагнення до фізичної форми та здоров'я проявляється унікально серед різних груп населення через культурні, соціально-економічні та екологічні чинники. Тому важливо дослідити особливості фізичної культури та оздоровчої діяльності серед різних демографічних сегментів, проливаючи світло на їхні відмінні практики, виклики та внесок у ширший ландшафт сприяння оздоровленню.

Фізкультурно-оздоровча діяльність серед дітей і підлітків має важливе значення у формуванні життєвих звичок і профілактиці хронічних захворювань. У розвинених країнах структуровані програми фізичного виховання в школах спрямовані на прищеплення базових рухових навичок, виховання любові до фізичної активності та боротьбу з сидячим способом життя. Навпаки, у менш економічно привілейованих регіонах доступ до таких програм може бути обмеженим, що потребує низових ініціатив та пропаганди інклюзивних місць для відпочинку та доступних спортивних споруд. Крім того, культурне ставлення до фізичної активності може впливати на рівень участі, при цьому деякі спільноти наголошують на навчальних досягненнях, а не на фізичній майстерності. Усунення цих невідповідностей потребує багатогранних підходів, зокрема освітні реформи, залучення громади та цілеспрямовані заходи для сприяння активному способу життя з раннього віку [78, 125, 133].

Серед дорослих фізкультурно-оздоровча діяльність суттєво різниться залежно від віку, професії, соціально-економічного статусу, культурних норм [37, 203, 285]. У міських умовах обмеження часу та сидяча робота часто перешкоджають регулярним фізичним вправам, що призводить до зростання захворювань, пов'язаних зі способом життя. Програми оздоровлення на робочому місці з'явилися як стратегія пом'якшення цих проблем, інтегруючи фізичну активність у повсякденну рутину та сприяючи культурі здоров'я в організаціях. Проте диспропорції зберігаються: маргіналізовані верстви населення стикаються з такими бар'єрами, як нестача доступу до безпечних місць для відпочинку, обмежені ресурси для фітнес-обладнання та культурна стигма щодо певних форм фізичних вправ. Спеціальні втручання, спрямовані на вирішення цієї структурної нерівності, одночасно сприяючи культурно відповідній фізичній активності, мають важливе значення для сприяння інклюзивним ініціативам щодо сприяння здоров'ю серед дорослих [37, 68, 210, 492].

На сьогодні фізична культура та оздоровча діяльність набувають нового значення серед людей похилого віку, відіграючи вирішальну роль у підтримці незалежності, когнітивних функцій і загальної якості життя. З віком фізіологічні зміни та вікові захворювання зумовлюють необхідність адаптації програм фізичної активності з акцентом на вправи, спрямовані на поліпшення рухливості, рівноваги й м'язової сили, з метою зменшення ризику травматизму. Громадські програми [14, 150, 227, 282], такі як центри для людей похилого віку, групові фітнес-класи та рекреаційна терапія, пропонують можливості для соціальної взаємодії, емоційної підтримки та функціонального фітнес-тренінгу, адаптованого до потреб людей похилого віку. Крім того, ініціативи, які сприяють взаємодії між поколіннями, такі як спільні місця відпочинку чи програми наставництва, сприяють почуттю причетності та взаємної вигоди між віковими групами. Однак невідповідність у доступі до цих ресурсів зберігається, особливо серед людей похилого віку, які отримують недостатнє обслуговування і стикаються з економічними труднощами чи

географічною ізоляцією. Щоб подолати ці прогалини, потрібні інвестиції в інфраструктуру, орієнтовану на людей похилого віку, підтримку опікунів і політику, яка надає пріоритет здоров'ю та благополуччю літніх людей [32, 225, 278].

Водночас певні демографічні групи, наприклад люди з обмеженими можливостями, хронічними захворюваннями або психічними розладами, мають унікальні потреби у фізичній культурі та здоров'ї, які вимагають спеціальних підходів і пристосувань. Адаптивні спортивні програми, інклюзивні фітнес-центри та реабілітаційні послуги відіграють важливу роль у сприянні фізичній активності, соціальному залученню та розширенню можливостей людей з обмеженими можливостями. Подібним чином терапевтичні втручання, такі як призначення фізичних вправ, практики усвідомленості та терапія, заснована на мистецтві, пропонують цілісні підходи до оздоровлення для тих, хто керує хронічними захворюваннями або проблемами психічного здоров'я [204, 389]. Однак системні перешкоди, такі як недоступне середовище, неадекватне страхове покриття та соціальна стигма, продовжують перешкоджати участі та обмежувати доступність індивідуальних послуг для особливих груп населення. Реформи політики та співпраця між постачальниками медичних послуг, громадськими організаціями та групами захисту є важливими для сприяння середовищу, яке надає пріоритет справедливості, доступності та інклюзивності у фізичній культурі та оздоровчій діяльності для всіх [54, 191].

Таким чином, особливості фізкультурно-оздоровчої діяльності серед різних груп населення підкреслюють багатоаспектність оздоровлення та необхідність інклюзивних підходів, спрямованих на соціальні детермінанти здоров'я. Визнаючи та враховуючи унікальні потреби, уподобання та виклики, з якими стикаються різні демографічні сегменти, ми можемо створювати середовище, яке підтримує активне життя, стійкість та процвітаючі спільноти. Завдяки спільним зусиллям, які охоплюють освіту, політику та низові ініціативи, можливо створити більш справедливий та інклюзивний ландшафт

фізичної культури та оздоровчої діяльності, де кожна людина має можливість досягти цілісного благополуччя та повністю реалізувати свій потенціал.

1.5.1. Особливості методики фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми і підлітками. Фізкультурно-оздоровча робота відіграє провідну роль у формуванні фізичного, психічного і соціального благополуччя дітей і підлітків. Методологія, яка використовується в цій галузі, є багатогранною, враховуючи унікальні потреби, характеристики та етапи розвитку молодих людей. Виділяють різні аспекти методики фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми та підлітками: освітні підходи, програмування, інтеграція технологій.

Рекомендовано [78, 114, 182] перш ніж заглиблюватися в методику, важливо зрозуміти особливості психіки дітей і підлітків. Діти перебувають на критичних етапах фізичного, когнітивного та емоційного розвитку, помітними є допитливість, енергія та потреба досліджувати. З іншого боку, підлітки проходять швидкий фізичний ріст, когнітивне дозрівання та формування ідентичності, що часто характеризується підвищеною самосвідомістю та впливом однолітків.

Слід зазначити, що ефективна фізкультурно-оздоровча робота з дітьми та підлітками потребує індивідуальних виховних підходів. Одним із таких є залучення навчання, заснованого на іграх. Гра є внутрішньою ознакою дитинства, сприяючи залученню, творчості та розвитку навичок. Інтегруючи ігри, виклики та інтерактивні дії, педагоги можуть покращити участь і задоволення, тим самим сприяючи звичкам фізичної активності протягом усього життя [64, 263].

Інший важливий освітній підхід – це розвиток внутрішньої мотивації [109, 175, 374]. Внутрішня мотивація впливає з особистого інтересу та задоволення, а не із зовнішніх винагород. Сприяння розвитку самостійності, відчуття компетентності та соціальної інтегрованості формує внутрішню

мотивацію дітей і підлітків що, своєю чергою, підвищує їхню залученість до регулярної фізичної активності та здорового способу життя.

Водночас розроблення комплексних програм для дітей та підлітків вимагає ретельного врахування різних факторів. По-перше, програми мають надавати пріоритет інклюзивності, обслуговуючи людей із різними здібностями, походженням та інтересами. Забезпечуючи адаптивне обладнання, модифікуючи види діяльності та створюючи сприятливе середовище, програми можуть забезпечити рівні можливості для участі та успіху [210, 401].

Крім того, прогресивне програмування має вирішальне значення для врахування мінливих потреб і здібностей молодих людей. Прогресування передбачає поступове збільшення інтенсивності, складності та викликів діяльності, сприяючи постійному розвитку навичок і фізичному вдосконаленню. Крім того, міждисциплінарна співпраця між освітянами, медичними працівниками та зацікавленими сторонами в громаді підвищує ефективність програми шляхом вирішення цілісних потреб охорони здоров'я та сприяння бездоганній інтеграції послуг.

Актуальною проблемою є фізичний розвиток дітей різного віку, оскільки сучасні дітяки часто мають недостатній рівень фізичної підготовки та функціональні порушення здоров'я. V. Adonkina, O. Mishchenko, Y. Greshko [179] акцентують увагу на значному погіршенні показників фізичного стану дітей останніми десятиліттями, що вимагає розробки нових підходів до фізичного виховання. Одним із ефективних засобів фізичного розвитку є використання фітбол-аеробіки, як сучасного засобу фізичного виховання, що позитивно впливає не лише на фізичний, а й на психоемоційний стан дітей.

Також у цифрову епоху технології є цінним інструментом у фізкультурно-оздоровчій роботі з дітьми та підлітками [421, 469]. Інтерактивні фітнес-додатки, ексергейми та переносні пристрої пропонують захоплювальні платформи для просування та моніторингу фізичної активності. Ці технології забезпечують зворотній зв'язок у реальному часі, персоналізовані

рекомендації та соціальні зв'язки, мотивуючи молодих людей залишатися активними та ефективно відстежувати свій прогрес.

Окрім цього, онлайн-ресурси та віртуальні платформи сприяють дистанційному навчанню та взаємодії, особливо в умовах, коли традиційні особисті взаємодії обмежені. Віртуальні фітнес-класи, навчальні відео та інтерактивні посібники розширюють доступ до фізичної культури та медико-санітарної освіти, долаючи географічні бар'єри та сприяючи інклюзивності.

Але незважаючи на численні переваги, методика фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми та підлітками стикається з низкою труднощів. Це, зокрема, усунення розбіжностей у доступі до ресурсів, боротьба з малорухливим способом життя та керування суспільними впливами, які надають перевагу академічним досягненням над фізичною активністю.

Зважаючи на майбутнє, запроваджуючи інновації, практику, що ґрунтується на фактичних даних, партнерство для співпраці є важливим для подолання цих викликів і розвитку галузі. Крім того, сприяння змінам політики, пропаганда збільшення інвестицій в молодіжні ініціативи щодо охорони здоров'я та надання пріоритету комплексному фізичному вихованню в навчальних програмах є критично важливими кроками до виховання культури здоров'я та благополуччя протягом усього життя серед дітей та підлітків.

Таким чином, методика фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми та підлітками характеризується динамічністю та багатогранністю. Застосовуючи індивідуальні освітні підходи, комплексне програмування та інноваційні технології, педагоги та медичні працівники можуть ефективно сприяти фізичній активності, здоровій поведінці та загальному благополуччю молодих людей. Тому, вкрай важливо ставити пріоритет на здоров'я та розвиток майбутніх поколінь, закладаючи основу для більш здорового та активного суспільства.

1.5.2. Методика фізкультурно-оздоровчих занять з людьми зрілого й похилого віку. Рухова активність відіграє життєво важливу роль у сприянні благополуччю та довголіттю серед зрілих, людей похилого віку та літніх. З віком підтримка фізичного здоров'я стає все більш важливою для забезпечення високої якості життя [82, 263, 385, 433]. Однак розроблення ефективних методологій, адаптованих до унікальних потреб і можливостей цієї демографічної групи, представляє значні проблеми. Тому дуже важливо дослідити різні методології рекреаційно-оздоровчих занять з урахуванням спеціально розроблених для людей зрілого й похилого віку, зосереджуючись на їхніх фізіологічних, психологічних і соціальних аспектах.

Зазначена демографічна група охоплює широкий спектр людей, кожна з яких має унікальний профіль здоров'я, фізичні здібності та інтереси. Тому при розробці програм необхідно враховувати такі чинники, як пов'язане з віком зменшення м'язової маси, щільності кісток, гнучкості та стану серцево-судинної системи. Крім того, психологічні чинники, такі як мотивація, самоефективність і ставлення до фізичних вправ, відіграють значну роль у дотриманні програм фізичної активності серед людей похилого віку [203, 278, 422].

Одним із ефективних засобів є інклюзивний підхід, необхідний на заняттях з фізичного виховання та здоров'я для зрілих, людей похилого та старшого віку. Це передбачає створення атмосфери, яка є доброзичливою, підтримує та пристосовується до людей із різними здібностями та рівнями фізичної підготовленості. Інклюзивні методології зосереджені на адаптації вправ і заходів відповідно до потреб і можливостей кожного учасника, гарантуючи, що кожен може безпечно та комфортно брати участь [255]. Такі зміни, як використання зменшення інтенсивності та надання альтернативних вправ, можуть допомогти людям похилого віку з проблемами пересування або хронічними захворюваннями ефективно займатися фізичною активністю.

Тому пристосування програм вправ до конкретних потреб та інтересів зрілих та людей похилого віку є ключовим фактором сприяння прихильності

та досягненню позитивних результатів. Персоналізований підхід враховує такі чинники, як рівень фізичної підготовленості, історію хвороби, уподобання та цілі під час розробки програм вправ. Залучення різноманітних заходів, таких як силові тренування, вправи на гнучкість, вправи на рівновагу та аеробні вправи, може сприяти багатьом аспектам фізичної підготовки та покращити загальне самопочуття. Крім того, функціональні вправи, які імітують повсякденну діяльність, можуть покращити незалежність і якість життя літніх людей.

Заразом фізкультурно-оздоровчі заняття для людей зрілого й похилого віку мають зосереджуватися не лише на фізичних вправах, а й передбачати компоненти санітарної освіти. Надання інформації на такі теми, як харчування, лікування хронічних захворювань, запобігання курінню, управління стресом і лікування ліками, може допомогти літнім людям приймати обґрунтовані рішення щодо свого здоров'я та способу життя. Інтерактивні дискусії, семінари та запрошені доповідачі можуть покращити навчання та надати учасникам можливість ставити запитання та ділитися досвідом [466].

Крім цього, Л. В. Балацька, А. В. Гакман, Л. І. Тимчук, І. Ю. Наконечний [14] стверджують, що соціальна підтримка та залучення громади є критично важливими компонентами рекреаційно-оздоровчої діяльності для людей зрілого й похилого віку. Створення почуття причетності та товариства серед учасників може підвищити мотивацію, відповідальність і задоволення від програм фізичної активності. Групові заходи, зокрема групові прогулянки, уроки танців і командні види спорту, сприяють налагодженню соціальних зв'язків і надають можливість літнім людям спілкуватися з однолітками. Крім того, залучення членів сім'ї або опікунів до програмної діяльності може ще більше зміцнити мережі соціальної підтримки та сприяти тривалому дотриманню здорової поведінки [33, 153].

У низці досліджень [3, 35, 162, 225] зазначено, що фізкультурно-оздоровчі заняття для людей зрілого й похилого віку повинні сприяти навчанню рухам протягом усього життя та розвитку навичок. Заохочення

учасників ставити реалістичні цілі, відстежувати свій прогрес і відзначати досягнення може підвищити впевненість і мотивацію. Надання можливостей для набуття та опанування навичок, таких як вивчення нових вправ або спортивних технік, може стимулювати когнітивні функції та покращити загальне самопочуття. Крім того, доцільне проведення майстер-класів або семінарів безперервної освіти на теми, що стосуються старіння та здоров'я, можуть дати людям похилого віку можливість брати активну роль в управлінні своїм здоров'ям і способом життя.

Підсумовуючи зазначимо, що ефективні методології фізкультурно-оздоровчих занять для людей зрілого й похилого віку передбачають комплексний підхід, який відповідає унікальним потребам і можливостям цієї демографічної групи. Інклюзивний підхід, індивідуальні програми вправ, інтеграція медичної освіти, соціальна підтримка та залучення громади, а також сприяння навчанню протягом усього життя та розвитку навичок є важливими елементами успішних програм. Впроваджуючи ці методології, освітяни та медичні працівники можуть надати літнім людям можливість вести активне, здорове та повноцінне життя з віком.

1.5.3. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фізичної активності різних груп населення. За даними ВООЗ регулярна фізична активність запобігає та допомагає в лікуванні хвороб серця, діабету другого типу та раку, які є причиною майже трьох чвертей смертей у всьому світі. Фізична активність також полегшує симптоми депресії та тривоги й покращує процеси мислення, навчання та загальне самопочуття. Для збереження здоров'я та гарного самопочуття ВООЗ рекомендує, щоб усі дорослі отримували принаймні 150-300 хв аеробної фізичної активності середньої інтенсивності на тиждень (або еквівалентну кількість активності високої інтенсивності), а всі діти та підлітки отримували в середньому 60 хв аеробної фізичної активності середньої інтенсивності на день.

Взагалі фізична активність має величезне значення протягом усього життя кожної людини. Фізична активність може бути частиною роботи, спорту чи відпочинку, а також у процесі пересування (пішохідні прогулянки, катання на роликових ковзанах і велосипеді тощо) і щоденних домашніх справ. Літнім людям (віком від 65 років) особливо варто займатися фізичною активністю задля поліпшення рівноваги, координації рухів, зміцнення м'язів та підтримки здоров'я. Збільшення фізичної активності та обмеження часу, проведеного сидячи, корисно усім, зокрема вагітним жінкам і жінкам після пологів, а також людям із хронічними захворюваннями та людям з обмеженими можливостями.

Таким чином, регулярна фізична активність є ключовим захисним фактором у профілактиці та лікуванні неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, діабет другого типу та деякі види онкологічних захворювань. Фізична активність також корисна для психічного здоров'я, зокрема запобігає зниженню когнітивних функцій і симптомів депресії та тривоги; а також сприяє підтримці здорової ваги та загального самопочуття [460]. Глобальні оцінки показують, що 27,5% дорослих [270] та 81% молоді [271] не відповідають рекомендаціям ВООЗ 2010 року щодо фізичної активності [461], за останнє десятиліття майже не спостерігалось покращення. Дані показують, що залежно від віку та статі в більшості країнах існує помітна нерівність у руховій активності. Так, дівчата та жінки менш активні, ніж хлопчики та чоловіки. Також існують значні відмінності у рівнях фізичної активності між групами з вищим рівнем фізичної активності.

Тому нами зроблено аналіз та узагальнено інформацію Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фізичної активності різних груп населення, а саме:

- для дітей і підлітків (5–17 років) рекомендується щоденно (не менше 3 днів на тиждень) виконувати принаймні 60 хв фізичної активності середньої або високої інтенсивності, переважно – аеробні вправи. Такі вправи зміцнюють серцево-судинну систему, покращують метаболічне здоров'я,

сприяють розвитку м'язів і кісток, а також покращують когнітивні функції (зокрема й академічну успішність і виконавчі функції);

- дорослим (18–64 роки) рекомендується принаймні 150–300 хв аеробної активності середньої інтенсивності на тиждень або 75–150 хв інтенсивної активності. Вправи для зміцнення м'язів мають виконуватися щонайменше 2 рази на тиждень, охоплюючи всі основні групи м'язів;

- людям похилого віку (65 років і старше) також рекомендується 150–300 хв фізичної активності середньої інтенсивності або 75–150 хв інтенсивної активності щотижня. Крім того, вправи для зміцнення м'язів та вправи для поліпшення рівноваги потрібно виконувати не менше 3 днів на тиждень, щоб запобігти падінням.

Жінкам під час вагітності та після пологів рекомендується щонайменше 150 хв фізичної активності середньої інтенсивності на тиждень, зокрема аеробні вправи та вправи для зміцнення м'язів. Важливо поступово збільшувати інтенсивність активності після пологів.

Для осіб із хронічними захворюваннями або інвалідністю фізична активність також має велике значення. Рекомендується 150–300 хв фізичної активності середньої інтенсивності на тиждень, а також вправи для зміцнення м'язів два рази на тиждень.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Фізкультурно-оздоровча діяльність є важливим компонентом громадського здоров'я, сприяючи не лише збереженню та зміцненню фізичного стану населення, але й створенню передумов для соціального благополуччя. Вона охоплює фізичний, психологічний і соціальний аспекти, забезпечуючи всебічний вплив на якість життя людей.

Аналіз наукових підходів свідчить про необхідність інтеграції фізкультурно-оздоровчої діяльності в усі сфери життя, зокрема освіту, трудові колективи та громадські ініціативи. В українському контексті акцент робиться

на формуванні культури здоров'я через освітні програми, створення центрів фізичного виховання та популяризацію здорового способу життя. Водночас, успішні приклади інших країн, таких як Польща, демонструють ефективність комплексних підходів, що передбачають як просвітницькі заходи, так і розвиток інфраструктури для занять спортом.

Загалом, фізкультурно-оздоровча діяльність є ключовим чинником збереження громадського здоров'я та соціальної стабільності. Її розвиток потребує комплексного підходу, що поєднує освітні, інфраструктурні та просвітницькі заходи, які сприятимуть формуванню здорового способу життя серед усіх верств населення.

2. Фізкультурно-оздоровча діяльність є ключовим чинником формування здорового способу життя, оскільки сприяє зміцненню фізичного та психічного здоров'я населення, профілактиці захворювань і підвищенню соціального благополуччя. Вона поєднує фізичний, психологічний і соціальний аспекти: регулярна рухова активність підтримує оптимальний фізичний стан, зменшує рівень стресу, покращує емоційний фон та сприяє соціальній взаємодії через колективні форми занять.

Досвід різних країн підтверджує ефективність інтеграції фізкультурно-оздоровчої діяльності в освітню сферу, трудові колективи та громадські ініціативи. Успішні міжнародні практики, зокрема польський досвід, демонструють, що комплексні підходи, які передбачають розвиток спортивної інфраструктури, просвітницькі програми та заходи для різних вікових груп, є найбільш результативними.

З огляду на це, подальший розвиток фізкультурно-оздоровчої діяльності в Україні має ґрунтуватися на адаптації ефективних міжнародних практик, зокрема створенні доступних спортивних просторів, організації масових заходів, розвитку корпоративних і сімейних програм фізичної активності. Це сприятиме покращенню якості життя населення, зниженню рівня захворюваності та зміцненню суспільного здоров'я.

3. Принципи та стратегії забезпечення здорового способу життя є основою гармонійного розвитку суспільства та підвищення добробуту населення. Вони охоплюють фізичні, психічні, соціальні та духовні аспекти існування, а їх ефективна реалізація потребує узгоджених дій на рівні особистості, громади та держави.

До ключових принципів здорового способу життя належать раціональне харчування, регулярна фізична активність, психологічна стійкість, соціальна інтеграція та відмова від шкідливих звичок. Освіта відіграє важливу роль у формуванні культури здоров'я, а упровадження валеологічних знань та фізичної культури в освітній процес сприяє підвищенню рівня усвідомлення значущості здоров'я серед молоді.

Ефективне упровадження стратегій здорового способу життя можливе лише за активної участі громадськості, підвищення рівня обізнаності населення та створення сприятливих соціально-економічних умов. Важливим чинником є співпраця державних і громадських інституцій, а також застосування інноваційних підходів, що враховують як індивідуальні потреби, так і загальні суспільні виклики.

Таким чином, здоровий спосіб життя є ключовим інструментом поліпшення якості та тривалості життя населення, зниження рівня захворюваності та формування соціальної гармонії. Інтеграція його принципів і стратегій сприятиме сталому розвитку суспільства та зміцненню здоров'я нації.

4. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність є важливим засобом зміцнення здоров'я, відновлення працездатності та підвищення якості життя населення. Вона охоплює доступні, регулярні та організовані форми фізичної активності, які можуть реалізовуватися як індивідуально, так і в групових форматах.

Ця діяльність охоплює спортивні, фітнес, рекреаційні та оздоровчі програми, кожна з яких має свою специфіку та цілі. Вона сприяє профілактиці гіподинамії, соціальній інтеграції населення та популяризації здорового

способу життя. Її ефективність залежить від плановірності, доступності, урахування фізичних можливостей учасників та розвитку відповідної інфраструктури.

Технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності спрямовані на зміцнення фізичного та психічного здоров'я через систематичну організацію фізичних вправ середньої інтенсивності, адаптованих до різних вікових і соціальних груп. Основними завданнями цих технологій є профілактика хронічних захворювань, поліпшення фізичної витривалості та формування культури здорового способу життя.

Форми реалізації оздоровчо-рекреаційної рухової активності охоплюють урочні та неурочні заняття, що проводяться у формальних і неформальних групах або самотійно. Вони поділяються на чотири основні групи програм: спортивні, фітнес, рекреаційні та оздоровчі.

Ця диференціація сприяє забезпеченню комплексного впливу на фізичний, психологічний та соціальний стан людини, створюючи умови для підтримки здоров'я, активного дозвілля та інтеграції різних вікових і соціальних груп у систему фізичної активності.

5. Ідея взаємозв'язку між фізичним здоров'ям та способом життя бере свій початок ще з часів Давньої Греції та Риму, коли філософи й медики, такі як Гіппократ, Арістотель і Гален, стверджували, що гармонія між тілом і розумом є основою здоров'я. Вони наголошували на важливості збалансованого харчування, регулярної фізичної активності та чистого повітря як ключових чинників профілактики захворювань.

Вчені XVII–XVIII століть вперше почали систематично вивчати вплив гігієни, фізичної активності та правильного харчування на здоров'я, що заклало фундамент для подальшого розвитку оздоровчих практик та профілактики захворювань.

6. Фізкультурно-оздоровча діяльність різних груп населення є важливим чинником збереження громадського здоров'я, адже враховує вікові, фізіологічні та соціальні особливості учасників. Для дітей і підлітків

фізкультурно-оздоровча робота має особливе значення у формуванні звичок активного способу життя, розвитку моторних навичок та профілактиці хронічних захворювань. Використання ігрових методик, навчання через гру, а також мотивація через досягнення власних результатів сприяють залученню молоді до фізичної активності. Інтеграція новітніх технологій та міждисциплінарних підходів є важливою для подолання бар'єрів та підвищення інтересу до активного способу життя.

Методика занять з людьми зрілого й похилого віку спрямована на підтримку функціонального здоров'я, профілактику вікових захворювань та підвищення якості життя. Інклюзивність, адаптація фізичних навантажень до можливостей кожного, а також врахування потреб у соціальній підтримці та спілкуванні є ключовими елементами ефективних програм. Особлива увага приділяється реабілітаційним та терапевтичним заходам, які забезпечують фізичну активність навіть при хронічних захворюваннях.

Загалом фізкультурно-оздоровча діяльність різних вікових груп потребує адаптивних і гнучких підходів, які враховують індивідуальні потреби учасників, що є основою для підтримки активного, здорового та гармонійного суспільства.

Отже, аналіз наукової літератури свідчить, що фізкультурно-оздоровча діяльність є ключовим чинником формування здорового способу життя та зміцнення громадського здоров'я. Вона передбачає фізичний, психологічний та соціальний аспекти, які сприяють гармонійному розвитку особистості та підвищенню загального рівня життєздатності населення.

На основі узагальнення сучасних досліджень встановлено, що в Україні існує необхідність удосконалення підходів до інтеграції фізкультурно-оздоровчої діяльності в освітню, трудову та громадську сфери. Незважаючи на наявність державних програм та ініціатив, фізична активність населення залишається на недостатньому рівні, а процес формування культури здоров'я потребує подальшого наукового обґрунтування.

Порівняльний аналіз міжнародного досвіду, зокрема польських та європейських програм, засвідчив ефективність комплексного підходу, що передбачає поєднання профілактичних заходів, розбудову спортивної інфраструктури, розвиток рухової активності та освітніх ініціатив. Упровадження таких практик в Україні потребує адаптації до соціально-економічних та культурних особливостей.

Наукове протиріччя в дослідженні полягає у розриві між теоретичним усвідомленням важливості фізкультурно-оздоровчої діяльності та її практичною реалізацією. Попри наявність знань про необхідність фізичної активності, значна частина населення залишається малорухливою, що спричиняє зростання рівня хронічних захворювань та зниження загального рівня здоров'я.

Таким чином, подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку ефективних механізмів залучення населення до фізкультурно-оздоровчої діяльності, удосконалення освітніх стратегій та інтеграцію цифрових технологій для моніторингу фізичної активності. Це дозволить підвищити ефективність здоров'язбережувальних ініціатив та забезпечити стале формування культури здорового способу життя в суспільстві.

Результати за розділом подано в наукових працях: [125, 152, 236, 319, 482].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

У ході написання дисертації та вирішення мети й завдань, що поставлені в роботі, використано такі методи дослідження:

- загальнонаукові (аналіз та узагальнення матеріалів наукової і методичної літератури, аналіз інформаційних ресурсів інтернету, застосування методів порівняння, індукції та дедукції, а також структуризація наукових даних щодо аспектів здоров'язбереження засобами фізкультурно-оздоровчої діяльності, вивчення та узагальнення документів організації освітнього та рекреаційно-оздоровчого процесу);
- соціологічні;
- педагогічні методи дослідження (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент);
- медико-біологічні;
- психодіагностичні методи дослідження;
- методи математичної статистики.

2.1.1. Загальнонаукові методи дослідження. Під час проведення дослідження ефективним виявилось використання методів аналізу, синтезу, узагальнення та порівняння для опрацювання теоретичних положень і практичних даних, викладених у науковій літературі, документальних і методичних джерелах. Застосування цих методів дозволило детально вивчити аспекти реалізації фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної діяльності. Крім того, вони були використані для формування методології дослідження, уточнення теоретичних передумов, а також формулювання мети й завдань наукової роботи.

Результати, отримані в межах логіко-методологічного підходу, стали

основою для розроблення технології фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної діяльності, орієнтованої на різні групи населення, та її експериментальної перевірки. Теоретичний рівень дослідження передбачав залучення таких методів, як абстрагування та експериментування. Ці методи сприяли формуванню понятійного апарату, розробленню практичних проєктів і відповідних технологій.

Емпірична частина дослідження охоплювала теоретичний аналіз та узагальнення наукових джерел, контент-аналіз текстів, аналіз документальних матеріалів, системний і структурно-функціональний аналіз, а також методи порівняння та зіставлення. Теоретичний аналіз був спрямований на вивчення історичних передумов формування знань про здоров'я, принципів і стратегій збереження здорового способу життя, а також на характеристики оздоровчо-рекреаційної активності як соціального явища. Ці методи дозволили також висвітлити особливості фізкультурно-оздоровчої діяльності серед різних груп населення, проаналізувати мотиваційні чинники та чинники залучення до фізичної активності, а також вивчити досвід організації освітнього процесу в Україні та Польщі.

Теоретичний аналіз і узагальнення науково-методичної літератури та інформаційних джерел з мережі «Інтернет» виявилися корисними для формулювання проблеми дослідження, його мети, завдань, а також обґрунтування актуальності обраного наукового напрямку. Аналіз літератури, виконаний у межах роботи, був орієнтований на дослідження напрацювань українських і зарубіжних учених у сфері здоров'язбережувальної діяльності через рухову активність, що дозволило виявити актуальність проблеми, уточнити мету й завдання дослідження, а також визначити ефективність використання різноманітних засобів фізичної культури для різних вікових груп населення.

Загалом у ході роботи опрацьовано 496 літературних джерел, які надали можливість отримати розширене уявлення про стан здоров'я дітей, молоді та дорослих, а також про проблеми, що супроводжують фізкультурно-оздоровчу

діяльність. Аналіз законодавчої бази України та Польщі дав змогу визначити особливості державного управління у сфері фізкультурно-оздоровчої діяльності, а також виявити необхідність розробки новітніх форм цієї діяльності.

З метою систематизації та розширення теоретичних знань у дисертації використовували спеціалізовані методи аналізу:

- метод реконструкції допомагав адаптувати та інтегрувати необхідний матеріал у текст роботи, забезпечуючи поєднання авторських висновків із висловленнями інших дослідників;
- метод аперцепції дав змогу доповнити знання, що були використані власними судженнями, обґрунтованими в межах дослідження;
- аспектний аналіз забезпечував осмислення наукових текстів крізь призму досліджуваної проблеми;
- герменевтичний аналіз сприяв виявленню змісту ключових термінів і понять, що дозволило уточнити наукову новизну дослідження;
- критичний аналіз виявляв сильні та слабкі сторони вивчених наукових текстів;
- концептуальний аналіз давав змогу визначити основи концепцій, які використано для побудови висновків;
- проблемний аналіз акцентував увагу на невирішених питаннях і визначав методи, необхідні для їх вирішення [50, 87, 116].

Таким чином, використання теоретичних і емпіричних методів дослідження дозволило глибоко і всебічно опрацювати проблематику, досягти поставлених завдань, а також отримати результати, що мають значну наукову й практичну цінність.

Вивчення та узагальнення документів, які регулюють організацію освітнього та рекреаційно-оздоровчого процесу, є одним із фундаментальних дослідницьких інструментів. Його мета полягає у всебічному аналізі нормативної бази, методичних рекомендацій, планів і звітів з метою систематизації та оцінки їхньої ефективності. Застосування цього методу

сприяє виявленню основних тенденцій, недоліків і перспектив розвитку у сфері освітньої та рекреаційно-оздоровчої діяльності.

Основною метою цього методу є отримання цілісного уявлення про організацію процесу освітньої та рекреаційно-оздоровчої діяльності через аналіз змісту, структури та упровадження регламентуючих документів. Це дозволяє виявити відповідність програм сучасним науковим підходам, оцінити їхню актуальність і ефективність, а також визначити можливі напрями удосконалення.

Вивчення та узагальнення документів дозволило забезпечити об'єктивність отриманих результатів, оскільки ці дані базуються на аналізі офіційних матеріалів, що сприяло виявленню науково обґрунтованих підходів до організації рекреаційно-оздоровчої діяльності, встановленню відповідності нормативних актів практичним потребам суспільства, а також формулюванню перспективних напрямів розвитку цієї сфери, що є особливо актуальним для дослідження якості реалізації освітніх та оздоровчих програм, визначення їхньої відповідності національним і міжнародним стандартам, а також для виявлення оптимальних підходів до організації цих процесів у різних соціальних та культурних контекстах.

Для порівняння освітніх програм Польщі та України застосовувався контент-аналіз, що є ефективним методом, оскільки дозволяє систематизувати та інтерпретувати зміст програм на основі чітких категорій. Цей метод дав змогу оцінити, наскільки значна увага приділяється фізичній активності, здоров'язберезувальним технологіям та формуванню здорового способу життя.

Для порівняльного аналізу обирались офіційні документи освітніх програм з фізичного виховання та інших дисциплін, що містять оздоровчу складову, зокрема: «Фізична культура», «Основи здоров'я», «Безпека життєдіяльності» тощо. Для об'єктивного оцінювання змісту освітніх програм визначалися категорії контент-аналізу, які дозволили кількісно та якісно порівняти оздоровчий компонент у програмах Польщі та України. Основні

категорії передбачали: фізичну активність, здоров'язберезувальні технології; профілактику захворювань, психоемоційне здоров'я, компетентнісний підхід, інтегрованість із європейськими стандартами. Всього було проаналізовано 180 освітніх програм Польщі та України: 37 програм закладів середньої освіти й 143 програми закладів вищої освіти за різними рівнями здобуття вищої освіти, як типових (що затверджені на державному рівні), так і авторських програм.

Контент-аналіз передбачав кількісну та якісну оцінку програм. У ході кількісного аналізу відбувався підрахунок згадок про оздоровчі аспекти у навчальних програмах (скільки годин виділено на фізичну активність, яка частка теоретичного та практичного матеріалу стосується здоров'я), під час якісного аналізу здійснювалась оцінка змісту програм з точки зору актуальності, наукової обґрунтованості, відповідності сучасним тенденціям у сфері здорового способу життя тощо.

Після збору та аналізу даних здійснювався порівняльний аналіз щодо визначення, яка країна приділяє більше уваги оздоровчій складовій навчального процесу; порівняння кількості та якості запропонованих оздоровчих заходів; аналізу, які методики здоров'язбереження інтегровані в освітні програми кожної країни.

На основі аналізу формувалися висновки щодо ефективності навчальних програм, можливостей удосконалення оздоровчої складової та рекомендації щодо адаптації кращих практик Польщі та України.

2.1.2. Соціологічні методи дослідження. Метод соціологічного опитування посідав ключову позицію в процесі збору первинних даних у рамках дослідження. Основним інструментом було анкетування, яке передбачало звернення до респондентів із запитаннями з метою отримання необхідної інформації.

Процес опитування організовано через програмне забезпечення Google Forms. У процесі дослідження проведено опитування різних груп населення, загальна кількість респондентів склала 3305 осіб з Польщі та України (1111

дітей 12–15 років, 1070 здобувачів вищої освіти, 607 осіб зрілого віку та 517 осіб похилого віку).

Анкета являла собою структурований набір запитань (Додаток А), відповіді на які відображали ставлення респондентів до пріоритетних характеристик, важливих для підвищення ефективності фізкультурно-оздоровчих занять та спортивно-оздоровчих тренувань, а також рівня залученості до них. Отримані відповіді слугували основою для подальшого аналізу та інтерпретації даних.

За допомогою анкети було досліджено самооцінку стану здоров'я осіб зрілого й похилого віку, що дозволило отримати додаткові цінні дані для дослідження. Зважаючи на складність питань, пов'язаних зі здоров'ям, дослідження передбачало активне використання різноманітних соціологічних методів, таких як бесіда, інтерв'ю та опитування.

2.1.3. Педагогічні методи дослідження (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент). На першому етапі дослідження використовувався метод педагогічного спостереження, який забезпечував ознайомлення та орієнтацію в досліджуваних явищах. Цей метод дав змогу глибше зрозуміти специфіку фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної діяльності, уточнити окремі питання, які стали базою для подальшого аналізу. Перед початком спостереження були чітко визначені його мета, завдання, а також обрано оптимальні методи фіксації даних, що сприяло забезпеченню об'єктивності отриманої інформації.

Педагогічне спостереження тривало протягом усього дослідження і слугувало важливим інструментом для оцінки впливу фізкультурно-оздоровчих занять на стан здоров'я представників різних вікових і соціальних груп населення. У ході спостереження увага зосереджувалася на поведінкових, морфофункціональних і емоційних аспектах досліджуваних. Для підвищення достовірності отриманих даних результати педагогічного спостереження були доповнені інформацією, зібраною за допомогою методу інтерв'ювання.

Інтерв'ю проводилося в умовах відкритого діалогу з учасниками дослідження, які добровільно погодилися на участь. Це сприяло створенню комфортної атмосфери для обміну думками, що дозволило отримати більш глибокі та особистісні дані.

Педагогічний експеримент складався з двох етапів: констатувального та перетворювального. На констатувальному етапі зосереджувалася увага на зборі вихідних даних: морфофункціональних показників, рівня фізичної підготовленості та психоемоційного стану учасників до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю. Цей етап забезпечив емпіричну базу для подальшої роботи.

На перетворювальному етапі впроваджувалися найбільш популярні види фізкультурно-оздоровчої діяльності серед різних груп населення. Ефективність упроваджених заходів оцінювалася на основі порівняння отриманих даних із результатами, зафіксованими на констатувальному етапі. Окрім цього, оцінювався ступінь задоволеності учасників запропонованими заняттями та їх вплив на зміну мотивації до фізичної активності.

Загальна кількість учасників педагогічного експерименту склала 681 особу різного віку та статі, які займалися різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності протягом року (76 хлопців 12–15 років, які займалися спортивними іграми, спортивно-оздоровчим туризмом та боксом; 161 юнаків та дівчат 17–22 років, які займалися спортивними іграми, спортивно-оздоровчим туризмом, скелелазінням та різними видами фітнесу; 332 особи зрілого віку, які займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю з використанням мобільних додатків та без них; 112 осіб похилого віку, які займалися скандинавською ходьбою, плаванням та спортивно-оздоровчим туризмом).

Таким чином, педагогічне спостереження та експеримент забезпечили всебічний підхід до вивчення впливу фізкультурно-оздоровчої діяльності на різні аспекти здоров'я населення. Ці методи дозволили отримати об'єктивні дані, що сприяли розробці науково обґрунтованих рекомендацій щодо

оптимізації оздоровчої роботи з різними групами населення.

Для оцінки рівня розвитку сили здобувачів вищої освіти, які брали участь у заняттях спортивно-оздоровчої секції зі скелелазіння, було застосовано спеціалізовані тести, що відображають основні аспекти силових проявів у цьому виді спорту. Ці тести спрямовані на вимірювання фізичних показників, безпосередньо пов'язаних із специфічними рухами та зусиллями, характерними для скелелазіння, такими як утримання власної ваги, статичне навантаження м'язів рук і ніг, а також вибухова сила та витривалість м'язів верхньої частини тіла:

1. Вис у блоці – випробовуваний виконує вис на перекладині на зігнутих руках в ліктьовому суглобі, з утворенням кута 90 градусів. По команді "Готовий" спортсмен приймає задане положення, а тренер вмикає секундомір.

2. Підтягування на перекладині – випробовуваний береться за перекладину середнім хватом, виконує захоплення перекладини кистю згори. Спортсмен повинен виконати максимальну кількість підтягувань. Фіксується кількість правильно виконаних разів.

3. Підтягування до грудей – випробовуваний береться за перекладину середнім хватом та виконує захоплення перекладини кистю згори. Спортсмен повинен виконати максимальну кількість підтягувань. Фіксується кількість правильно виконаних разів.

4. Згинання-розгинання рук в упорі лежачи – виконується на рівній горизонтальній поверхні. Випробовуваний приймає вихідне положення упору лежачи: руки випрямлені, розташовані на ширині плечей, кисті спрямовані вперед; тулуб і ноги утворюють пряму лінію. За командою учасник починає виконувати рухи, ритмічно згинаючи та розгинаючи руки з повною амплітудою. Підраховується кількість правильно виконаних згинань та розгинань рук за одну спробу.

5. Кистьова динамометрія – виміри проводять три рази, з вибором кращого результату. Руку, яка стискає динамометр, треба тримати паралельно підлозі.

6. Згинання кисті з обтяженням – випробовуваний сідає на лавку тренажера, бере двома руками млинець хватом знизу. Потім кладе руки на горизонтальну підставку, так щоб кисті рук були в безопорному положенні. Приймавши потрібне положення, спортсмен починає виконувати згинання кисті з обтяженням.

2.1.4. Медико-біологічні методи дослідження. Медико-біологічні методи дослідження використано для виявлення рівня морфологічного стану, кардіореспіраторного апарату та визначення рівня фізичного здоров'я [74, 75, 142, 143, 288, 408].

Довжина та маса тіла характеризують процеси росту та фізичного розвитку людини. Показники вимірювались у випрямленому положенні за допомогою рулетки, виготовленої зі сталі (щоб не розтягувалася), що калібрується в метричних одиницях з ясною ідентифікацією сантиметрових міток. При вимірюванні зросту випробовуваний перебував у вертикальному положенні босоніж, руки вільно опущені вздовж тулуба. П'яти, сідниці, верхня частина спини і потилиця торкалися до стіни, випробовуваний дивився прямо і робив глибокий вдих.

Для вимірювання маси тіла використано медичні ваги, реєстрували вагу з точністю до десятої частки кілограма. Випробовувані зважувалися без одягу.

Частота серцевих скорочень (ЧСС) є одним із найважливіших фізіологічних показників, що характеризує стан серцево-судинної системи при оцінці інтенсивності м'язового навантаження. ЧСС різними способами залежно від форми організації фізкультурно-оздоровчої діяльності та контингенту тих, що займаються (пальпаторно або ручного пульсометра). Числові показники відображались в кількості ударів за хв у ($\text{уд} \cdot \text{хв}^{-1}$).

У ході туристських походів здійснювався моніторинг функціонального стану серцево-судинної системи студентської молоді з метою оцінки ССС реакції на фізичне навантаження та ефективності відновлювальних процесів після проходження ділянок із підвищеним рельєфом. Дані ЧСС та потужності

роботи серцево-судинної системи фіксувалися за допомогою ручного пульсометра Canyon SportMaster CNS-SW1.

Під час занять фізкультурно-оздоровчо діяльністю людей похилого віку ЧСС реєструвалася пальпаторно.

Артеріальний тиск (АТ) вимірювався за допомогою методики М. С. Короткова. Вимірювання проводилося в один і той же час зранку, до виконання фізичного навантаження, а також в процесі занять фізичними вправами та тренувальних занять і після них.

Життєва ємність легень (ЖЄЛ) – максимальна кількість повітря, яку можна видихнути після максимального вдиху. Вона дозволяє оцінювати величину дихальної поверхні легень, на якій відбувається газообмін між альвеолярним повітрям і кров'ю капілярів легень. ЖЄЛ є одним із найважливіших показників функціонального стану апарату зовнішнього дихання, який дозволяє визначити рухливість легень і грудної клітки в юному віці. При правильно побудованій системі тренувань ЖЄЛ може збільшуватися. Зниження ЖЄЛ спостерігається при перевтомі, перетренуванні, гострих і хронічних захворюваннях.

ЖЄЛ визначалася за допомогою сухого спірометра в положенні стоячи. Досліджуємих спочатку робить 2–3 довільних вдихи і видихи, потім – максимальний вдих, бере мундштук до рота, щільно обхопивши його губами і одночасно затиснувши ніс пальцями вільної руки, виконує спокійний, плавний, максимально можливий видих протягом 5 с. Процедура повторюється тричі з інтервалом в пів хвилини. Реєструють найбільший показник.

Індекс маси тіла (ІМТ) є величиною, яка дає можливість оцінити ступінь відповідності маси тіла людини та її зросту, цим самим визначаючи, чи є маса надмірною (ожирінням), нормальною чи недостатньою.

Індекс маси тіла обчислювали за формулою 2.1:

$$I = MT / DT^2, \text{ де:} \quad (2.1)$$

MT – маса тіла в кілограмах

DT – зріст в метрах, і вимірюється в кг/м².

Таблиця 2.1

Шкала оцінювання показника індексу маси тіла

Показник ІМТ, кг/м²	Ознака
Менше 18.5	свідчить про недостатню вагу
18,5-24,9	еквівалент нормальної маси тіла
25,0-29,9	вказує на наявність зайвої ваги
Понад 30	є ознакою ожиріння

Індекс функціональних змін (ІФЗ) розроблений у 1979 році Р.М. Баєвським для оцінювання рівня функціональних можливостей і для визначення адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи. ІФЗ визначають в умовних одиницях. Щоб розрахувати ІФЗ, необхідно мати дані про частоту серцевих скорочень (ЧСС), про розміри артеріального тиску (АТсист. – систолічний, АТдиаст. – діастолічний), а також про зріст (Р), вагу тіла досліджуваного (ВТ) та його вік (В). Розрахунки проводять за формулою 2.2, рубрикація ІФЗ наведена в таблиці 2.2:

$$\text{ІФЗ} = 0,011\text{ЧСС} + 0,014\text{АТсист.} + 0,008\text{АТдиаст.} + 0,014\text{В} + 0,009\text{ВТ} - 0,009\text{Р} - 0,27 \quad (2.2)$$

Таблиця 2.2

Рубрикація індексу функціональних змін (за Р. М. Баєвським, 1979)

<i>Групи</i>	<i>Ступінь адаптації</i>	<i>Кількість ум. од.</i>
I	Задовільна адаптація	< 2,59
II	Напруга механізмів адаптації	2,6 - 3,09
III	Незадовільна адаптація	3,1 - 3,49
IV	Порушення адаптації	3,5

Індекс Робінсона (ІР) є показником, що характеризує споживання кисню міокардом. Цей показник відображає функціональний стан серцево-судинної

системи і розраховується за формулою 2.3. Оцінювання індексу Робінсона здійснюється за табл. 2.2.

$$IP = \frac{ЧСС \times AT_{\text{сист}}}{100}, \quad (2.3)$$

де IP – Індекс Робінсона, у. о.;

ЧСС – частота серцевих скорочень, уд.·хв⁻¹;

AT_{сист} – артеріальний тиск систолічний, мм рт. ст.

Таблиця 2.3

Шкала оцінювання показника індексу Робінсона

Оцінка	Значення, у. о.,
Низький	>91
Середній	90–81
Високий	< 80

Індекс Скібінського (IC) відображає резерви легень і кровообігу, що розраховується за формулою 2.4, оцінка індексу відбувається згідно табл. 2.4.

$$\text{Індекс Скібінського} = \frac{\frac{ЖЄЛ \text{ (мл)}}{100} \times \text{час затримки дихання (с)}}{ЧСС \text{ (уд.хв}^{-1}\text{)}}. \quad (2.4)$$

Таблиця 2.4

Шкала оцінювання показника індексу Скібінського

Оцінка	Значення, у. о.,
дуже погано	менше ніж 6
незадовільно	6–10
задовільно	11–30
добре	31–60
відмінно	більше ніж 60

Індекс Руфф'є (IP) використовується для оцінки функціонально-резервних можливостей організму під час фізичного навантаження (30

присідань за 45 сек). ІР визначають за формулою 2.5, величину індексу оцінюють за таблицею 2.5.

$$IP = \frac{4 \times (ЧСС_1 + ЧСС_2 + ЧСС_3) - 200}{10}, \quad (2.5)$$

де ЧСС₁ – пульс за 15 сек у спокої,

ЧСС₂ – пульс за 15 сек на першій хв і відновлення,

ЧСС₃ – пульс за 15 сек на другій хв і відновлення.

Таблиця 2.5

Значення індексу Руфф'є та відповідний рівень функціонально-резервних можливостей організму

Значення	Рівень функціонально-резервних можливостей організму
менше 3,00	високий
3,99 – 5,99	вище середнього
6,00 – 10,99	середній
11,00 – 15,00	нижче середнього
більше 15,00	низький

2.1.5. Психодіагностичні методи дослідження. Ця група методів використовувалася для вивчення та оцінки психологічних особливостей, станів, процесів та властивостей особистості. Вони застосовувались з метою отримання об'єктивної інформації про психічний стан людини, її поведінкові реакції, мотиваційні установки та індивідуально-психологічні характеристики.

Методика визначення якості життя (SF-36). Опитувальник SF-36 (англ. The Short Form-36) є універсальним інструментом для оцінки якості життя, який активно застосовується у дослідженнях у Європі та США серед різних груп населення. Його результати аналізуються з урахуванням стандартів для здорових людей, а також для пацієнтів із різними хронічними захворюваннями, враховуючи вік і стать респондентів.

Цей опитувальник відображає загальний рівень добробуту та ступінь задоволеності життєвими аспектами, що залежать від стану здоров'я. Він складається з 36 питань, згрупованих у вісім основних шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, больові відчуття, загальне здоров'я, рівень життєвої енергії, соціальна активність, емоційний стан і психічне здоров'я (Додаток Б).

Основні результати презентують у вигляді 8-ми шкал (вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя) [66, 466]:

1. Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF) характеризує ступінь, у якій фізичний стан впливає на здатність виконувати різні фізичні навантаження, такі як самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, або перенесення вантажів.

2. Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP) оцінює, наскільки фізичне самопочуття впливає на виконання ролей у повсякденному житті, таких як робота чи домашні обов'язки.

3. Інтенсивність болю (Bodily pain – BP) визначає рівень болю та його вплив на здатність виконувати щоденні завдання, зокрема як домашні справи, так і діяльність поза домом.

4. Загальний стан здоров'я (General Health – GH) відображає суб'єктивну оцінку людиною свого загального стану здоров'я.

5. Життєва активність (Vitality – VT) стосується рівня енергії та сил або, навпаки, почуття виснаженості та слабкості.

6. Соціальне функціонування (Social Functioning – SF) показує, наскільки фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність, наприклад, спілкування з іншими людьми.

7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE) оцінює вплив емоційного стану на здатність виконувати роботу або інші повсякденні завдання, враховуючи втрату часу, зниження продуктивності чи погіршення якості виконаної роботи.

8. Психічне здоров'я (Mental Health – МН) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій.

Оцінки фізичного, психічного і соціального здоров'я за методикою С. Степанова [157]. Тобто методики самооцінки суб'єктом кожного з названих видів здоров'я за запропонованим опитувальником (Додаток В).

Під фізичним здоров'ям автор має на увазі динамічну рівновагу роботи всіх внутрішніх органів та їх адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. Психологічне здоров'я пов'язується з домінуючим станом психіки. Серед особливо значних компонентів психічного здоров'я цінуються такі чинники як інтегрованість особистості, її гармонійність, урівноваженість, духовність і орієнтація на саморозвиток. Соціальне здоров'я оцінюється за впливом суспільства на особистість, визначається кількістю і якістю міжособистісних зв'язків, а також виконанням людиною своїх соціальних функцій.

Фізичне здоров'я оцінюється в балах: від 20 до 100. Максимальна кількість балів вважається найкращим показником фізичного здоров'я. Психічне здоров'я також оцінюється в балах, але вважається від 0 до 50 балів. Чим менше балів отримано при тестуванні суб'єкта, тим кращий рівень його психічного здоров'я. Соціальне здоров'я також визначається в балах від 0 до 32 балів. До того ж, чим більше балів накопичено при діагностиці, тим вищий рівень соціального здоров'я.

Оцінка рівня задоволення якістю життя за Н.Е. Водоп'яною дозволяє характеризувати задоволеність поточною діяльністю, благополуччям і психічним здоров'ям людини. Крім того, за допомогою цієї методики можна виявити найбільшу задоволеність певною сферою своєї особистої діяльності або дискомфорт [67]. Вважається, що індекс якості життя дуже низький при оцінці його в 4–10 балів; низький – при 11–20 балах; середній – при 21–29 балах і високий – при 30–40 балах. У осіб, які мають високий індекс якості життя проявляється виражена оптимістичність і активність життєвої позиції.

Тест "САН", назва якого складається з перших букв слів "Самопочуття", "Активність", "Настрій", використовується для визначення функціонального стану людини і його змін упродовж певних інтервалів часу (наприклад, робочої зміни, етапів навчання і тренажу або різних періодів соціальної або медичної реабілітації). "САН" - це бланк (Додаток Г), на якому нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою.

Метод дослідження функціонального стану людини полягає в тому, що опитуваному пропонується поставити оцінку своєму стану (оцінити міру вираженості кожної ознаки). Шкала оцінок представлена сімома градаціями. Між парами слів розташовані цифри 3–2–1–0–1–2–3. Завдання опитуваного полягає у тому, щоб вибрати і відмітити цифру, що найбільш точно відображає його стан у момент обстеження.

Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє визначити функціональний стан індивіда в даний момент часу за таким принципом:

- < 30 балів – низька оцінка;
- 30–50 балів – середня оцінка;
- > 50 балів — висока оцінка.

Слід зазначити, що під час аналізу функціонального стану важливими є не лише значення окремих його показників, але й їхнє співвідношення. Справа в тому, що у відпочилої людини оцінки активності, настрою та самопочуття зазвичай приблизно рівні. Однак зі зростанням втоми співвідношення між ними змінюється через відносне зниження самопочуття та активності порівняно з настроєм.

Особливості психологічного статусу оцінювалися за допомогою стандартного тесту ТПАНС [135] (Додаток Д). Цей тест дозволяє визначити динаміку таких показників як тривожність, працездатність, активність, настрої та самопочуття. Інструмент для самооцінки особистості представлений у вигляді реєстраційного бланка, що складається з 40 рядків, у кожному з яких є

два прикметники, протилежні за значенням, і чисел, які означають ступінь виразності кожної ознаки.

При виконанні тесту необхідно в кожному рядку вибрати із двох протилежних ознак те число, яке відповідає стану самопочуття на момент обстеження, та позначити, якою мірою виражена ця ознака. Якщо важко віддати перевагу одній із двох ознак, необхідно вибрати число 0. Підрахунок балів, які характеризують ступінь виразності показників кожної субшкали (СБ), проводиться за допомогою спеціального ключа, до того ж крайній ступінь виразності позитивного полюса кожної шкали оцінюється в + 3 бали, а крайній ступінь вираженості негативного полюсу – -3 бали.

При аналізі результатів обстеження враховують те, що позитивні результати шкал свідчать про хороший психічний стан людини, а негативні свідчать про протилежне.

Діагностика тривожності. Шкала явної тривожності призначена для виявлення тривожності як відносно стійкого утворення у дітей та підлітків. Шкала була розроблена американськими психологами (А. Castaneda, BR McCandless, DS Palermo, 1956) на основі *Шкали явної тривожності* Дж. Тейлора [463], призначеної для дорослих. Для дитячого варіанта шкали (Додаток Е) було відібрано 42 пункти, оцінених як найбільш показові з точки зору прояву хронічних тривожних реакцій у дітей та підлітків.

Ця методика дозволяє вирішувати такі завдання: виявлення груп ризику з погляду профілактики та зберігання психічного здоров'я дітей та підлітків; аналіз характеру емоційних проблем дітей та підлітків; профілактика «зривів», пов'язаних з екзаменаційними, конкурсними, змагальними та іншими стресовими умовами, що пред'являють підвищені вимоги до нервово-психічного стану; виявлення причин шкільної дезадаптації; у психогігієнічних цілях – визначення оптимального розкладу занять, режиму праці і відпочинку, загального і навчального навантаження і т. п.; аналіз чинників, пов'язаних з підвищеною стомлюваністю, порушеннях сну та ін.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда. Особистісний опитувальник, створений для аналізу особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних із нею рис характеру. [104] Його завдання складаються зі 101 твердження, які подано в третій особі однини, без використання займенників (Додаток Ж). Вірогідно, автори обрали таку форму, щоб уникнути «безпосереднього ототожнення», тобто ситуації, коли випробувані свідомо пов'язують твердження зі своїми рисами. Такий підхід спрямований на зменшення впливу установки респондентів на соціально бажані відповіді.

Методика дослідження соціальної адаптованості призначена для оцінювання рівня адаптації особистості до соціального середовища, її здатності ефективно взаємодіяти з оточенням, а також розкриття факторів, що впливають на успішність адаптації. Вона базується на аналізі індивідуальних психологічних характеристик, що зумовлюють поведінку людини в різних соціальних ситуаціях [104]. Опитувальник складається з 25 тверджень, що відображають типові соціальні обставини (Додаток З).

Оцінка психоемоційного стану призначена для визначення таких показників: прояв агресії, відчуття пригнічення, відчуття страху, прояв дратівливості, віра в те, що все буде добре, віра у перемогу. Він дозволяє визначити рівень негативних та позитивних емоційних проявів, що можуть впливати на психологічне самопочуття та загальну життєву активність.

Анкета містить 6 блоків, кожен із яких охоплює три твердження, що оцінюють певний аспект емоційного стану (Додаток И). Відповіді надаються за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – інколи, 4 – часто, 5 – постійно. Високі бали за негативними емоціями (агресія, страх, пригнічення, дратівливість) можуть вказувати на високий рівень емоційного напруження та стресу. Високі бали за позитивними емоціями (віра в краще, віра у перемогу) свідчать про високий рівень психологічної стійкості, оптимізму та внутрішньої мотивації.

Психофізіологічне тестування полягало у проведенні комплексу психофізіологічних проб, спрямованих на оцінку швидкості сенсомоторних реакцій на подразники різної якості і складності за допомогою спеціальної комп'ютерної програми для пристроїв з операційною системою iOS. Як інструмент, використано планшетний комп'ютер фірми Apple – iPad, 5-го покоління з діагоналлю екрану 9,7 дюймів [139, 147]. Дослідження охоплювало такі тести:

- 1) визначення часу реакції вибору;
- 2) визначення часу простої зорово-моторної реакції;
- 3) визначення часу складної зорово-моторної реакції;

2.1.6. Методи математичної статистики. Обробка статистичних даних, отриманих у процесі дослідження, здійснено за допомогою програмного забезпечення Statistica 13.0 та Microsoft Excel. Розраховано описові статистичні параметри, такі як середнє арифметичне значення ($\bar{X}$), похибка середнього (m) та стандартне відхилення (σ) [141].

Для перевірки відповідності вибіркової сукупності нормальному розподілу застосовано критерій Шапіро – Уїлка, а перевірку статистичних гіпотез здійснено за допомогою параметричного критерію Стюдента та непараметричного критерію Манна – Уїтні. У разі багатовимірної аналізу використано методи дисперсійного аналізу за критерієм Краскела – Уолліса. Статистичну значущість встановлених відмінностей визначено на рівні, не нижчому ніж $p < 0,05$.

2.2. Організація дослідження

Дослідження, проведене упродовж 2017–2024 рр., складалося із шести етапів.

На першому етапі (2017–2018 рр.) проаналізовано наукові видання щодо використання оздоровчих занять у людей різного віку й статі, а також методики їх упровадження. Установлено, що на сьогодні не повною мірою розроблено та

упроваджено особливості програм фізкультурно-оздоровчих занять для людей різного віку й статі, що є основою гармонійного формування та підтримання їх здоров'я. Окреслено методичний інструментарій для оцінювання стану здоров'я представників різних соціальних груп, який охоплює загальнонаукові, соціологічні, педагогічні, медико-біологічні, психодіагностичні підходи й методи математичної статистики.

На другому етапі (2018–2019 рр.) визначено основи формування складників здоров'я дітей, підлітків і молоді. Установлено найбільш популярні види фізкультурно-оздоровчих занять у школярів Польщі й України, які мають лише несуттєві відмінності в пріоритетах і культурних впливах, що змінюються з віком.

Проведено моніторинг впливу найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчих занять на фізичний розвиток і фізичну підготовленість, психоемоційний стан та соціалізацію школярів і студентів, зокрема й на психологічний стан дітей і молоді, які постраждали внаслідок збройної агресії з боку Росії та живуть у різних умовах під час воєнного стану в Україні.

Здійснено порівняльний аналіз навчальних програм закладів загальної середньої та вищої освіти Польщі й України щодо змісту оздоровчого складника. Установлено суттєві відмінності в підходах до формування здорового способу життя школярів і студентів у структурі фізичного виховання, запровадження здоров'язбережувальних програм, ресурсного забезпечення інфраструктури, державних програм й ініціатив. Порівняльний аналіз навчальних програм обох країн дав змогу встановити, що для подальшого вдосконалення фізкультурно-оздоровчої програми школярів і студентів доцільно акцентувати на оздоровчому складнику за допомогою розширення національних програм, поліпшення інфраструктури й досвіду провідних країн Європи, зокрема Польщі.

На третьому етапі (2019–2020 рр.) вивчено застосування фізкультурно-оздоровчих занять із людьми зрілого й похилого віку. Дослідження проводили на базах Інституту спорту і фізичної культури

Університету економіки в Бидгощі (Польща) та Харківської державної академії фізичної культури (Україна).

Проведений аналіз обізнаності людей зрілого та похилого віку в Польщі й Україні щодо користі рухової активності засвідчив наявність відмінностей у ступені впровадження фізичної активності в повсякденне життя та рівні мотивації до занять різними її видами.

Установлено рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед чоловіків і жінок зрілого та похилого віку в Польщі й Україні. Визначено найпопулярніші мобільні застосунки для контролю фізичної активності й підтримки здорового способу життя серед осіб зрілого віку різної статі та країни проживання (Польща й Україна).

З'ясовано вплив найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчих занять на різні складники здоров'я людей похилого віку та розроблено й упроваджено для них програму з фізкультурно-оздоровчої діяльності, що передбачала комплексні заняття з плавання, скандинавської ходьби, оздоровчого туризму, оздоровчої гімнастики й адаптаційні ігри. Установлено позитивний вплив комплексної програми на функціональний та психоемоційний стан чоловіків і жінок похилого віку з Польщі та України, що свідчить про її ефективність.

На четвертому етапі (2020 р.) комплексно осмислено передумови формування концепції проєктної здоров'язбережувальної діяльності в контексті актуальних викликів у сфері громадського здоров'я. Проаналізовано багатовимірну природу здоров'я (фізичний, психічний, соціальний, духовний аспекти) з урахуванням вікових особливостей різних груп населення. Вивчено стратегічні орієнтири Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фізичної активності, профілактики хронічних неінфекційних захворювань, психічного благополуччя й харчової безпеки. Обґрунтовано систему формування культури здоров'я, яка охоплює освіту й просвіту, підтримку фізичної активності, збалансоване харчування, психологічну підтримку та соціальну інтеграцію. Визначено основні засоби реалізації цієї системи: упровадження освітніх

програм, профілактичних заходів, масових оздоровчих подій, активну участь громад, державно-приватне партнерство з акцентом на проєктну діяльність, супроводжувану моніторингом і корекцією стану здоров'я.

На п'ятому етапі (2020–2024 рр.) систематизовано й упроваджено класифікацію проєктної діяльності; проведено активну проєктну діяльність, спрямовану на формування здорового способу життя та підвищення рівня культури здоров'я різних груп населення.

Представлено реалізацію проєктів «Центр ерготерапії через адаптаційні ігри» в Польщі (2021–2022 рр.) та Україні (2023–2024 рр.), спрямованих на соціалізацію, адаптацію та психологічну підтримку різних груп населення (дітей, молоді й людей похилого віку), зокрема для людей з інвалідністю. Установлено позитивний вплив адаптаційних ігор на психоемоційний стан різних груп населення в процесі функціонування центрів Куяво-Поморського воєводства (Польща) та Польсько-українських адаптаційних центрів у містах Львів, Рівне й Харків.

Презентовано результати реалізації польсько-казахських проєктів щодо формування умінь надання першої долікарської допомоги в різних регіонах Казахстану протягом кількох років (2020–2023 рр., м. Актобе; 2023–2024 рр., м. Астана). Завдяки організації масових тренінгів понад 2000 мешканців Казахстану пройшли навчальні курси з надання першої долікарської допомоги. Установлено позитивний вплив роботи Польсько-казахських регіональних навчальних центрів безпеки та рятування, що були відкриті в рамках реалізації проєктів, на підвищення рівня знань і вмінь щодо надання першої долікарської допомоги.

Представлено позитивні результати під час реалізації польсько-казахського та польсько-українського проєктів «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок». В Україні проєкт тривав від 2020 до 2021 року в п'яти містах (Житомирі, Харкові, Запоріжжі, Херсоні Львові), кількість учасників становила 965 осіб: 496 здобувачів вищої освіти та 468 науково-педагогічних працівників; у Казахстані проєкт тривав від 2022 до 2023 року в

м. Семей, загальна кількість учасників – 1323 особи: 1098 здобувачів вищої освіти та 225 науково-педагогічних працівників і співробітників.

На шостому етапі (2024 р.) проведено математико-статистичний аналіз одержаних результатів, узагальнення результатів дослідження, формулювання висновків й оформлення тексту дисертаційної роботи.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СКЛАДНИКІВ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

3.1. Визначення найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчих занять серед дітей та молоді

У результаті проведення анкетування серед дітей шкільного віку та студентської молоді Польщі й України виявлено різні переваги у виборі видів рухової активності залежно від віку та статі.

Аналіз найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед дітей шкільного віку, перш за все, залежить від доступності споруд, спортивних секцій, а також від існуючих державних програм, культурних особливостей та соціально-економічних умов (табл. 3.1, 3.2).

Таблиця 3.1

Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед хлопчиків 12-15 років різних країн (n=565), %

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=281)	Україна (n=284)
1.	Бойові мистецтва	4,9	14,3
2.	Великий теніс, бадмінтон, настільний теніс	3,6	2,5
3.	Веслування на каное та байдарках	2,5	1,1
4.	Гімнастика	1,1	2,1
5.	Гірськолижний спорт, сноубординг	8,5	3,9
6.	Їзда на велосипеді	6,4	2,5
7.	Катання на ковзанах та роликових ковзанах	5,0	3,9
8.	Легка атлетика	9,9	4,9
9.	Орієнтування	1,1	8,4
10.	Плавання	13,5	4,9
11.	Скелелазіння	2,5	2,5
12.	Спортивно-оздоровчий туризм	3,6	12,3

Продовж. табл. 3.1

13.	Стрільба з лука	0,4	2,5
14.	Танцювальні види спорту	0,7	1,1
15.	Фехтування	1,1	1,4
16.	Фітнес-міх	2,5	1,1
17.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	32,7	30,6

Таблиця 3.2

**Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять
серед дівчат 12-15 років різних країн (n=546), %**

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=276)	Україна (n=270)
1.	Бойові мистецтва	2,5	5,2
2.	Великий теніс, бадмінтон, настільний теніс	5,4	4,4
3.	Веслування на каное та байдарках	1,5	2,6
4.	Гімнастика	3,9	8,1
5.	Гірськолижний спорт, сноубординг	8,0	2,6
6.	Їзда на велосипеді	9,4	1,5
7.	Катання на ковзанах та роликових ковзанах	8,0	5,6
8.	Легка атлетика	5,4	4,1
9.	Орієнтування	0,4	2,6
10.	Плавання	11,9	3,7
11.	Скелелазіння	1,5	2,6
12.	Спортивно-оздоровчий туризм	2,5	8,5
13.	Стрільба з лука	1,5	0,7
14.	Танцювальні види спорту	5,1	12,6
15.	Фехтування	0,4	1,5
16.	Фітнес-міх	2,5	4,1
17.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	30,1	29,6

Так, діти 12-15 років обох країн надають перевагу командним видам спорту (футбол, волейбол і баскетбол). Цей вид рухової активності обрали 32,7% хлопців з Польщі та 30,6% – з України, дівчата: 30,1% і 29,6%, відповідно. Це може бути зумовлено високою доступністю цих видів спорту,

а також їхньою популярністю у масовій культурі, що сприяє залученню молоді.

Школярі з Польщі, окрім спортивних ігор, надають перевагу заняттям плаванням (13,5% хлопців та 11,9% дівчат), що свідчить про упровадження в освітній процес національних програм з розвитку й популяризації водних видів спорту, а також гірськолижного спорту та сноуборду (8,5% хлопців та 8,0% дівчат), що вказує на географічні особливості й традиції зимового відпочинку поляків. Також у Польщі хлопці активно займаються легкою атлетикою (9,9%), а дівчата їздою на велосипеді (9,4%) та катанням на ковзанах і роликових ковзанах (8%).

Серед хлопців з України спостерігається значний інтерес до бойових мистецтв (14,3%), що пояснюється традиціями захисту і самозахисту, які відіграють важливу роль у формуванні чоловічої ідентичності; спортивно-оздоровчого туризму (12,3%) та спортивного орієнтування (8,4%), що може бути пов'язано з доступністю природних територій для проведення таких заходів і з розвитком позашкільних спортивних програм. Дівчата в Україні віддають перевагу танцювальним видам спорту (12,6%), різним видами гімнастики (8,1%) та спортивно-оздоровчому туризму (8,5%).

У Польщі активно розвиваються шкільні секції, де діти займаються фізкультурою в межах навчальної програми та позаурочних занять. Багато шкіл мають секції з футболу, волейболу, баскетболу, легкої атлетики та плавання. Футбол є найпопулярнішим видом спорту серед хлопців, а волейбол – серед дівчат. Польща реалізує низку національних програм, як «Program Aktywności Fizycznej dla Dzieci i Młodzieży», що спрямовані на заохочення школярів до фізичної активності. Також у Польщі популярні програми з оздоровчого плавання, завдяки мережі басейнів по країні. У зимовий період велика увага приділяється зимовим видам спорту, таким як катання на лижах і ковзанах, особливо в гірських регіонах на півдні Польщі.

В Україні також поширені шкільні спортивні секції, де основну роль відіграють командні види спорту, такі як футбол, баскетбол і волейбол.

Дівчата частіше обирають художню гімнастику або танці, що має культурне підґрунтя. В Україні є програми: «JuniorS», «Здорова нація» тощо, які спрямовані на популяризацію фізичної активності серед дітей. Школи активно проводять спортивні змагання і фестивалі для залучення дітей до рухливих ігор та змагань. Великий акцент робиться на оздоровчих вправах, таких як ранкова зарядка, та на туризмі, що передбачає походи та спортивне орієнтування. Також у деяких регіонах популярні такі види активності, як боротьба, веслування, а також мініфутбол, який вважається доступнішим через наявність невеликих спортивних майданчиків.

Таким чином, обидві країни мають свої унікальні підходи до розвитку фізкультурно-оздоровчих занять серед школярів, однак ключові види спорту залишаються подібними, з незначними відмінностями у пріоритетах та культурних впливах.

З віком уподобання до видів фізкультурно-оздоровчої діяльності змінюється. Так, встановлено, що хлопці з різних країн надають перевагу заняттям зі спортивно-оздоровчого туризму (з Польщі – 20%, з України – 16,9%) (табл. 3.3). Водночас виявлено, що студенти з Польщі та України надають перевагу пішохідному та гірському видам туризму. У меншому ступені виявлено уподобання студентів з Польщі до занять у тренажерних залах – 17,5%, спортивними іграми – 14,9% та бойовими мистецтвами – 12,0%. Студенти з України також воліють займатися оздоровчим бігом (15,4%), спортивними іграми (12,9%) та заняттями в тренажерному залі (12,9%).

Таблиця 3.3

**Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять
серед студентів різних країн (n=547), %**

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=275)	Україна (n=272)
1.	Бойові мистецтва	12,0	9,9

Продовж. табл. 3.3

2.	Великий теніс, бадмінтон, настільний теніс	6,5	4,4
3.	Заняття в тренажерному залі	17,5	12,9
4.	Їзда на велосипеді	9,5	8,5
5.	Йога, різновиди медитації	5,1	3,3
6.	Оздоровчий біг	8,0	15,4
7.	Плавання	2,5	6,9
8.	Скандинавська ходьба	1,5	1,5
9.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	14,9	12,9
10.	Спортивно-оздоровчий туризм	20,0	16,9
11.	Фітнес-mix	2,5	7,4

Студентки з Польщі більше переваги віддають заняттям різними видами фітнесу (22,1%), оздоровчим бігом (16,5%) та плаванню (13,5%) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять
серед студенток різних країн (n=523), %**

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=267)	Україна (n=256)
1.	Бойові мистецтва	3,4	4,3
2.	Великий теніс, бадмінтон, настільний теніс	7,1	3,1
3.	Заняття в тренажерному залі	9,0	16,8
4.	Їзда на велосипеді	6,0	4,7
5.	Йога, різновиди медитації	4,1	6,3
6.	Оздоровчий біг	16,5	14,8
7.	Плавання	13,5	9,0
8.	Скандинавська ходьба	2,9	0,4
9.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	7,9	5,9
10.	Спортивно-оздоровчий туризм	7,5	10,5
11.	Фітнес-mix	22,1	24,2

Студентки з України, також як і їх однолітки з Польщі, надають перевагу заняттям фітнесом (24,2%), а також заняттям у тренажерному залі (16,8%), оздоровчому бігу (14,8%) та спортивно-оздоровчому туризму (10,5%).

Існує велика кількість наукових даних [18, 55, 68, 185], які свідчать про те, що фізична неактивність має серйозні негативні наслідки для здоров'я протягом усього життя. Тому залучення різних груп населення до рухової активності є важливою складовою комплексного підходу профілактики хронічних захворювань і зміцнення здоров'я.

Ставлення молоді до фізкультурно-оздоровчої діяльності та рухової активності суттєво варіюється залежно від регіону та культурних особливостей. У Європі молодь активно займається спортом через клубні секції, однак існує проблема зменшення фізичної активності через вплив технологій [95, 197, 438]. Дорослі європейці надають перевагу бігу, велоспорту та фітнесу, часто беручи участь у державних програмах для підтримки активного способу життя [107]. Так, серед молоді популярні традиційні види спорту, а також спортивні ігри. Дорослі китайці, окрім традиційних видів спортивно-оздоровчої діяльності, активно займаються бігом та скандинавською ходьбою, а також користуються спортивними майданчиками та програмами оздоровлення.

У багатьох країнах спорт та фізична активність є важливою частиною життя, підтримуючи як фізичне, так і психічне здоров'я. Поширення фітнесу, йоги та групових тренувань спостерігається в різних країнах, особливо серед молоді. Державні програми, що заохочують активний спосіб життя, відіграють важливу роль у популяризації фізичної активності і серед дорослого населення [58, 244].

Мотивація є фундаментальним елементом у залученні людей до рухової активності. Вона допомагає не лише розпочати заняття спортом, але й підтримує сталість активності в довгостроковій перспективі [237, 282, 384, 401]. Внутрішня мотивація, така як задоволення від процесу або прагнення до самовдосконалення, є найбільш стійкою. Зовнішня мотивація, зокрема

соціальна підтримка, також важлива, особливо на початкових етапах, але для тривалої участі у фізичній активності внутрішніх факторів, які мотивують людину, мають переважати [61, 273, 357, 454, 480].

Таким чином, цей аналіз демонструє, як різні соціальні, культурні та економічні чинники формують уподобання дітей і молоді з фізкультурно-оздоровчої діяльності в Польщі та Україні, а мотивація відіграє ключову роль у залученні дітей і молоді до рухової активності, оскільки саме вона впливає на початкове рішення займатися спортивно-оздоровчою діяльністю і підтримує тривалість та сталість цих занять.

3.2. Моніторинг впливу найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчих занять на різні складники здоров'я дітей та молоді

Моніторинг впливу фізкультурно-оздоровчих занять зазвичай передбачає регулярне вимірювання показників морфофункціонального стану (вага, зріст, індекс маси тіла), розвитку фізичних якостей, оцінку психічного стану (тестування рівня тривожності, стресу), а також соціальні дослідження, спрямовані на оцінку взаємодії в колективі та академічної успішності.

Для досягнення поліпшення фізичного стану школярів і студентів, як зазначають дослідники [123, 126, 439], важливо впроваджувати принципово нові підходи, засоби й технології, які враховують індивідуальні особливості дітей, підлітків і молоді. Ці інновації мають бути спрямовані на формування позитивної мотивації до занять фізичним вихованням [109].

Попри численні дослідження, проведені науковцями [184], залишається актуальним завдання пошуку дієвих шляхів підвищення рухової активності серед школярів і студентів. Ці пошуки мають на меті поліпшення стану їхнього здоров'я через упровадження різноманітних форм фізкультурно-оздоровчих занять.

3.2.1. Вплив занять спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом на рівень самооцінки власного здоров'я та психоемоційний стан дітей і молоді. За результатами досліджень [338, 414, 415, 432] було встановлено, що найбільш популярними серед дітей і молоді є заняття різними видами спортивних ігор, а також спортивно-оздоровчим туризмом.

Спортивні ігри є однією з найпоширеніших форм організації спортивно-оздоровчих заходів серед дітей і молоді. Вони передусім спрямовані на розвиток командної роботи, фізичних якостей, дисциплінованості, відповідальності, а також на забезпечення емоційної розрядки, поліпшення настрою і самопочуття під час виконання командних рухових дій [280, 365, 483]. Завдяки своєму багатогранному впливу на організм людини, зокрема й емоційному компоненту, спортивні ігри традиційно залишаються популярними як серед школярів, так і здобувачів вищої освіти, виконуючи роль ефективного засобу фізичного виховання.

Рухи та дії, характерні для спортивних ігор, мають значний оздоровчий ефект. Вони сприяють зміцненню опорно-рухового апарату, покращенню загального обміну речовин, підвищенню функціональної діяльності всіх органів і систем організму. Крім того, спортивні ігри є ефективним засобом активного відпочинку, особливо для осіб, зайнятих інтенсивною розумовою діяльністю, до яких належать школярі та здобувачі вищої освіти.

За даними низки авторів [170, 338], найбільш вмотивованими спортивними іграми, є волейбол, футбол та баскетбол, що мають різну величину та інтенсивність навантаження на тих, що займаються. Так, за результатами дослідження встановлено, що серед перелічених вище командних видів спорту волейбол має навантаження помірної інтенсивності відносно футболу та баскетболу. Тому волейбол може використовуватись як рекреаційний засіб з метою підтримки фізичної форми та здоров'я, для розваги, розслаблення, змагання та налагодження соціальних стосунків дітей та молоді.

У туристських походах особливу значущість набувають високі адаптивні здібності організму, що базуються на реактивності та лабільності функціональних систем. Збільшення цієї лабільності завдяки м'язовій активності є основою процесу фізичного тренування і сприяє функціональній перебудові організму в умовах походів [442].

Відомо, що туристські заходи чинять значний рефлекторний і багатосторонній фізіологічний вплив на організм дітей та молоді. Як наслідок, під час таких заходів виникають різноманітні місцеві й загальні реакції організму на навантаження. Зокрема, прогулянки, походи вихідного дня та багатоденні туристські подорожі знижують напруженість та стимулюють психічні процеси після навчальної діяльності, що сприяє швидкому відновленню і навіть покращенню розумової працездатності.

Спортивно-оздоровчий туризм поєднує в собі різноманітні фізичні вправи, пізнавально-освітні елементи, компоненти загартовування та адаптації до нових умов. Завдяки емоційному насиченню він підвищує фізичну активність організму, допомагає зберігати високу працездатність і позитивно впливає на розумову діяльність [1, 28, 41].

Враховуючи вищезазначене, нами було визначено вплив занять волейболом та спортивно-оздоровчим туризмом на фізичний, психічний і соціальний стан здоров'я дітей та молоді.

У дослідженні взяли участь 60 дітей ($14,2 \pm 0,8$ років) та 60 молодих людей ($18,1 \pm 0,9$ років). Діти та молоді люди були розподілені на дві групи (по 30 осіб у кожній групі), які займалися в секціях зі спортивних ігор (футбол, волейбол і баскетбол) та спортивно-оздоровчого туризму. Позаурочні заняття в секціях відбувалися 2 рази на тиждень по 90 хв й тривали з вересня по червень.

Результати проведених досліджень щодо виявлення впливу річних занять спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом на самооцінку здоров'я, самопочуття, активності та настрою й рівень задоволеності життям, представлені у таблицях 3.5-3.10.

Так, у дітей та молоді, які протягом року займалися спортивно-оздоровчим туризмом, спостерігаються позитивні зрушення у показниках здоров'я. Проте достовірну різницю отримано лише в показниках фізичного здоров'я молоді ($t=2,21$; $p<0,05$) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Вплив занять спортивними іграми на самооцінку здоров'я дітей і молоді на початку та наприкінці дослідження, бали

Чинники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Фізичне здоров'я	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	78,2 $\pm$ 3,17	84,3 $\pm$ 1,80	1,66	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	82,3 $\pm$ 2,76	88,8 $\pm$ 1,02	2,21	<0,05
Психічне здоров'я	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	19,1 $\pm$ 1,38	16,5 $\pm$ 0,78	1,61	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	21,2 $\pm$ 1,59	18,7 $\pm$ 0,75	1,42	>0,05
Соціальне здоров'я	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	26,4 $\pm$ 1,53	23,9 $\pm$ 0,52	1,57	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	20,8 $\pm$ 1,89	24,2 $\pm$ 0,43	1,75	>0,05

Аналіз змін показників здоров'я під впливом річних занять спортивно-оздоровчим туризмом засвідчив, що у дітей покращилися показники фізичного здоров'я ($t=2,05$; $p<0,05$), що вказує на позитивний вплив систематичних фізичних навантажень, характерних для цього виду активності. Водночас у молоді було зафіксовано достовірні поліпшення не лише у фізичному ($t=2,33$; $p<0,05$), але й у соціальному ($t=2,26$; $p<0,05$) аспектах здоров'я, що свідчить про розвиток комунікативних навичок, підвищення рівня соціальної адаптації та згуртованості учасників туристичних занять (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Вплив занять спортивно-оздоровчим туризмом на самооцінку здоров'я дітей і молоді на початку та наприкінці дослідження, бали

Чинники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Фізичне здоров'я	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	83,9±2,21	90,2±2,17	2,05	<0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	86,1±2,96	93,5±1,21	2,33	<0,05
Психічне здоров'я	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	22,7±1,57	19,4±1,02	1,77	>0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	17,5±1,48	15,1±0,79	1,45	>0,05
Соціальне здоров'я	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	19,7±1,52	22,5±0,49	1,77	>0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	21,4±1,89	26,0±0,72	2,26	<0,05

Отримані результати підтверджують ефективність спортивно-оздоровчого туризму як засобу поліпшення фізичного стану та формування соціального благополуччя молоді, що може бути важливим аргументом для подальшого упровадження та популяризації цього напрямку оздоровчої діяльності.

Аналіз рівня задоволеності якістю життя дітей і молоді під впливом річних занять спортивними іграми дав змогу виявити значні позитивні зрушення в їхніх психоемоційних і соціальних характеристиках. Зокрема, у дітей було зафіксовано достовірне поліпшення показників особистих досягнень та прагнення (t=2,52; p<0,05), що свідчить про підвищення рівня самооцінки та мотивації до досягнення цілей. Також спостерігалось зростання оптимістичності (t=2,43; p<0,05), що може бути зумовлено позитивним впливом командної гри, розвитком відчуття підтримки та колективної взаємодії. У молоді достовірно підвищився показник спілкування з друзями або близькими (t=2,42; p<0,05), що свідчить про зміцнення соціальних зв'язків та розширення кола міжособистісних контактів. Водночас помітним є

зниження рівня напруженості ($t=2,26$; $p<0,05$), що може бути результатом регулярного фізичного навантаження, емоційного розвантаження та формування стійких механізмів подолання стресу (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Вплив занять спортивними іграми на рівень задоволеності якістю життя дітей і молоді на початку та наприкінці дослідження, бали

Показники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Навчання	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	28,5±2,69	32,4±1,52	1,28	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	28,2±2,03	30,0±1,48	0,73	>0,05
Особисті досягнення та прагнення	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	29,8±1,64	34,5±0,87	2,52	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	30,1±1,37	32,2±0,79	1,33	>0,05
Здоров'я	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	28,4±1,43	30,2±0,92	1,05	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	29,0±1,31	31,8±1,17	1,60	>0,05
Спілкування з друзями (близькими)	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	28,1±1,45	31,6±1,20	1,84	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	27,4±1,56	32,1±1,13	2,42	<0,05
Підтримка	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	27,1±1,37	29,0±1,02	1,11	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	28,5±1,34	30,1±0,95	0,97	>0,05
Оптимістичність	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	25,9±1,33	29,6±0,72	2,43	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	24,7±1,43	26,2±1,17	0,78	>0,05
Напруженість	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	27,1±1,54	24,3±1,02	1,49	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	26,8±1,96	22,0±0,86	2,26	<0,05

Продовж. табл. 3.7

Самоконтроль	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	25,9±1,66	27,4±1,16	0,77	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	29,8±1,74	31,2±1,31	0,62	>0,05
Негативні емоції	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	26,5±1,31	24,7±0,74	1,17	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	27,1±1,34	25,8±0,97	0,74	>0,05
Індекс якості життя	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	29,2±2,26	32,7±1,71	1,23	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	31,0±2,07	33,1±1,46	0,84	>0,05

Під впливом річних занять спортивно-оздоровчим туризмом також спостерігалися значні позитивні зміни у різних сферах якості життя. У дітей виявлено поліпшення загальних показників здоров'я ($t=2,20$; $p<0,05$), зростання рівня підтримки з боку соціального оточення ($t=2,48$; $p<0,05$), а також зниження рівня напруженості ($t=2,40$; $p<0,05$) та негативних емоцій ($t=2,45$; $p<0,05$). Це свідчить про формування сприятливого психоемоційного фону завдяки туристичним активностям, які сприяють як фізичному розвитку, так і соціальній згуртованості (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Вплив занять спортивно-оздоровчим туризмом на рівень задоволеності якістю життя дітей і молоді на початку та наприкінці дослідження, бали

Показники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Навчання	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	28,6±2,06	29,8±1,04	0,54	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	28,9±2,51	36,5±1,76	2,48	<0,05
Особисті досягнення та прагнення	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	29,4±1,43	31,9±0,84	1,51	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	30,3±1,73	35,1±0,85	2,51	<0,05

Продовж. табл. 3.8

Здоров'я	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	28,7±1,58	32,7±0,94	2,20	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	29,6±1,46	34,3±1,20	2,49	<0,05
Спілкування з друзями (близькими)	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	28,7±1,93	33,2±1,17	2,00	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	27,9±2,14	34,4±1,16	2,66	<0,05
Підтримка	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	27,3±1,83	32,5±0,97	2,48	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	29,1±1,47	33,2±1,06	2,25	<0,05
Оптимістичність	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	25,1±1,21	27,7±0,64	1,93	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	25,6±1,53	30,4±1,06	2,56	<0,05
Напруженість	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	26,2±2,28	20,2±1,09	2,40	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	25,1±2,48	18,2±0,78	2,64	<0,05
Самоконтроль	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	26,2±2,01	30,1±1,08	1,69	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	30,7±1,91	36,5±1,37	2,45	<0,05
Негативні емоції	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	26,9±1,74	22,4±0,67	2,45	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	27,0±1,97	22,1±0,95	2,27	<0,05
Індекс якості життя	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	28,7±2,02	30,6±1,64	0,73	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	31,5±1,97	36,0±1,38	1,86	>0,05

У молоді під впливом занять спортивно-оздоровчим туризмом виявлено ще ширший спектр позитивних змін. Достовірно підвищилися показники навчальної діяльності ($t=2,48$; $p<0,05$), що може бути зумовлено покращенням когнітивних функцій та підвищенням рівня самодисципліни. Також зросли показники особистих досягнень та прагнення до самореалізації ($t=2,51$; $p<0,05$), рівня загального здоров'я ($t=2,48$; $p<0,05$), соціальної активності через

розширення кола спілкування з друзями або близькими ($t=2,66$; $p<0,05$), а також рівня підтримки з боку оточення ($t=2,25$; $p<0,05$).

Крім того, у молоді помітно підвищення оптимістичності ($t=2,56$; $p<0,05$) та самоконтролю ($t=2,45$; $p<0,05$), що може свідчити про поліпшення емоційної стабільності та здатності до саморегуляції. Водночас відбулося достовірне зниження рівня напруженості ($t=2,64$; $p<0,05$) і негативних емоцій ($t=2,27$; $p<0,05$), що є важливим показником формування психологічної стійкості та адаптаційного потенціалу під впливом регулярних фізичних активностей на природі (табл. 3.8).

Таким чином, результати дослідження підтверджують значний позитивний вплив як спортивних ігор, так і спортивно-оздоровчого туризму на якість життя дітей та молоді. Виявлені поліпшення в особистісних, соціальних та емоційних аспектах вказують на доцільність подальшого упровадження та популяризації цих видів оздоровчої діяльності серед підростаючого покоління.

Річні заняття спортивними іграми мали виражений позитивний вплив на показники психоемоційного стану дітей і молоді, що свідчить про їхню ефективність як засобу регуляції емоційного балансу та підтримки психологічного благополуччя. У дітей було зафіксовано значне поліпшення показників настрою ($t=2,78$; $p<0,01$), що може бути зумовлено радістю від гри, підвищеною соціальною активністю та зниженням рівня тривожності. Також відзначено достовірні зміни у показниках самопочуття ($t=2,15$; $p<0,05$) та активності ($t=2,15$; $p<0,05$), що вказує на поліпшення загального фізичного й емоційного стану дітей завдяки систематичним фізичним навантаженням та динамічному характеру спортивних ігор. У молоді позитивні зрушення спостерігалися у схожих показниках, проте вони були менш вираженими. Достовірні зміни помітні в рівні самопочуття ($t=2,08$; $p<0,05$) та активності ($t=2,12$; $p<0,05$), що свідчить про сприятливий вплив занять на загальну енергетичну рівновагу, підвищення тону та працездатності (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

**Вплив занять спортивними іграми на показники самопочуття,
активності, настрою (САН) дітей і молоді на початку та наприкінці
дослідження, бали**

Показники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Самопочуття	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	45,1±3,78	53,9±1,52	2,15	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	47,5±1,90	52,7±1,61	2,08	<0,05
Активність	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	48,3±2,08	54,1±1,86	2,07	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	46,7±1,72	51,4±1,41	2,12	<0,05
Настрій	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	49,2±1,94	55,8±1,34	2,78	<0,01
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	48,6±1,96	52,4±1,56	1,57	>0,05

Водночас заняття спортивно-оздоровчим туризмом мали більш виражений вплив саме на молодь, що підтверджує доцільність використання цього виду фізичної активності для формування позитивного психоемоційного стану у цій віковій категорії. Так, у молоді було зафіксовано статистично значущі поліпшення в самопочутті ($t=3,34$; $p<0,01$), що вказує на посилення загальної витривалості та зниження рівня втомлюваності. Також достовірні зрушення виявлено у показниках настрою ($t=2,91$; $p<0,01$) та активності ($t=2,63$; $p<0,05$), що може бути наслідком перебування на природі, залучення до нових вражень та розширення соціального кола. Щодо дітей, то вплив спортивно-оздоровчого туризму також був позитивним, проте менш вираженим порівняно з молоддю. Достовірно значущі зміни спостерігалися лише у показниках самопочуття ($t=2,05$; $p<0,05$), що свідчить про загальне поліпшення фізичного стану та адаптаційних можливостей дитячого організму під впливом активного відпочинку (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Вплив занять спортивно-оздоровчим туризмом на показники самопочуття, активності, настрою (САН) дітей і молоді на початку та наприкінці дослідження, бали

Показники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Самопочуття	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	44,6±1,84	49,3±1,39	2,05	<0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	48,1±2,54	58,4±1,74	3,34	<0,01
Активність	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	47,9±2,04	51,9±1,79	1,47	>0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	48,4±2,48	56,5±1,83	2,63	<0,05
Настрій	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	48,7±1,87	51,4±1,52	1,12	>0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	49,5±2,03	57,1±1,64	2,91	<0,01

Отримані результати підтверджують значний психоемоційний потенціал як спортивних ігор, так і спортивно-оздоровчого туризму, проте їхній вплив відрізняється залежно від вікової категорії. Це вказує на необхідність подальшого дослідження механізмів впливу різних видів фізичної активності на психоемоційний стан дітей і молоді, що може сприяти розробці ефективних програм фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Також наприкінці дослідження нами зроблено порівняльний аналіз впливу річних занять спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом на самооцінку здоров'я, самопочуття, активності та настрою й рівень задоволеності життям дітей та молоді.

Дані таблиці 3.11 свідчать про достатні показники усіх видів здоров'я у випробовуваних двох групах. Значно кращі показники отримані у дітей і молоді з фізичного здоров'я на користь тих, хто займається спортивно-оздоровчим туризмом (p<0,05–0,01). Це пов'язано перш за все з тим, що більшу частину

занять організовано на свіжому повітрі, під час яких відбувається загартування організму тих, що займаються.

Таблиця 3.11

Вплив занять спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом на самооцінку здоров'я дітей і молоді наприкінці дослідження, бали

Чинники		Спортивні ігри	Спортивно-оздоровчий туризм	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Фізичне здоров'я	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	84,3±1,80	90,2±2,17	2,09	<0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	88,8±1,02	93,5±1,21	2,97	<0,01
Психічне здоров'я	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	16,5±0,78	19,4±1,02	2,26	<0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	18,7±0,75	15,1±0,79	3,31	<0,01
Соціальне здоров'я	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	23,9±0,52	22,5±0,43	2,08	<0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	24,2±0,43	26,0±0,71	2,17	<0,05

У показниках психічного здоров'я помітні значні відмінності між групами. Так, у молоді кращий рівень психічного здоров'я встановлено у тих, хто рік займався в секціях зі спортивно-оздоровчого туризму (t=3,31; p<0,01), у школярів, навпаки, кращі показники у психічному здоров'ї отримано у тих, хто займався ігровими видами спорту. Аналогічні результати отримано за показниками соціального здоров'я (p<0,05), кращі показники встановлено у молоді, яка займалася спортивно-оздоровчим туризмом, а у школярів, які займалися спортивними іграми.

У таблиці 3.12 представлено дані особистої оцінки дітей і молоді рівня задоволеності якістю життя. Встановлено, що у молоді, що займалися спортивними іграми, оцінки позитивних сторін їх життєдіяльності нижчі, ніж у тих, хто займався спортивно-оздоровчим туризмом протягом навчального

року. У школярів, навпаки, вищі показники задоволеності якістю життя встановлено у тих, що займалися рік у секціях зі спортивних ігор.

Таблиця 3.12

**Вплив занять спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом
на рівень задоволеності якістю життя дітей і молоді наприкінці
дослідження, бали**

Показники		Спортивні ігри	Спортивно-оздоровчий туризм	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	P
Навчання	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	32,4±1,52	29,8±1,04	1,41	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	30,0±1,48	36,5±1,76	2,83	<0,01
Особисті досягнення та прагнення	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	34,5±0,87	31,9±0,84	2,15	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	32,2±0,79	35,1±0,85	2,50	<0,05
Здоров'я	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	30,2±0,92	32,7±0,94	1,90	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	31,8±1,17	34,3±1,20	1,49	>0,05
Спілкування з друзями (близькими)	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	31,6±1,20	33,2±1,17	0,96	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	32,1±1,13	34,4±1,16	1,42	>0,05
Підтримка	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	29,0±1,02	32,5±0,97	2,49	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	30,1±0,95	33,2±1,06	2,18	<0,05
Оптимістичність	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	29,6±0,72	27,7±0,64	1,97	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	26,2±1,17	30,4±1,06	2,65	<0,05
Напруженість	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	24,3±1,02	20,2±1,09	2,75	<0,01
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	22,0±0,86	18,2±0,78	3,27	<0,01

Продовж. табл. 3.12

Самоконтроль	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	27,4±1,16	30,1±1,08	1,70	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	31,2±1,31	36,5±1,37	2,80	<0,01
Негативні емоції	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	24,7±0,74	22,4±0,67	2,30	<0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	25,8±0,97	22,1±0,95	2,73	<0,01
Індекс якості життя	Діти ($n_1 = n_2 = 30$)	32,7±1,72	30,6±1,64	0,88	>0,05
	Молодь ($n_1 = n_2 = 30$)	33,1±1,45	36,0±1,38	2,55	<0,05

Вищі показники за субшкалою Навчання у молоді, яка займалася спортивно-оздоровчим туризмом, свідчить, що заняття цим видом рухової активності більшою мірою відповідають задоволеності навчання ($t=2,83$; $p<0,01$). Тобто після систематичних занять спортивно-оздоровчим туризмом у здобувачів вищої освіти ставлення до свого навчання більш високе, ніж до занять у студентів, що займалися ігровими видами спорту. Ймовірно напруженість і дискомфорт, які виникають під час навчання, значно зменшуються після занять спортивно-оздоровчим туризмом.

За шкалою Особисті досягнення і прагнення достовірні відмінності отримані, як у групах дітей, так і молоді. Так, у молоді дані відмінності отримані на користь тих, хто займається спортивно-оздоровчим туризмом ($t=2,50$; $p<0,05$), а у дітей навпаки, у тих, що займалися ігровими видами спорту ($t=2,15$; $p<0,05$). Це свідчить про те, що під час занять, як спортивними іграми, так і спортивно-оздоровчим туризмом, відбувається зростання самоповаги та поліпшення самооцінки, що має ключове значення для досягнення успіху в будь-якій сфері діяльності.

За шкалами Здоров'я та Спілкування з друзями показники тих, що займалися спортивно-оздоровчим туризмом, знаходяться на більш високому рівні, ніж у їх однолітків з секцій зі спортивних ігор, але достовірних

відмінностей не було виявлено ($p > 0,05$). Це пов'язано з тим, що заняття зі спортивно-оздоровчого туризму проводяться здебільшого на свіжому повітрі та виконання тих чи інших завдань потребує постійного спілкування з товаришами по команді для злагодженої дії з поставлених завдань.

Достовірні відмінності ($p < 0,05$) за шкалою Підтримка на користь усіх, хто займався спортивно-оздоровчим туризмом, що зумовлено формуванням кола однодумців і прагненням щиро підтримувати один одного, що має особливе значення під час участі в туристичних походах.

За шкалою Оптимістичність встановлено більш значні відмінності отримано у молоді на користь тих, що займалися у секції з туризму ($t = 2,65$; $p < 0,05$), оскільки підняття настрою після занять різними видами туризму, також зумовлюють суб'єктивне сприймання психологічного стану, такого як оптимістичність. У школярів за цією шкалою більші показники отримані у тих, хто займався спортивними іграми, однак достовірність не була виявлена ($p > 0,05$).

Показники за шкалами Напруженість та Негативні емоції в обох вікових групах отримані значно нижчі ($p < 0,05 - 0,01$) у тих, що рік займалися в секціях зі спортивно-оздоровчого туризму, завдяки проведенню занять на відкритому повітрі та участі у походах вихідного дня. Зменшення рівня напруженості та негативних емоцій є одним із ключових процесів, що визначають якість життя людини. Можливе зниження накопиченої нервової напруженості, сприяє зменшенню суб'єктивно сприйнятого стану напруги, відіграє важливу відновлювальну роль у процесі занять спортивно-оздоровчим туризмом і потребує активного застосування самоконтролю за станом здоров'я. Рівень самоконтролю у молоді, яка займалася спортивно-оздоровчим туризмом, виявився вищим на 5,3 бала ($t = 2,80$; $p < 0,01$), порівняно з молоддю, що займалася ігровими видами спорту; у дітей – на 2,7 бала ($p > 0,05$).

Результати, отримані за шкалою Індекс якості життя, демонструють значно вищий рівень показників ($t = 2,55$; $p < 0,05$) у молоді, які займалися туризмом. Це

свідчить про вищу загальну оцінку та задоволеність якістю життя, що є одним із ключових індикаторів поліпшення їхнього соціального здоров'я.

Фахівці у галузі психології фізичної культури та спорту одноставно наголошують на важливості використання інтегральних показників для оцінки стану тих, хто займається спортом. Одним із таких комплексних показників є шкала САН (самопочуття, активність, настрої). Для визначення змін у цих показниках у дітей та молоді, які займаються спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом, було проведено тестування за однойменною методикою. Отримані результати узагальнені в табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Вплив занять спортивними іграми та спортивно-оздоровчим туризмом на показники самопочуття, активності, настрою (САН) дітей і молоді наприкінці дослідження, бали

Показники		Спортивні ігри	Спортивно-оздоровчий туризм	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	P
Самопочуття	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	53,9±1,52	49,3±1,39	2,23	<0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	52,7±1,61	58,4±1,74	2,40	<0,05
Активність	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	54,1±1,86	51,9±1,78	0,85	>0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	51,4±1,39	56,5±1,81	2,23	<0,05
Настрій	Діти (n ₁ = n ₂ =30)	55,8±1,34	51,4±1,52	2,17	<0,05
	Молодь (n ₁ = n ₂ =30)	52,4±1,56	57,1±1,64	2,08	<0,05

Отримані результати свідчать, що за період дослідження, що тривав рік, у дітей, які займалися спортивними іграми, достовірно кращі показники встановлено за шкалою самопочуття (t=2,21; p<0,05) та настрою (t=2,23; p<0,05) на відміну від їх однолітків, які займалися спортивно-оздоровчим туризмом. У

молоді отримані достовірно кращі результати за всіма шкалами на користь тих, що займалися спортивно-оздоровчим туризмом ($p < 0,05-0,01$).

Діагностичні результати виявили позитивну динаміку станів самопочуття, активності та настрою, до того ж у молоді, що займалися спортивно-оздоровчим туризмом, ці показники були вищими. Орієнтація молоді на ці стани та довіра до тренера-викладача є ключовими умовами для запобігання виникненню негативних емоцій стосовно занять, а також для зменшення ризику травматизму.

Дослідження було спрямоване на визначення впливу спортивних ігор та спортивно-оздоровчого туризму на різні аспекти здоров'я дітей та молоді. Аналіз також враховував попередні наукові дослідження щодо впливу командних видів спорту в різних напрямках [187]. Командні види спорту, такі як спортивні ігри та спортивно-оздоровчий туризм, є важливою складовою фізичної підготовки, оскільки вони не лише сприяють розвитку фізичних навичок, але й формують ключові комунікативні та соціальні компетенції.

Участь у цих видах спорту передбачає систематичну фізичну активність, яка позитивно впливає на загальний стан здоров'я. Окрім цього, вони сприяють покращенню самопочуття, формуванню цінностей командної співпраці, розвитку лідерських якостей та вмінню ефективно працювати у групі. У рамках командного середовища учасники навчаються об'єднувати зусилля заради спільної мети, підтримувати сильні сторони один одного, а також компенсувати слабкі, що значно підвищує їхні соціальні та особистісні якості.

Вивчення мотивів до занять спортивно-оздоровчим туризмом розглядалися у багатьох наукових працях. Встановлено, що серед студентської молоді спортивно-оздоровчий туризм є дуже популярним, це пов'язано з потребою в соціальній взаємодії з однолітками, необхідністю у естетичному задоволенні від навколишнього середовища, отриманням нових навичок та фізичним розвитком під час походів [419]. Спортивний туризм має величезне оздоровче значення для різних груп населення. Питанню здоров'я здобувачів вищої освіти присвячено дослідження [281]. Саме перебування в природних

умовах і позитивний вплив клімату, лісових ресурсів, особливостей ландшафту значною мірою сприяють зняттю стресу, позитивному настрою та загальному оздоровленню туриста. Для цього особливо сприятливими є низькогірні райони.

Дослідження Li F. et al. [338] спрямоване на кількісну оцінку фізичної та фізіологічної реакції здобувачів вищої освіти, які займаються трьома широко поширеними видами спорту у вільний час. Результати досліджень показали, що волейбол має переваги перед іншими командними видами спорту за рівнем інтенсивності та тривалості тренувальних занять. Тому наші дослідження були спрямовані виявлення впливу на різні ланки здоров'я школярів та здобувачів саме волейболу.

У дослідженні El-Saleh M. S. et al. [245] були встановлені зв'язки між емоційним збудженням і майстерністю баскетболістів в університетах. Дослідники дійшли висновку, що можливості гравців, їх фізична та психологічна енергія, а також контроль їхніх думок, емоцій та почуттів до та під час змагання, сприяють розвитку продуктивності та позитивному відображенню на настрої та здоров'ї здобувачів вищої освіти. Pereira J. et al. [402] також підкреслюють, що впевненість – це віра гравця у свої здібності та впевненість у своїх талантах, прийняття викликів, які випробовують його стійкість, знання своїх сильних і слабких сторін, а також використання їх усіх для досягнення найкращих результатів для гравця та команди в цілому. Що також було підтверджено у нашому дослідженні щодо впливу ігрових видів спорту та спортивно-оздоровчого туризму на дітей та молодь.

Результатами дослідження Nesbitt A. E. et al. [376] підтверджено, що фізична активність є терапевтичним підходом до вирішення проблеми психічного здоров'я здобувачів вищої освіти. За результатами факторного аналізу [287] встановлено, що для формування саногенного мислення серед студентської молоді важливо розвивати відповідні якості та властивості, які забезпечують здатність ефективно керувати своїми емоціями, відмовлятися від негативних звичок і підтримувати психологічне благополуччя. Саногенне

мислення, як основа здорової психіки, орієнтоване на гармонізацію внутрішнього стану особистості, подолання стресу та зниження впливу деструктивних факторів.

Нами доведено та підтверджено дані, що зміцнення здоров'я дітей і молоді завдяки підвищенню емоційного стану зменшує внутрішній конфлікт, напругу і може зміцнити здоров'я в результаті глибокого аналізу проблемних ситуацій, а також встановлено, що регулярні заняття спортивно-оздоровчим туризмом протягом року сприяють позитивним психофізіологічним змінам в організмі як дітей, так і молоді. Однак найбільш виражений вплив на студентську молодь мають заняття в секціях спортивно-оздоровчого туризму. Це призводить до поліпшення ставлення до власної діяльності, підвищення рівня самоконтролю, самооцінки, а також позитивного сприйняття здоров'я. Заняття також сприяють зміцненню підтримки серед друзів, розвитку оптимістичності та одночасному зменшенню напруженості і проявів негативних емоцій. Крім того, відзначено зниження рівня виснаження та професійного стресу, а також зниження чутливості до кризових ситуацій.

3.2.2. Оцінка функціонального стану серцево-судинної системи студентської молоді у процесі подолання гірського пішохідного походу. Туристичні заходи мають значний рефлекторний і різнобічний фізіологічний вплив на організм підлітків і молоді. Це зумовлює появу низки локальних і загальних реакцій, до яких залучаються всі органи й системи організму. Прогулянки, походи на вихідні та багатоденні подорожі сприяють зняттю психічної напруги, активізації розумових процесів школярів і здобувачів вищої освіти після навчання, що, своєю чергою, сприяє швидкому відновленню та покращенню розумової працездатності [77].

Основна особливість спортивно-оздоровчого туризму полягає в тому, що, на відміну від багатьох інших видів спорту, він не вимагає значних фінансових витрат. Цей вид рекреаційної діяльності проводиться в природному середовищі й не потребує значних інвестицій для організації

туристично-спортивних заходів або будівництва спеціальних об'єктів для їх проведення. Матеріально-технічне та організаційне забезпечення цих заходів здебільшого здійснюється самими туристами.

Спортивний туризм є одним із важливих засобів гармонійного розвитку, фізичного вдосконалення та підтримання здоров'я, а також сприяє залученню до занять фізичною культурою. На сьогодні він розвивається у двох напрямках: організація й проведення змагань із видів туризму, що передбачає оцінку та порівняння навичок спортсменів у подоланні природних перешкод, та проведення спортивних багатоденних походів. Цей вид спорту є доступним для представників різних вікових груп: у ньому можуть брати участь як діти віком від 10 років, так і люди похилого віку. Участь у багатоденних походах вимагає ретельної підготовки за такими напрямками, як організаційна, топографічна, технічна, тактична, психологічна та фізична [436].

В умовах туристичних походів особливу роль відіграє висока адаптивна здатність організму, яка базується на реактивності та лабільності функціональних систем. Збільшення лабільності завдяки м'язовій активності є основою фізичної тренуваності та забезпечує функціональну перебудову організму в умовах походів [358, 395].

Аналіз наявних джерел свідчить про недостатню кількість досліджень з проблематики впливу спортивних туристських походів на фізіологічні показники людини. Можна виділити кілька напрямів досліджень, які були висвітлені в роботах. Це, зокрема, про такі: зміст та методику навчання [1]; вплив категорійних туристських походів на організм туристів [29, 371]; психолого-педагогічні аспекти в туризмі [105]; передпохідну підготовку [41, 106, 163]; використання елементів туризму для лікування і профілактики окремих видів захворювань, зокрема, захворювань дихальної та серцево-судинної систем [48, 108]; підготовку фахівців з оздоровчого туризму [72].

Фізична активність як форма життєдіяльності людини здійснюється в умовах зовнішнього середовища та за певних нервово-м'язових навантажень. Зовнішнє середовище забезпечує життєдіяльність організму, постачаючи

кисень, їжу та інші необхідні ресурси для підтримання енергетичного балансу. Водночас людський організм функціонує як система, яка одночасно інтегрована із зовнішнім середовищем і водночас чітко відокремлена від нього. Ця особливість зумовлена наявністю внутрішнього середовища організму, яке підтримується у відносно постійному стані, незалежно від змін у зовнішньому середовищі. Така стабільність є важливою умовою забезпечення життєдіяльності організму.

Збереження здоров'я людини передбачає високий рівень фізичної підготовленості, фізичного розвитку та працездатності, що вимагає відповідного підходу до вибору фізичних навантажень, адекватних індивідуальному фізичному стану. Це питання є актуальним для тренерів, завдання яких полягає не лише у сприянні досягненню високих спортивних результатів, але й у збереженні та покращенні фізичного стану спортсменів, уникаючи перевантаження їх резервних можливостей.

У сучасному спорті рівень підготовленості спортсменів значною мірою визначається функціональним станом органів і систем організму. Особливу увагу приділяють оцінці стану серцево-судинної системи, яка є ключовим показником адаптації до фізичних навантажень. Дослідження Fesyun et al. [250] підтверджують, що у спортсменів, які займаються циклічними видами спорту, спостерігається вищий рівень адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень у порівнянні з тими, хто займається ігровими видами спорту.

Метою цього дослідження було оцінити вплив фізичних навантажень на стан серцево-судинної системи студентської молоді під час подолання туристичного походу. У дослідженні взяли участь 30 здобувачів вищої освіти Інституту спорту та фізичної культури Університету економіки в Бидгощі віком 18–22 років.

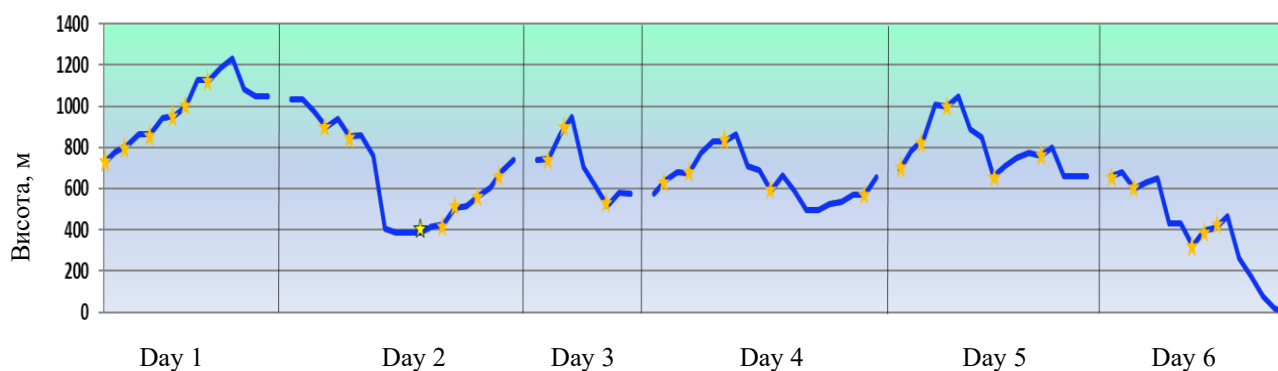
У рамках дослідження здійснювалася оцінка функціонального стану серцево-судинної системи студентів під час гірського туристичного походу, який тривав шість днів і мав загальну протяжність 114 кілометрів.

Визначення роботи серцево-судинної системи та швидкості відновлювальних процесів серцевого м'яза після навантаження дало змогу побачити динаміку функціонального стану учасників, відповідно до навантажень отриманих під час подолання підйомів.

Потужність роботи серцево-судинної системи визначалася за допомогою даних, отриманих з ручного пульсометра Canyon SportMaster CNS-SW1 (країна виробник – Китай).

Визначення реакції частоти серцевих скорочень на навантаження і швидкість його відновлення здійснювалося під час проходження підйомів (ділянки із різкою зміною висоти від меншої до більшої крутизною понад 30° , і довжиною не менше 100 м). Висота та динаміка її зміни визначалася за допомогою туристського ручного комп'ютера SkiMaster CNS-SW3.

Реєстрація показників пульсометра здійснювалася до початку підйому і на його вершині. У перший день походу було відмічено шість підйомів, другого дня – сім, третього дня було зафіксовано лише три підйоми, це пов'язано із рельєфом цього маршруту, в останні три дні походу було зареєстровано по п'ять підйомів (рис. 3.1).



★ – місця реєстрації ЧСС

Рис. 3.1. Графік перепадів висот та реєстрації показників частоти серцевих скорочень групою туристів

Для аналізу динаміки серцево-судинної системи під час навантажень протягом кожного дня походу, визначалася її потужність, яка оцінювалася у

відсотках відносно максимальної. Максимальна потужність визначалася за допомогою спеціальної програми у пульсометрі фірми «CANYON». Пульсометр автоматично визначав та відображав на дисплеї потужність серцево-судинної системи відносно максимальної у відсотках.

Всі отримані показники реєструвалися до та після навантаження (підйом по схилу крутизною понад 30°, і довжиною не менше 100 м).

Під час проходження підйомів у процесі гірського походу нами здійснювався моніторинг швидкості відновлення частоти серцевих скорочень (ЧСС) після фізичного навантаження. Для цього реєструвалися показники пульсу у трьох точках: перед початком підйому, одразу після завершення підйому, а також через дві хвилини після його завершення.

Зміни показників ЧСС здобувачів вищої освіти в процесі подолання підйомів під час участі у гірському оздоровчому поході представлено в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

Результати частоти серцевих скорочень студентської молоді в процесі подолання підйомів під час участі у гірському поході ($n_1=n_2=n_3=30$)

	До навантаження	Після навантаження	Відновлення (через 2 хв.)	Оцінка достовірності	
	$x_1 \pm m_1$	$\bar{x}_2 \pm m_2$	$\bar{x}_3 \pm m_3$	t	p
День 1					
Підйом 1	80,0±7,49	133,1±19,31	101,4±14,22	t _{1,2} =14,0 t _{2,3} =7,2 t _{1,3} =7,3	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,001
Підйом 2	103,8±15,87	150,2±14,89	112,5±17,78	t _{1,2} =11,7 t _{2,3} =8,9 t _{1,3} =2,0	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 3	117,7±17,16	152,0±16,23	115,1±19,40	t _{1,2} =8,0 t _{2,3} =8,0 t _{1,3} =0,5	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 4	119,5±17,89	154,4±16,86	117,0±17,62	t _{1,2} =7,8 t _{2,3} =8,4 t _{1,3} =0,5	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 5	117,8±15,85	147,4±16,33	120,4±14,72	t _{1,2} =7,1 t _{2,3} =6,7 t _{1,3} =0,6	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05

Продовж. табл. 3.14

Підйом 6	98,5±16,42	139,0±23,00	109,1±15,55	t _{1,2} =7,9 t _{2,3} =5,9 t _{1,3} =2,6	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,05
День 2					
Підйом 1	102,0±16,23	133,8±17,08	110,9±19,70	t _{1,2} =7,4 t _{2,3} =4,8 t _{1,3} =1,9	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 2	110,0±21,47	154,2±22,26	107,3±17,68	t _{1,2} =7,8 t _{2,3} =9,0 t _{1,3} =0,5	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 3	107,3±18,92	151,2±13,10	107,4±15,21	t _{1,2} =10,4 t _{2,3} =12,0 t _{1,3} =0,0	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 4	95,4±16,15	154,8±24,04	113,3±19,52	t _{1,2} =11,2 t _{2,3} =7,3 t _{1,3} =3,9	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,001
Підйом 5	120,9±18,43	164,1±16,49	116,0±15,16	t _{1,2} =9,6 t _{2,3} =11,8 t _{1,3} =1,1	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 6	96,6±12,37	159,1±19,57	114,5±17,81	t _{1,2} =14,8 t _{2,3} =9,2 t _{1,3} =4,5	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,001
Підйом 7	105,9±11,17	148,9±13,64	110,7±11,38	t _{1,2} =13,4 t _{2,3} =11,8 t _{1,3} =1,6	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
День 3					
Підйом 1	99,2±16,44	154,9±19,67	108,3±14,75	t _{1,2} =11,9 t _{2,3} =10,4 t _{1,3} =2,2	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,05
Підйом 2	103,1±11,07	153,5±17,33	108,2±13,87	t _{1,2} =13,4 t _{2,3} =11,2 t _{1,3} =1,6	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 3	90,0±12,27	156,2±12,12	105,4±12,47	t _{1,2} =21,0 t _{2,3} =16,0 t _{1,3} =4,8	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,001
День 4					
Підйом 1	94,5±13,42	139,5±20,33	103,1±17,83	t _{1,2} =10,1 t _{2,3} =7,4 t _{1,3} =2,1	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,05
Підйом 2	102,5±13,37	146,6±26,62	98,4±18,87	t _{1,2} =8,1 t _{2,3} =8,1 t _{1,3} =1,0	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 3	99,8±14,57	148,5±22,60	104,3±18,12	t _{1,2} =9,9 t _{2,3} =8,4 t _{1,3} =1,0	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 4	93,1±15,62	142,1±21,61	101,3±14,66	t _{1,2} =10,1 t _{2,3} =8,6 t _{1,3} =2,1	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,05

Продовж. табл. 3.14

Підйом 5	110,4±20,70	148,7±14,54	106,3±11,11	t _{1,2} =8,3 t _{2,3} =12,7 t _{1,3} =0,9	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
День 5					
Підйом 1	90,8±14,66	138,8±18,21	97,7±16,00	t _{1,2} =11,2 t _{2,3} =9,3 t _{1,3} =1,8	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 2	96,7±16,07	132,2±24,50	93,7±19,16	t _{1,2} =6,6 t _{2,3} =6,8 t _{1,3} =0,6	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 3	87,8±8,56	135,5±19,97	94,4±13,20	t _{1,2} =12,0 t _{2,3} =9,4 t _{1,3} =2,3	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,05
Підйом 4	95,4±18,37	139,8±14,79	94,7±16,61	t _{1,2} =10,3 t _{2,3} =11,1 t _{1,3} =0,2	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 5	99,3±16,11	137,6±13,50	97,1±12,58	t _{1,2} =10,0 t _{2,3} =12,0 t _{1,3} =0,6	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
День 6					
Підйом 1	84,7±8,59	112,4±20,18	87,0±15,32	t _{1,2} =6,9 t _{2,3} =5,5 t _{1,3} =0,7	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 2	99,6±11,93	128,4±14,82	101,6±10,71	t _{1,2} =8,3 t _{2,3} =8,0 t _{1,3} =0,7	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 3	90,4±15,71	148,6±19,56	105,4±14,12	t _{1,2} =12,7 t _{2,3} =9,8 t _{1,3} =3,9	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} <0,001
Підйом 4	100,7±13,06	139,5±21,63	97,3±15,03	t _{1,2} =8,4 t _{2,3} =8,8 t _{1,3} =0,9	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05
Підйом 5	98,2±11,72	134,8±15,20	99,6±11,36	t _{1,2} =10,5 t _{2,3} =10,2 t _{1,3} =0,5	p _{1,2} <0,001 p _{2,3} <0,001 p _{1,3} >0,05

Так, встановлено, що показники ЧСС до навантаження (перед підйомом) та після навантаження (в кінці підйому) мають достовірні відмінності ($p<0,001$). Аналогічні результати отримано при порівнянні результатів ЧСС після навантаження (в кінці підйому) та після відпочинку (через 2 хв.) ($p<0,001$). При порівнянні показників ЧСС до навантаження та після відпочинку встановлено незначні відмінності, що свідчить про достатній рівень підготовленості до фізичних навантажень під час проходження маршруту. Однак, у перший день після першого підйому за цими ж

показниками було встановлено достовірні відмінності ($t=7,3$; $p<0,001$), це свідчить про те, що серцево-судинна система здобувачів вищої освіти ще не пристосувалася до нестандартного навантаження.

Також, у результаті обчислень, отримано щоденну динаміку роботи серцево-судинної системи всієї групи (рис. 3.2).

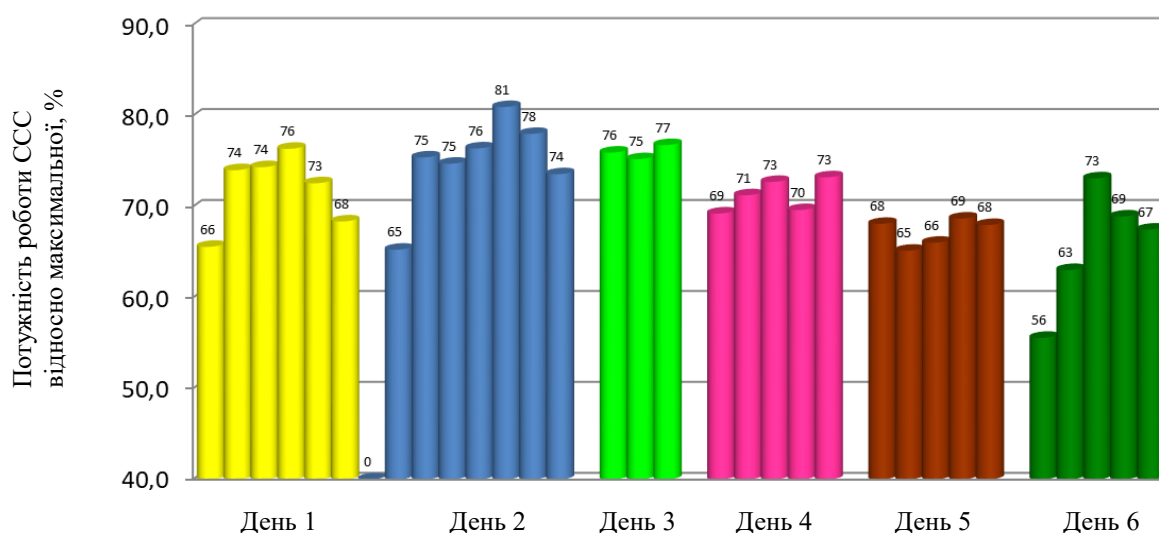


Рис. 3.2. Динаміка потужності серцево-судинної системи відносно максимальної у всієї групи під час подолання кожного підйому

Аналізуючи представлені графіки, можна побачити динаміку змін у потужності роботи серцево-судинної системи (ССС) протягом гірського походу. Найбільш інтенсивним днем виявився третій, коли рівень потужності ССС досяг 76% від максимально можливого значення. У наступні дні спостерігалось поліпшення адаптації організму до навантажень, що відобразилося у зниженні середнього показника потужності до 65,6% в останній день походу. Це свідчить про те, що група виконувала фізичну роботу лише на 65% від максимальної потужності, що підтверджує наявність адаптаційних змін, які відбулися в організмах учасників походу (рис. 3.3).

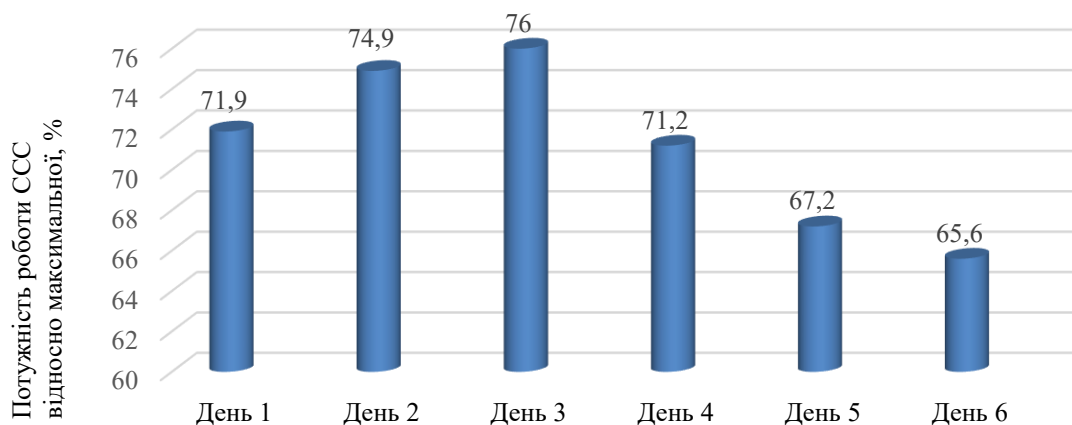


Рис. 3.3. Динаміка потужності середніх показників серцево-судинної системи відносно максимальних у всієї групи

Проаналізувавши графіки відновлення пульсу кожного з туристів, встановлено, що суттєвих відмінностей не виявлено, тому наведено графік відновлення ЧСС усієї групи в цілому за Індексом Руфф'є (рис. 3.4).

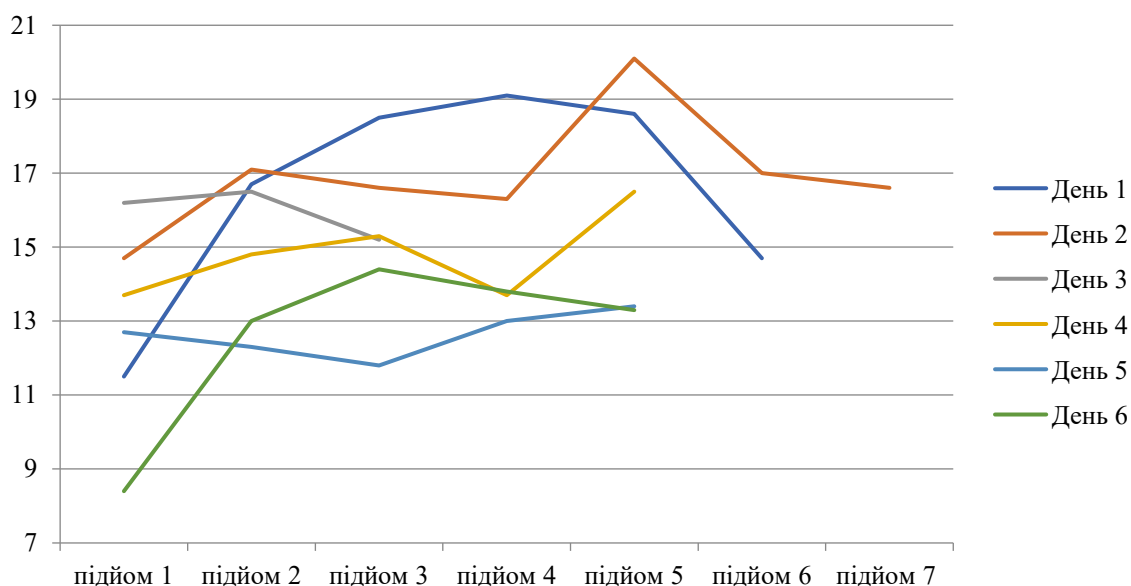


Рис. 3.4. Графік відновлення пульсу групи туристів за Індексом Руфф'є, у. о.

З графіка чітко простежується динаміка відновлення частоти серцевих скорочень (ЧСС) залежно від тривалості походу. Аналіз кожного дня

свідчить, що у більшості випадків відновлення ЧСС після підйомів залишалося в межах норми. Однак у наступні два дні спостерігалось різке зниження швидкості відновлення ЧСС, що можна пояснити накопиченою втомою після першого дня і тим, що організм ще не встиг повністю адаптуватися до інтенсивних фізичних навантажень. Водночас, для отримання більш достовірних висновків необхідні подальші дослідження та глибший аналіз отриманих даних. На нашу думку, на ці показники можуть значною мірою впливати додаткові чинники, які необхідно враховувати: вага рюкзаків, протяжність маршруту, погодні умови, температурні режими, психологічна атмосфера в групі, якість екіпіровки. Усі ці аспекти мають бути ретельно досліджені для повнішого розуміння процесів адаптації організму до навантажень під час туристського походу.

Аналіз результатів, отриманих протягом останніх трьох днів походу, демонструє чіткі ознаки пристосування (адаптації) функціональних систем організму до фізичних навантажень і умов навколишнього середовища.

На сьогодні серед студентської молоді спортивно-оздоровчий туризм є дуже популярним, це пов'язано з потребою в соціальній взаємодії з однолітками, необхідністю у естетичному задоволенні від навколишнього середовища, отриманням нових навичок та фізичним розвитком під час походів, що підтверджено вивченням мотивів до занять спортивним туризмом [109, 419].

Окрім отримання естетичної задоволеності та потреби у фізичному розвитку, спортивний туризм має величезне оздоровче значення для різних груп населення. Питанню здоров'я здобувачів вищої освіти присвячено дослідження [281]. Саме перебування в природних умовах і позитивний вплив клімату, лісових ресурсів, особливостей ландшафту значною мірою сприяють зняттю стресу, позитивному настрою та загальному оздоровленню туриста. Для реалізації цього виду діяльності найбільш придатними є низькогірські райони. Факторами, що зумовлюють рекреаційну привабливість передгірних і низькогірських районів, є сприятливі кліматичні умови та наявність

розвиненої транспортної інфраструктури [240].

Спортивно-оздоровчий туризм, як і будь-який вид фізичної активності, має і позитивні, і негативні риси. Він висуває високі вимоги до рівня фізичної підготовленості учасників походів. Численні наукові дослідження [31, 48, 213, 264] показують, що на фізичні та психофізіологічні параметри організму, особливо дітей, підлітків та студентської молоді, суттєво впливає обсяг рухової активності, яка не повинна обмежуватися лише заняттями у навчальному закладі.

В умовах туристських походів ключову роль відіграють високі адаптивні можливості організму, які базуються на його реактивності та лабільності функціональних систем. Зростання лабільності, зумовлене м'язовою активністю, є основою фізичної тренуваності, сприяючи функціональній перебудові організму в екстремальних умовах.

Серцево-судинна система була обрана як основний інструмент контролю стану учасників через її фізіологічну важливість та високу інформативність показників, що дозволяє здійснювати ефективний контроль і моніторинг. У науковій літературі представлено значну кількість досліджень, спрямованих на оцінку функціонального стану кардіосистеми студентів, що беруть участь у спортивній діяльності різного спрямування. Наприклад, рівень вегетативного балансу та адаптаційних резервів організму здобувачів вищої освіти, які займалися спортивно-оздоровчою діяльністю, досліджувався за допомогою моніторингу варіабельності серцевого ритму (HRV) [205]. Ця методика є зручною для популяційних досліджень і дозволяє виявляти донозологічні розлади здоров'я.

Крім того, функціональні резерви кардіореспіраторної системи у здобувачів вищої освіти кадетських корпусів досліджувалися у роботі Einfeld et al. [244]. Результати підтвердили, що достатній рівень рухової активності покращує показники фізичного розвитку та м'язової сили, супроводжуючись підвищенням функціональних резервів дихальної та серцево-судинної систем.

Відомо, що найбільш вірогідні відомості щодо стану серцево-судинної системи отримуються шляхом визначення ЧСС та артеріального тиску. Але в польових умовах визначення артеріального тиску не зовсім зручне, займає зайвий час і певною мірою впливає на результати. Тому в дослідженні використано лише визначення ЧСС.

Стрімкий розвиток мультимедійних технологій та їх інтеграція у повсякденне життя, зокрема у сферу навчання, дозвілля та відпочинок, призвели до появи нового терміну – «гейміфікація». Ця технологія передбачає застосування ігрових методів у контекстах, які не пов'язані з іграми. Її головний принцип полягає в наданні користувачам постійного кількісного зворотного зв'язку, що дозволяє оперативно коригувати їхню поведінку. Завдяки гейміфікації формується зацікавленість користувачів у досягненні визначених цілей. Важливою складовою цього підходу є поступове ускладнення завдань і цілей залежно від розвитку нових умінь і навичок користувачів, що забезпечує прогресивний характер навчання або досягнення поставлених завдань. Фактично гейміфікація полягає у застосуванні спеціальних програм та мобільних додатків для моніторингу стану людини при виконанні будь-якої діяльності. В цьому дослідженні реалізація принципів гейміфікації здійснена за допомогою ручного пульсометра Canyon SportMaster CNS-SW1. Такий підхід достатньо широко розповсюджений у спортивній науці.

Нині у наукових дослідженнях широко використовуються спортивні браслети для моніторингу ЧСС спортсменів. Використання таких приладів розглянуто у дослідженні [394]. Представлено загальну структуру моніторингу серцевого ритму, детально розкрито алгоритмом моніторингу ЧСС. Браслет фіксує частоту серцевих скорочень шляхом вимірювання відбитого світла від шкіри руки. Експериментально доведено, що показники зі спортивного браслету є інформативними. Використання цього приладу є простим, тому можна застосовувати його під час тренувального процесу без зайвих втручань.

Спортивні браслети також використовувались під час дослідження

дорослих пацієнтів, які виконують інтенсивні фізичні навантаження (їзда на велосипеді або легка атлетика) [286]. Встановлено, що показники ЧСС з браслета відповідають вимірюванням ЕКГ під час фізичних навантажень середньої та високої інтенсивності. Тому автори пропонують використовувати спортивні браслети замість ЕКГ або моніторів ЧСС із нагрудним ременем під час фізичних навантажень середньої та високої інтенсивності.

У наступному дослідженні [395] представлено порівняння показників (частоти серцевих скорочень, витрати енергії та максимального споживання кисню) з наручного оптичного пульсометра та еталонними методами досліджень. Результати свідчать, що спортивний браслет дозволяє точно оцінити частоту серцевих скорочень під час бігу з високою інтенсивністю.

З метою визначення потужності роботи серцево-судинної системи в ході нашого дослідження, проведеного з групою туристів, використано ручні пульсометри Canyon SportMaster CNS-SW1. Це дозволило отримати детальні та інформативні дані щодо стану серцево-судинної системи здобувачів вищої освіти під час подолання підйомів у процесі гірського походу.

Отримані результати підтверджують існуючі дані інших науковців. Рівень адаптації значно кращий через високу тренованість організму спортсменів [475]. Важливе значення для серцево-судинної системи має характер роботи (фізичного навантаження) та відпочинку. Такий режим роботи позитивно впливає на адаптації до фізичних навантажень. Зроблено висновок, що під час походів також застосовується подолання фізичного навантаження та відпочинку, що позитивно вплинуло на адаптаційні можливості учасників походу.

Аналіз функціонування серцево-судинної системи здобувачів вищої освіти під час гірського туристського походу засвідчив, що організм зазнав адаптаційних змін у відповідь на фізичні навантаження, характерні для таких умов. У перший день походу серцево-судинна система працювала на достатньому рівні, забезпечуючи виконання фізичних завдань. Проте протягом наступних двох днів було зафіксовано зниження показників відновлення та

погіршення працездатності серцево-судинної системи, що пояснюється накопиченою втомою після першого дня та недостатньою адаптацією організму до нових умов і фізичних навантажень.

Однак аналіз останніх трьох днів походу продемонстрував явну адаптацію організму до навантажень і навколишнього середовища. Показники відновлення частоти серцевих скорочень (ЧСС) значно покращилися, а серцево-судинна система працювала лише на 65% від максимальної потужності, що свідчить про оптимізацію фізіологічних процесів у відповідь на тривалі навантаження.

Потрібно також враховувати низку важливих факторів, які можуть впливати на результати: вага рюкзаків, протяжність дистанції, погодні умови, температурний режим, психологічна атмосфера в групі, якість екіпіровки тощо. Ці чинники потребують детального аналізу для комплексного розуміння впливу гірського походу на організм.

3.2.3. Порівняльний аналіз використання різних моделей велосипедів у спортивно-оздоровчому гірському поході. Однією з популярних форм фізичної активності серед здобувачів вищої освіти є велосипедний туризм, який враховує такі елементи, як подорожі, активний відпочинок та огляд визначних пам'яток [61, 353], у якому транспортним засобом є велосипед [232]. Близько 70% поляків їздять на велосипеді [305]. Велосипедний туризм (48,0%) посідає друге місце за популярністю, після пішохідного – 51,0% [407]. Таким чином, це одна з найпопулярніших форм фізичної активності, яка проводиться індивідуально або в групі [192, 446, 490]. Перевагою використання велосипеда для туризму є поєднання спілкування з природою, безпосередній контакт з іншими людьми, формування моторики та фізичної підготовки з можливістю проникнення в місця, недоступні на автомобілі, зі швидкістю майже в чотири рази подорожувати, ніж пішки [194]. Велосипедні походи можуть здійснюватися як індивідуально, так і в групах, одноденні з початком і закінченням за місцем проживання або з необхідністю

дістатися за обраним маршрутом іншим видом транспорту, а також багатоденні з ночівлею.

Попередніми дослідженнями встановлено, що мотивація до занять велосипедним туризмом передбачає фізичну активність (37,0%), релаксацію, відпочинок (27,0%), хобі та захоплення (26,0%), пошук нових друзів (19,0%), огляд визначних пам'яток (18,0%), спілкування з природою (14,0%), бажання для поліпшення здоров'я (13,0%), переживання сильних відчуттів і змагань 9,0% [407]. Перспективи розвитку велосипедного туризму через доступність привабливих місць, легкість покупки, оренди велосипеда, відчуття свободи та незалежності є високими та будуть зростати [408].

Гірський велосипедний туризм – одна з форм фізичної активності, яка враховує рельєф місцевості, фізичну діяльність і перебування в природному середовищі [232, 354, 380]. Перевагою гірського велосипедного туризму, окрім спілкування з природою, міжособистісних контактів, є можливість формування рухових навичок і фізичної підготовки далеко від автомобільних доріг, з майже вчетверо більшою швидкістю, ніж пішки [194]. Гірський велосипед класифікується як аеробна фізична активність, призначена для людей, які мають відносно високі рухові навички, хорошу фізичну форму та фізичну підготовку.

Для катання на гірських велосипедах використовуються спеціальні моноколеса, які називаються МТВ (Mountain Terrain Bike), зазвичай типу хардтейл. Вони характеризуються широкими шинами, специфічним дизайном рами, сидла, передач, перемикачів, дискових гальм або підвіски. Альтернативою класичним гірським велосипедам МТВ є моноцикли з електродвигунами, які називаються еМТВ. Завдяки підтримці потужності вони надають більше можливостей для катання на гірських велосипедах, що робить їх привабливим і прийнятним інструментом для підвищення рівня активності в горах [222].

Водночас їзда на велосипеді підвищує витривалість, силу м'язів ніг, тулуба і рук, працездатність респіратори та системи кровообігу. В результаті

посиленого обміну речовин відбувається втрата ваги, нормалізація холестерину, виділення ендорфінів, пов'язаних з естетичними переживаннями, і, як наслідок, покращує самопочуття, що позитивно позначається на загальному емоційному стані [232].

Доведено [232, 262, 301], що в результаті години їзди на велосипеді, залежно від темпу, складу тіла та ваги, типу велосипеда, рельєфу місцевості, погоди тощо, спостерігаються витрати енергії від 300 до 800 калорій, це менше ніж безперервного бігу, але їзда на велосипеді безпечніша для опорно-рухового апарату, особливо для людей із зайвою вагою або дуже малою фізичною активністю чи періорбітальним болем. Регулярні вправи на велосипеді в правильній дозі регулюють рівень глюкози в крові. Для досягнення позитивного впливу на здоров'я рекомендується здійснювати велосипедні поїздки щонайменше три рази на тиждень тривалістю 30-40 хвилин.

Під час планування велотуру ключовим аспектом є вибір маршруту, що відповідає індивідуальним особливостям, очікуванням та фізичним можливостям учасників. Під час туристичних походів важливо завчасно забезпечити учасників достатнім запасом питної води та продуктів харчування. Особливо важливо регулювати гідратацію, оскільки дегідратація лише на 2,0% маси тіла призводить до зниження працездатності на 20,0%. Під час їзди на велосипеді фізичне навантаження, а отже, і зневоднення, менш помітні, оскільки порив повітря сушить шкіру, а потовиділення відчувається не так сильно, як, наприклад, під час бігу [378].

Їзда на велосипеді рекомендована для більшості населення, особливо для людей із зайвою вагою та ожирінням, тих, хто веде малорухливий спосіб життя, перевтоми та стресу, тих, хто має проблеми з колінними суглобами та остеоартритом, тих, хто бореться з безсонням та тих, хто має обмежені можливості для інших форм фізичних вправ. Велосипедна активність є ефективним засобом реабілітації та функціонального відновлення нижніх кінцівок[301].

Однією з особливостей велосипедного туризму є використання гірського

велосипеда. Він розроблений для людей, які мають відносно високо розвинені рухові якості, хорошу фізичну форму та оздоровчу підготовку. Це передбачає перебування в природному середовищі з одночасним оглядом визначних пам'яток, використання гірського велосипеда під назвою МТВ (Mountain Terrain Bike) для пересування по стежці.

Гірський велосипед дедалі частіше обирається як форма активного дозвілля й фізичної активності, що поєднує екстрим і оздоровлення [154, 478]. Серед основних мотивів, що спонукають до занять гірським велосипедним туризмом, вирізняють прагнення милуватися природними ландшафтами та урбанізованим середовищем у різні пори року й доби; долати вершини та завершувати маршрути з підвищеною складністю; пересуватися позашляховими стежками як індивідуально, так і в складі груп; а також перевіряти власні технічні, фізичні та моторні навички. У гірському велосипеді, на відміну від маунтінбайку, немає змагань, а це означає, що учасники самі обирають своє спорядження, одяг, час, зусилля та періоди відпочинку. Також їм належить спланувати маршрут, ступінь його складності, інтенсивність зусиль, відпочинок, вибір співучасників тощо.

Катання на гірському велосипеді завжди пов'язане з ризиком [477]. Безпека катання на гірських велосипедах визначається перепадами висот, рельєфом місцевості, погодними умовами, мінливістю рельєфу і схильністю, поведінкою самого туриста, технічним станом велосипеда та особистого спорядження. Це може бути джерелом різних видів травм, що підтвердили 63,0% респондентів. Незважаючи на це, лише 18,5% респондентів використовують будь-який захист, найчастіше шолом і налокітники та наколінники (www.siroko.com). Під час занять гірським велосипедом також потрібно пам'ятати про обмеження щодо здоров'я. Його слід уникати людям із серйозними серцево-судинними захворюваннями, хронічними обструктивними захворюваннями легень, прогресуючими захворюваннями опорно-рухового апарату, захворюваннями блукаючого нерва та порушенням зору, яке дуже важко виправити, що обмежує вільний зір [378].

Маршрути для велосипедного туризму – це спеціально виділені та підготовлені ділянки на привабливій мальовничій місцевості, позначені уніфікованими дорожніми знаками, що є оптимальним визначальним фактором можливо безпечного блукання до визначених місць призначення, туристичних та екскурсійних об'єктів [298].

Зручний для велосипедистів маршрут передбачає високий рівень безпеки, комфортність пересування, прокладання шляхів дорогами з мінімальним автомобільним трафіком, а також наявність належної інфраструктури – місць для ночівлі, громадських об'єктів та інформаційного забезпечення. Його маршрут має забезпечити зручний доступ індивідуальним та громадським транспортом [317, 353, 380]. Оскільки більшість велосипедистів (55,5%) у Польщі живуть надто далеко від велосипедних маршрутів [232, 315], велосипедні заклади використовують нові технології, такі як GPS, веб-додатки для смартфонів, такі як Strava. Вебсайти надають інформацію про велосипедні маршрути з картами.

Маршрути для катання на гірських велосипедах – це визначені ділянки з вибраною відстанню, висотою та ступенем складності рельєфу, які відповідають вимогам безпеки їхніх користувачів через знаки, якість ґрунту та захист країв [407]. Висока якість цих маршрутів підвищує рівень комфорту та задоволення водіїв. Відповідальність за їх призначення та нагляд несуть місцеві органи влади або співробітницькі асоціації чи господарські товариства. Маршрути для гірських велосипедів зазвичай добре описані в путівниках, брошурах, телефонних додатках, тому легко визначити заплановані підйоми, спуски, час екскурсії. Усі описи маршрутів написані з точки зору їзди на гірському велосипеді МТВ без електричної допомоги [265].

Деякі туристи їдуть у гори автомобілем (58,6%) або пішки – 53,9% [325]. Гірські велосипеди розробляли та вдосконалювали понад чотири десятиліття. Вони вирізняються своєю безпечною пневматичною конструкцією, часто оснащеною амортизаторами, з широкими ободами та шинами й системою з кількома передачами. Вони характеризуються специфічною конструкцією

рами, сидла, передач, перемикачів, дискових гальм або підвіски. Наразі домінують гірські велосипеди Hardtail (59,0%), оснащені амортизатором переднього колеса, як правило, легші та краще оснащені ніж при повній суспензії – 16,0% [478]. Гірські велосипеди МТВ відомі своєю універсальністю, величезним вибором, широким ціновим діапазоном і довговічністю деталей, що робить їх одними із найпопулярніших. Рама МТВ може бути жорсткою або підвісною, колеса: 26, 27,5 і 29 дюймів, трансмісія з одним або двома кривошипними дисками і 11 або 12 передачами в задньому колесі, всього від 12 до 22 передач.

Аспекти безпеки, пов'язані зі здатністю їздити швидше по складній, різноманітній місцевості, були додатково вивчені [248, 332]. Більша частина досліджень стосувалася якості та різноманітності зусиль, які були нижчими у райдерів еМТВ [262, 434], але достатньо високими, щоб досягти стандартів помірної інтенсивності для здоров'я [341, 434]. Отже, частота серцевих скорочень і споживання кисню також були нижчими під час їзди [196]. Доведено, що здатність стимулювати за допомогою фізичних вправ покращує метаболізм, зокрема регуляцію рівня глюкози [404], що сприяє кращому самопочуттю [453]. Результати також враховують потенціал еМТВ для використання широкими групами населення, оскільки на них можна їздити без надмірної втоми на довгі дистанції [262, 290], навіть з нижчою фізичною підготовленістю та нижчими руховими навичками або обмеження рухів [204, 473].

Проведені дослідження визначили відмінності в темпі їзди та фізичних навантаженнях під час максимальної швидкості одного і того ж маршруту в гірській місцевості під час їзди на модифікаціях велосипедів МТВ та еМТВ.

Дослідження проводилося на велосипедах: МТВ (характеристики їзди було отримано з програми Garmin Connect); еМТВ (характеристики їзди було отримано з програми eBike Connect Bosch). Нитка веломаршруту була прокладена по горах Сілезького воєводства за допомогою додатку для ПК MAPY.CZ на висоті 436-1116 м (рис. 3.5).

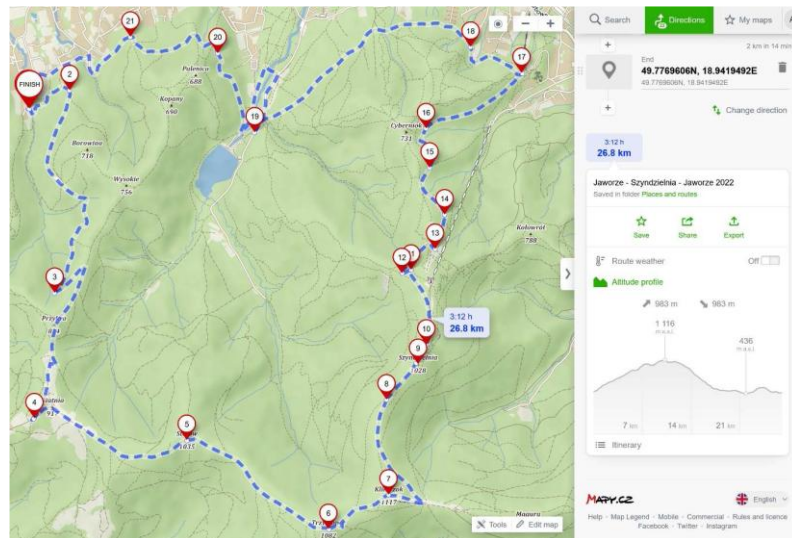


Рис. 3.5. Характеристика веломаршруту на основі додатку для ПК MAPY.CZ

Маршрут проїзду визначено за допомогою додатка для Windows MAPY.CZ, де зазначено орієнтири (ліворуч), а також профіль висоти та протяжність маршруту (праворуч).

Для дослідження було використано два гірських велосипеда: KTM Myroon Master 12 – модель 2019 року (без електроприводу), KTM Macina Karoho Master – модель 2021 року (з електроприводом). Їх характеристики представлені на рис. 3.6.

KTM Myroon Master 12 Model 2019		KTM Macina Kapoho Master Model 2021	
			
FOX Float DPX2 Performance 3Position 250x70 KTM Comp dropper internal Bosch PERFORMANCE CX Gen.4 - 25km/h 85Nm		Bosch PowerTUBE 625Wh	
Frame	Myroon 29" light Sonic Carbon Hardtail, Boost 148TA	Frame	Macina Kapoho Dimmix Performance Carbon SLL-LTE 160mm
Fork	Fox 32 A Float SC, Perf. GripRem - T-15x110	Fork	FOX 36 Float 29" Performance e-bike 160mm
Brake	Shimano Deore XT M8000 / Rotor 160-160	Brake	Shimano Deore XT M8100 / M8120 203 mm / 180 mm
Rear derail.	Sram RD X01 Eagle 1 x 12	Rear derail.	Shimano Deore XT M8100-12 SGS shadow+ 1 x 12
Crankset	Sram FC X1 Eagle-B148-DUB, Carbon 34T	Crankset	KTM TRAIL ISIS 160mm Q16, FSA Megatooth steel 38T Direct Mount
Sprocket	Sram CS GX Eagle XG1275-12 10-50	Sprocket	Shimano Deore M6100-12 10-51
Wheel: front, rear	KTM Comp CC 29" Boost TLR DT Swiss / straightpull - Boost 110/148	Wheel: front, rear	Ambrosio E30 Trail 28H 622x30T, Ambrosio E35 Trail 28H 584x35TC
Tire: front	Schwalbe Racing Ray 57-622, s-skin, TL-easy, addix-speed	Tire: front	Maxxis Minion DHF 3C-MaxxTerra/EXO/TR 63-622 (29 x 2.5)
Tire: rear	Schwalbe Racing Ralph 57-622, s-skin, TL-easy, addix-speed	Tire: rear	Maxxis Minion DHR II 3C-MaxxTerra/EXO/TR 70-584 (27.5 x 2.8)
Seatpost	KTM Team SP-619K 27.2/400	Seatpost	KTM Comp dropper internal
Weight	9,9 kg	Weight	24,2 kg

Рис. 3.6. Характеристики гірських велосипедів МТВ і еМТВ

Дослідження передбачали тестування швидкості МТВ та еМТВ велосипедів на визначеному гірському маршруті та вимірювання фізичного навантаження завдяки визначенню частоти серцевих скорочень (ЧСС) під час їзди на визначеному маршруті МТВ та еМТВ на гірських велосипедах. Інструменти дослідження представлені на рис. 3.7.



Рис. 3.7. Інструменти тестування для вимірювання темпу переміщення та фізичного навантаження

Велосипедний лічильник Garmin Edge 1030 у поєднанні зі встановленим на втулці та належним чином відкаліброваним датчиком швидкості Garmin Bluetooth Ant+2 використовувався для вимірювання темпу, відстані та висоти. Датчик Garmin HRM Pro, який був закріплений на грудях учасника дослідження, у поєднанні з велосипедним лічильником Garmin Edge 1030 використовувався для вимірювання фізичного навантаження за допомогою частоти серцевих скорочень (ЧСС). Записані дані після кожної поїздки зберігалися в хмарі програмного забезпечення Garmin Connect, звідки вони далі експортувалися у файл із розширенням «.tcx», що містить детальну

інформацію про поїздку з інтервалом запису в 1 с у. Перетворення файлу з розширенням ".tcx" на редаговану форму в електронній таблиці MS Excel було виконано за допомогою програмного забезпечення GoldenCheetach-Cycling Power Analysis Software v. 4012.

Для аналізу фізичних вправ, виміряних за частотою серцевих скорочень (ЧСС), записані значення ЧСС були класифіковані відповідно до зон ЧСС, визначених автоматично додатком Garmin Connect на основі самостійного визначення ЧСС_{МАКС}, лактатні порогови та ЧСС у стані спокою під час тесту з фізичним навантаженням, проведеного за тиждень до дослідження.

Визначені зони зусиль:

- зона 5: $>161 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$ – максимум
- зона 4: $154\text{--}160 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$ – поріг
- зона 3: $144\text{--}153 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$ – аеробна
- зона 2: $130\text{--}143 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$ – спокій
- зона 1: $104\text{--}129 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$ – розминка
- зона 0: нижче $104 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$ – стан спокою, неспортивна діяльність

Час, проведений у певних зонах навантаження, виміряний частотою серцевих скорочень (ЧСС) для кожного етапу їзди, вимірювався та підраховувався в с ах, і давався у годинах: хх:сс та у відсотках від загального витраченого часу в заданій зоні їзди. Різниці обчислювали шляхом віднімання часу їзди на велосипеді МТВ від еМТВ, тоді як останній стовпець обчислював різницю у відсотках, вказуючи, скільки більше або менше часу суб'єкт провів у певній зоні катання.

Загальні характеристики пов'язані із фізичними вправами параметрів, виміряних скороченням серцевого ритму (ЧСС) під час їзди на велосипеді МТВ та еМТВ, наведено в таблицях 3.15, 3.16 та на рисунках 3.8, 3.9. Аналіз проводився як на окремих ділянках гірського маршруту, тобто підйоми, спуски, короткі спуски та підйоми, так і в цілому.

Таблиця 3.15

Параметри гірського велосипедного маршруту на велосипеді МТВ

Параметри	Підйом	Спуск	2-й підйом і спуск	Весь період
ЧСС _{СЕР} , уд·хв ⁻¹	147,7	121,4	138,0	139,8
ЧСС _{МАКС} , уд·хв ⁻¹	172,0	158,0	162,0	172,0
Швидкість _{СЕР} , км/ГОД	7,3	18,7	13,2	10,9
Швидкість _{МАКС} , км/ГОД	28,9	51,7	50,7	51,7
Час (год:хв:сек)	1:23:25	0:34:14	0:14:48	2:12:27
Відстань, км	10,116	10,660	3,258	24,034

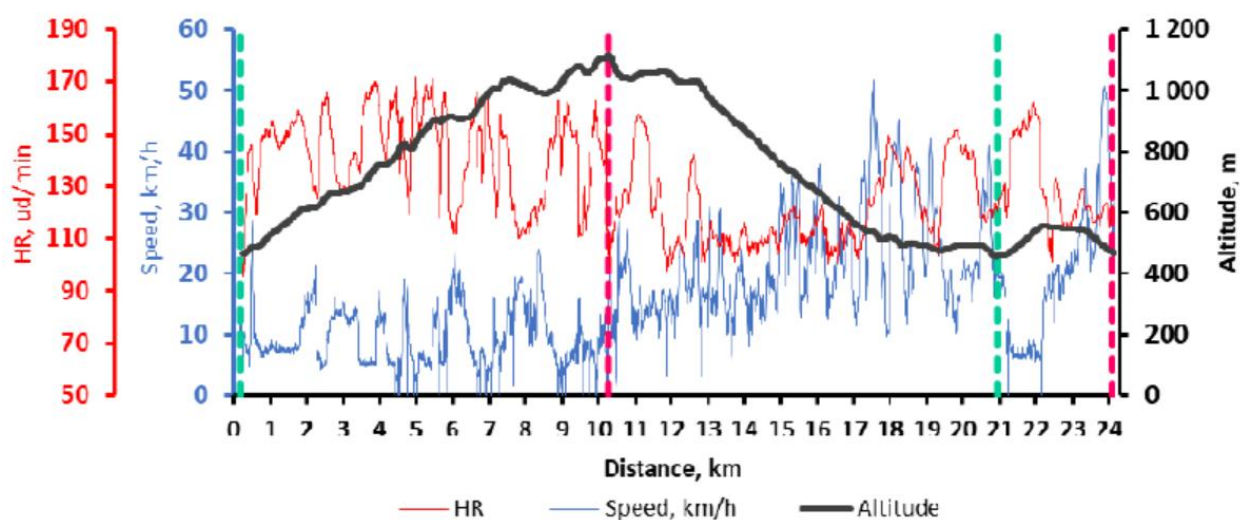


Рис. 3.8. Середнє фізичне навантаження, що вимірювалось ЧСС і швидкістю їзди на велосипеді МТВ на кожній ділянці гірського маршруту

Таблиця 3.16

Параметри гірського велосипедного маршруту на велосипеді еМТВ

Параметри	Підйом	Спуск	2-й підйом і спуск	Весь період
ЧСС _{СЕР} , уд·хв ⁻¹	131,6	113,1	118,6	124,4
ЧСС _{МАКС} , уд·хв ⁻¹	166,0	148,0	142,0	166,0
Швидкість _{СЕР} , км/ГОД	11,2	22,6	20,0	15,8
Швидкість _{МАКС} , км/ГОД	39,3	52,2	46,2	52,2
Час (год:хв:сек)	0:49:12	0:26:37	0:09:56	1:25:45
Відстань, км	9,954	10,532	3,441	23,928

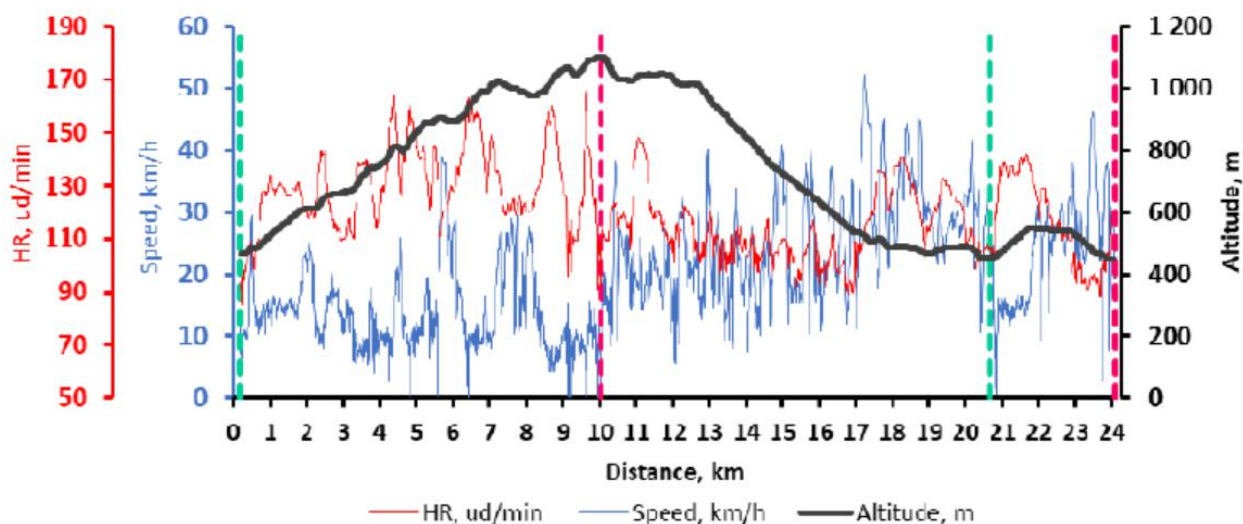


Рис. 3.9. Середнє фізичне навантаження, що вимірювалось ЧСС і швидкістю їзди на велосипеді еМТВ на кожній ділянці гірського маршруту

Учаснику дослідження знадобилося 2 години 12 хв 27 с, щоб подолати гірський велосипедний маршрут МТВ (табл. 3.15, рис. 3.8), який становить 24 034 км. Ділянки підйому і спуску були однакової довжини і становили трохи близько 10 км. Ділянка з невеликими підйомами та спусками склала 3,258 км і була подолана за 14 хв 48 с. На ділянку вгору учаснику дослідження знадобилося 1 годину 23 хв и 25 с, а на ділянку спуску значно менше, або 34 хв и 14 с. Середня швидкість по всьому маршруту становила 10,9 км/год, найменша на підйомі (7,3 км/год), найбільша на спуску (18,7 км/год). Незважаючи на середні швидкості, виміряні на окремих ділянках, їх максимальні значення також були вивчені, і вони були найвищими на спусках (51,7 км/год) і ділянках з легкими підйомами та спусками (50,7 км/год), а найменшими на підйомах. (28,9 км/год). Середнє зусилля, що вимірюється скороченнями серця (ЧССсер) на всьому маршруті становив 139,9 ударів на хв у і був найвищим на підйомі, досягаючи 147,7 ударів на хв, тоді як він був найнижчим на спуску, 121,4 ударів на хв. Фізичне зусилля, що вимірюється скороченнями частоти серцевих скорочень (ЧСС) у всіх відділах, було змінним, що призвело до його максимальних значень (ЧССмакс), протягом

усього маршруту, досягаючи 172,0 ударів на хв на підйомі, зменшуючись на спуску до 158,0 ударів на хв.

Учаснику дослідження знадобилося 1 годину 25 хв 45 с, щоб проїхати гірський маршрут на велосипеді еМТВ (табл. 3.16, рис. 3.9) 23 928 км. Ділянка підйому була трохи коротшою (9 954 км), а спуск трохи довшою (10 532 км). Ділянка з невеликими підйомами та спусками склала 3,441 км і була пройдена за 9 хв 56 с. Для підйому учаснику дослідження знадобилося 49 хв 12 с, а для спуску значно менше, або 26 хв 37 с. Середня швидкість на всьому маршруті становила 15,8 км/год, найменша на підйомі (11,2 км/год), найбільша на спуску (22,6 км/год) і на ділянках з невеликими підйомами та спусками (20,0 км/год). Незважаючи на середні швидкості, виміряні на кожній ділянці, досліджувалися також їхні максимальні значення, які були найвищими на спусках (52,2 км/год) і на ділянках з невеликими підйомами та спусками (46,2 км/год), а найменшими на підйомах. (39,3 км/год). Середнє фізичне зусилля, що вимірюється скороченнями серця (ЧСС_{сер}) на всьому маршруті становило 124,4 ударів за хв у і була найбільшим на підйомі, досягаючи 131,6 ударів за хв, а найменшим був на спуску – 113,1 ударів за хв. Фізичне зусилля, що вимірюється скороченнями серця (ЧСС), на всіх ділянках було варіабельним, в результаті чого його максимальні значення (ЧСС_{макс}) протягом усього маршруту, досягаючи 166,0 ударів на хв у на підйомі та зменшуючись до 148,0 ударів на хв на спуску.

Результати, отримані в обох ділянках гірського маршруту, були основою для визначення величини відмінностей у досліджуваних параметрах, які наведено в таблиці 3.17.

Таблиця 3.17

Відмінності в параметрах маршруту для гірських велосипедів МТВ і еМТВ

Параметри	Підйом		Спуск		2-й підйом і спуск		Весь період	
	різниця	%	різниця	%	різниця	%	різниця	%
ЧСС _{сер} , уд·хв ⁻¹	+16,1	10,9	+8,3	+6,8	+20,0	+14,1	+15,4	+11,0

Продовж. табл. 3.17

ЧСС _{МАКС} , уд·хв ⁻¹	+6,0	3,5	+10,0	+6,4	+20,0	+12,3	+6,0	+3,4
Швидкість _{СЕР} , км/год	-3,9	34,2	-3,9	-17,3	-6,8	-34,0	-4,9	-31,0
Швидкість _{МАКС} , км/год	-10,4	-26,5	-1,5	-1,0	+4,5	+10,8	-0,5	-1,0
Час (год:хв:сек)	+0:35:13	+42,0	+0:07:37	+22,5	+0:04:52	+51,0	+0:40:42	+45,3
Відстань, км	+0,162	+1,6	+0,134	+1,2	-0,183	-5,3	0,106	+0,5

Найбільша різниця спостерігалася в часі, витраченому на проходження всього гірського маршруту, який займав на 45,3% більше часу з велосипедом МТВ, ніж з велосипедом еМТВ. Відмінності за цим параметром були помітні на кожній ділянці гірського маршруту. Протилежністю часу, який знадобився для проходження маршруту, був середній темп маршруту, який був на 31,0% вищим на велосипеді еМТВ, особливо на підйомах і незначних підйомах і спусках, і становив 34%. Незважаючи на значні відмінності в середньому темпі їзди, не було аналогічних відмінностей у максимальних швидкостях по всьому маршруту, які були подібними під час поїздок учасників дослідження на обох велосипедах, незважаючи на рішуче, до 26,5% швидший темп під час їзди в гору з велосипедом еМТВ. Аналізуючи зміни у фізичних навантаженнях, суттєвих відмінностей не було, незважаючи на більш високі середні значення, які досягали від 8,3% до 14,1% в учасник дослідження під час велопробігу МТВ. Відмінності були ще меншими щодо максимального навантаження, виміряного скороченнями серця (ЧСС_{макс}), де середня різниця по всьому маршруту становила 3,4%, досягаючи найвищого значення (12,3%) на невеликих підйомах і спусках.

Відмінності, що виникають у часі, необхідному для підйому гірською стежкою на велосипеді МТВ і еМТВ, враховуючи зони зусиль, виміряні скороченнями серцевого ритму (ЧСС), наведені в таблиці 3.18.

Таблиця 3.18

Зони зусиль і їх відмінності, що виникають під час подолання підйому в процесі їзди на гірському велосипеді МТВ і еМТВ

Зони навантажень, ЧСС	МТВ		еМТВ		МТВ проти еМТВ, год:хв:сек	МТВ проти еМТВ, %
	t, год:хв:сек	t, %	t, год:хв:сек	t, %		
Зона 5: > 161 уд·хв ⁻¹	0:18:29	22,2	0:01:06	2,2	0:17:23	+94,0
Зона 4: 154-160 уд·хв ⁻¹	0:15:54	19,1	0:06:48	13,8	0:09:06	+56,2
Зона 3: 144-153 уд·хв ⁻¹	0:24:01	28,7	0:04:32	9,3	0:19:29	+81,1
Зона 2: 130-143 уд·хв ⁻¹	0:12:00	14,4	0:12:24	25,2	0:00:24	-3,3
Зона 1: 104-129 уд·хв ⁻¹	0:12:34	15,1	0:22:24	45,5	-0:09:50	-43,9
Зона 0: < 104 уд·хв ⁻¹	0:00:27	0,5	0:01:58	4,0	-0:01:31	-77,12
Всього	1:23:25	100,0	0:49:12	100,0	0:34:03	+70,6

З підйомом на велосипеді МТВ тривалістю 1 година 23 хв і 25 с учасник дослідження витрачав найдовше часу на зусилля зона 3 (28,8% загального часу підйому). Далі йшла зона зусиль 5 з 22,20% загального часу підйому, і зона зусиль 4 з 19,1% від загального часу підйому. Трохи менший проміжок часу учасник дослідження залишався в зоні зусиль 2 – 14,4% від загального часу підйому та в зоні зусиль 1 – 15,10% від загального часу підйому. Під час підйому на велосипеді еМТВ, який тривав 49 хв і 12 с, суб'єкт залишався переважно в зоні зусиль 1 (45,50%) і зоні зусиль 2 (25,2%). Він витратив від 2,2% до 13,8% загального часу підйому в інших зонах зусилля 3,4,5. Підйом на велосипеді МТВ тривав на 34 хв 03 с й довше, ніж на велосипеді еМТВ.

Аналізуючи різницю в часі перебування в різних зонах зусилля, було зазначено, що учасник дослідження, який їздив на гірському велосипеді, точно залишався довше в зонах зусилля 5, 4, 3, тоді як їзда на велосипеді еМТВ в інших зонах зусилля, а саме 2, 1 і 0. Під час підйому на велосипеді МТВ, який тривав на 70,6% довше, ніж еМТВ, найбільші відсоткові відмінності між часом перебування в кожній зоні зусиль були помітні в зоні зусиль 5, де учасник

дослідження, який їздив на велосипеді МТВ, був на 94,0% більшим, ніж той, хто їздив на велосипеді еМТВ. Їзда на гірському велосипеді також мала більший час перебування в зоні зусиль 3 (на 81,1%) і зоні зусиль 4 (на 56,2%), і коротший час перебування на 43,9% в зоні зусиль 1.

Відмінності, що виникають у часі спуску на гірських велосипедах МТВ і еМТВ на гірських велосипедах із зонами зусиль, вимірними скороченнями частоти серцевих скорочень (ЧСС), наведено в таблиці 3.19.

Таблиця 3.19

Зони навантажень та їх відмінності, що виникають під час швидкісного спуску в процесі їди на гірському велосипеді МТВ і еМТВ

Зони навантажень, ЧСС	МТВ		еМТВ		МТВ проти еМТВ, год:хв:сек	МТВ проти еМТВ, %
	t, год:хв:сек	t, %	t, год:хв:сек	t, %		
Зона 5: $> 161 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0	0	0	0	0	0
Зона 4: $154\text{--}160 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0:01:27	4,2	0	0	0:01:27	0
Зона 3: $144\text{--}153 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0:03:12	9,3	0:00:38	2,4	0:02:34	+82,8
Зона 2: $130\text{--}143 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0:04:37	14,5	0:02:38	9,9	0:02:19	+43,0
Зона 1: $104\text{--}129 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0:22:48	66,6	0:17:30	65,7	0:05:18	+23,2
Зона 0: $< 104 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0:01:50	5,4	0:05:51	22,0	-0:04:01	-74,36
Всього	0:34:14	100,0	0:26:37	100,0	0:07:37	+22,2

Під час спуску на гірському велосипеді, що займає на 22,2% більше часу, ніж на еМТВ, найбільша відсоткова різниця між часом перебування в різних зонах зусиль спостерігалася в зоні зусиль 3, де учасник дослідження, який їхав на велосипеді МТВ, був на 82,5% довше, ніж їздив на велосипеді еМТВ. Їзда на велосипеді МТВ також мала більший час перебування в зоні зусиль 3 (на 43,0%) і 1 (на 23,2%). Варто зазначити, що під час їди на велосипеді МТВ у зоні зусиль 5 не було взагалі часу перебування, а в зоні зусиль 4 лише 1 хв 27 с. У спуску на велосипеді МТВ тривалістю 34 хв 14 с суб'єкт найдовше

перебував у зоні зусиль 1 (66,6% від загального часу спуску). Потім йшла зона зусиль 2 – 14,5% від загального часу спуску, і зона зусиль 3 – 9,3% від загального часу спуску. Менший проміжок часу учасник дослідження перебував у зоні зусиль 4 – 4,2% від загального часу підйому, а в зоні зусиль 5 не перебував взагалі.

Під час спуску на велосипеді еМТВ, який тривав 26 хв і 37 с, суб'єкт переважно залишався в зоні зусиль 1 (65,7%), а зона зусиль 0 (22,0%). Він витратив загалом 12,3% свого загального часу спуску в зонах зусиль 2, 3 і взагалі не витрачав часу під час спуску в зонах зусиль 5 і 4. Спуск на велосипеді МТВ був довшим на 7 хв і 37 с, ніж у еМТВ велосипедний спуск.

Аналізуючи різницю в часі перебування в різних зонах навантажень, було зазначено, що учасник дослідження, який їздив на велосипеді МТВ, безперечно, залишався найдовше в зоні навантажень 1. Те саме було правильно при аналізі спуску на велосипеді еМТВ. В інших зонах зусиль під час їзди на велосипеді МТВ час перебування зменшився з 14,5% у зоні зусиль 2 до 0% у зоні зусиль 5. У випадку спуску на велосипеді еМТВ час перебування в досліджуваних зонах був ще коротшим – від 9,9% у зоні зусиль 2 до 0% у зоні зусиль 4,5.

Відмінності, що виникають на ділянці невеликих підйомів і спусків на гірському велосипедному маршруті МТВ і еМТВ, враховуючи зони зусиль, виміряні скороченнями частоти серцевих скорочень (ЧСС), наведені в таблиці 3.20.

Таблиця 3.20

Зони навантажень та їх відмінності, що виникають під час невеликих підйомів та спусків у процесі їзди на гірському велосипеді МТВ і еМТВ

Зони навантажень, ЧСС	МТВ		еМТВ		МТВ проти еМТВ, год:хв:сек	МТВ проти еМТВ, %
	t, год:хв:сек	t, %	t, год:хв:сек	t, %		
Зона 5: $> 161 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0:00:22	2,5	0	0	0:00:22	2
Зона 4: $154\text{--}160 \text{ уд} \cdot \text{хв}^{-1}$	0:03:28	23,5	0	0	0:03:28	0

Продовж. табл. 3.20

Зона 3: 144–153 уд·хв ⁻¹	0:03:30	23,6	0	0	0:03:30	0
Зона 2: 130–143 уд·хв ⁻¹	0:01:02	7,0	0:03:35	36,1	-0:02:30	-71,2
Зона 1: 104–129 уд·хв ⁻¹	0:06:20	42,7	0:04:01	40,4	0:02:19	+36,6
Зона 0: < 104 уд·хв ⁻¹	0:00:06	0,7	0:02:20	23,5	-0:02:14	-95,7
Всього	0:14:48	100,0	0:09:56	100,0	0:04:52	+32,8

Під час невеликих підйомів і спусків учасник дослідження, який їхав на гірському велосипеді, залишався на 32,8% довше, ніж на еМТВ. Зона домінуючого зусилля була 1, де велосипедист МТВ залишався на 36,6% довше, ніж турист на еМТВ. Варто зазначити, що під час їзди на велосипеді еМТВ учасник дослідження взагалі не перебував у зонах зусиль 5,4,3, а в зонах 2 та 0 (на 71,2%) довше (на 95,7%). Навпаки, учасник дослідження провів найдовший час у зоні зусиль 2 під час їзди на гірському велосипеді, де він залишався на 36,6% довше, ніж під час їзди на велосипеді еМТВ. Для невеликих підйомів і спусків на велосипеді МТВ, які тривали 14 хв і 48 с, учасник дослідження провів найдовший час у зоні зусиль 1 (42,8% від загального часу невеликих підйомів і спусків). Далі йшли зони зусиль 3 (23,6%) і 4 (23,5% від загального часу малих підйомів і спусків). Менший проміжок часу учасник дослідження перебував у зоні зусиль 2–7,0% всього часу незначних підйомів і спусків і ще менше в зоні зусиль 5 (2,5% всього часу незначних підйомів і спусків).

Для невеликих підйомів та спуски на велосипеді еМТВ, тривалістю 09 хв 37 с, учасника дослідження переважно перебували в зонах зусиль 1 і 2 (разом 76,5% від загального часу незначних підйомів і спусків) і в зоні зусиль 0 (23,5%). Перебування в зоні зусиль 5, 4, 3 не було. Проходження незначних підйомів і спусків на велосипеді МТВ було на 4 хв 52 с довше, ніж на велосипеді еМТВ.

Різниця в часі перебування в кожній зоні на ділянці невеликих підйомів і спусків під час їзди на велосипеді МТВ і еМТВ була невеликою і становила від 2 хв до 14 с в зоні зусилля від 0 до 3 хв 30 с в зоні зусилля 3.

Під час невеликих підйомів і спусків учасник дослідження, який їздив на гірському велосипеді, залишався на 32,8% довше, ніж на еМТВ. Зона домінуючого зусилля була 1, де велосипедист МТВ залишався на 36,6% довше, ніж вершник еМТВ. Варто зазначити, що під час їзди на велосипеді еМТВ учасник дослідження взагалі не перебував у зонах навантажень 5, 4, 3, а в зонах 2 та 0 довше (на 71,2% та 95,7% відповідно). Навпаки, учасник дослідження провів найдовший час у зоні навантажень 2 під час їзди на гірському велосипеді, де він залишався на 36,6% довше, ніж під час їзди на велосипеді еМТВ.

Відмінності, що виникають на всьому гірському маршруті під час їзди на велосипеді МТВ і еМТВ із зонами навантажень, вимірними скороченнями частоти серцевих скорочень (ЧСС), наведено в таблиці 3.21.

Таблиця 3.21

Зони навантажень та їх відмінності, виявлені під час проходження всього маршруту у процесі їзди на гірському велосипеді МТВ і еМТВ

Зони зусиль, ЧСС	МТВ		еМТВ		МТВ проти еМТВ, год:хв:сек	МТВ проти еМТВ, %
	t, год:хв:сек	t, %	t, год:хв:сек	t, %		
Зона 5: > 161 уд·хв ⁻¹	0:18:51	14,2	0:01:06	2,2	0:17:45	+95,8
Зона 4: 154–160 уд·хв ⁻¹	0:20:49	15,7	0:06:48	7,9	0:14:01	+67,3
Зона 3: 144–153 уд·хв ⁻¹	0:30:43	23,2	0:05:10	6,0	0:25:33	+83,2
Зона 2: 130–143 уд·хв ⁻¹	0:17:59	13,6	0:18:37	21,7	-0:00:38	-3,4
Зона 1: 104–129 уд·хв ⁻¹	0:41:42	31,5	0:43:35	40,4	-0:02:13	-4,3
Зона 0: < 104 уд·хв ⁻¹	0:02:23	1,8	0:10:09	4,0	-0:07:46	-76,5
Всього	2:12:27	100,0	1:25:45	100,0	0:46:42	+35,7

На всьому гірському маршруті велопробігу МТВ тривалістю 2 години 12 хв 27 с учасник дослідження проводив найдовше часу в зоні навантажень 1 (31,5% від загального часу їзди). Далі слідувала зона навантажень 3, з 23,2% загального часу сходження. У зонах 5, 4 і 3 тривалість перебування була подібною, коливаючись від 13,6% до 15,7%. Найкоротший час витримки мав місце в зоні зусилля 0–1,8%.

Проїхавши весь велосипедний маршрут еМТВ за 1 годину 25 хв і 45 с, учасник дослідження переважно залишався в зоні зусиль 1 (40,4%) і зоні зусиль 2 (21,7%). Він витратив від 2,2% до 7,9% загального часу їзди в зонах зусиль, що залишилися, 3, 4, 5 і 0. Подолання всього маршруту на велосипеді МТВ тривало на 46 хв і 42 с и довше, ніж на велосипеді еМТВ.

Аналізуючи різницю в часі перебування в різних зонах навантаження, було визначено, що учасник дослідження їзди на велосипеді МТВ безперечно залишалася довше в зонах навантаження 3, 5, 4, тоді як їзда на велосипеді еМТВ здійснювалось в інших зонах навантаження, а саме 0, 1 і 2.

Під час проїзду всього гірського маршруту на гірському велосипеді, що займає на 25,7% більше часу, ніж на еМТВ, найдовша зона зусилля була 1, а різниця в часі між поїздками становила лише 4,3%. Найбільша відсоткова різниця між часом перебування в окремих зонах зусилля вздовж усього маршруту спостерігалася в зоні 5, де учасник дослідження, який їхав на гірському велосипеді, був на 95,8% довшим, ніж той, що на велосипеді еМТВ. Під час їзди на велосипеді МТВ учасник дослідження також довше залишався в зоні зусиль 3 (на 83,3%) і в зоні зусиль 4 (на 67,3%). Слід також зазначити, що учасник дослідження, який їздив на гірському велосипеді, був на 76,5% нижчим у зоні зусиль 0.

Найбільше наукових досліджень у гірських велосипедах МТВ та еМТВ було пов'язано з якістю та варіабельністю зусиль, які були нижчими у райдерів еМТВ [262, 434], але достатньо високими, щоб досягти стандартів фізичної активності середньої інтенсивності, що зміцнює здоров'я [90, 341]. Відповідно, частота серцевих скорочень і споживання кисню також були

нижчими під час їзди [196]. Доведено, що здатність стимулювати фізичні вправи покращує метаболізм, зокрема регуляцію рівня глюкози [404, 453], що сприяє кращому самопочуттю. Результати також свідчать про потенціал еМТВ для використання широкими групами населення, оскільки на них можна їздити без надмірної втоми на довших і більш різноманітних дистанціях [262, 290], навіть з нижчою фізичною підготовленістю і нижчі рухові навички або обмеження рухливості [204, 473]. Вищенаведені результати були підтверджені нашим власним дослідженням, аналізуючи маршрут, пройдений тим самим учасником на велосипеді МТВ та еМТВ. Досліджуваними відмінностями були темп їзди та фізичні вправи, виміряні частотою серцевих скорочень (ЧСС). Час їзди на МТВ-велосипеді був на 45,3% довший, що призвело до повільнішого темпу, особливо на підйомах і невеликих підйомах і спусках, досягаючи 34%. Незважаючи на такі відмінності в темпі, не було значної переваги їзди еМТВ з точки зору досягнення максимальних швидкостей, які були подібними в обох поїздках. Рівень зусиль, виміряний середньою ЧСС, також був подібним, хоча трохи нижчим у їзді еМТВ (від 8,3% до 14,1%). Різниця була ще меншою щодо максимального ЧСС_{макс}, де середня різниця по всьому маршруту склала 3,4%.

Для гірського велосипедного маршруту характерні підйоми, спуски та ділянки з серією легких підйомів і спусків, тому в проведених дослідженнях досягнутого темпу їзди та фізичного навантаження, визначалося ЧСС у цих зонах. Частота серцевих скорочень (ЧСС) вказувала на величину фізичного навантаження, яка була розділена на 5 зон і зону 0. Під час підйому на велосипеді МТВ, який тривав на 70,6% довше, ніж еМТВ, найбільші процентні відмінності між часом перебування за зоною спостерігалися в зоні зусиль 5, де учасник дослідження, який їздив на велосипеді МТВ, був на 94,0% більшим, ніж той, хто їздив на велосипеді еМТВ. Їзда на гірському велосипеді також мала більший час перебування в зоні зусиль 3 (на 81,1%) і зоні зусиль 4 (на 56,2%), і коротший час перебування на 43,9,1% в зоні зусиль 1.

Під час спуску на гірському велосипеді, що займає на 22,2% більше часу, ніж на еМТВ, найбільші процентні відмінності між часом перебування в кожній зоні спостерігаються в зоні зусиль 3, де учасник дослідження, який їздив на велосипеді МТВ, був на 82,5% довше, ніж їздив на велосипеді еМТВ. Їзда на велосипеді МТВ також мала більший час перебування в зоні зусиль 3 (на 43,0%) і 1 (на 23,2%). Варто зазначити, що перебування в зоні зусиль 5 взагалі не відбулося в обох випробуваннях, а лише протягом 1 хв 27 с у зоні зусиль 4 під час їзди на велосипеді МТВ.

Під час невеликих підйомів і спусків, коли велосипед МТВ займав на 32,8% більше часу, ніж еМТВ, домінуюча зона зусилля становила 1, де велосипедист МТВ залишався на 36,6% довше, ніж на велосипеді еМТВ. Примітно, що під час їзди на велосипеді еМТВ учасник дослідження взагалі не перебував у зонах зусиль 5, 4, 3, а (на 71,2%) довше залишався в зонах зусиль 2 та 0 (на 95,7%). З іншого боку, під час їзди на гірському велосипеді учасник дослідження залишався у зоні зусиль 2 найдовше, на 36,6% довше, ніж під час їзди на велосипеді еМТВ.

Таким чином, встановлено, що поїздка на велосипеді МТВ зайняла на 25,7% більше часу, ніж еМТВ, і найбільший час суб'єкт провів у зоні зусиль 1, де різниця для обох поїздок становила лише 4,3%. Найбільша відсоткова різниця була в зоні зусиль 5, де учасник дослідження, який їздив на гірському велосипеді, був на 95,8% довше, ніж на велосипеді еМТВ. Під час їзди на велосипеді МТВ учасник дослідження також перебував довше в зоні зусиль 3 (на 83,3%) і в зоні зусиль 4 (на 67,3%). Слід також зазначити, що під час їзди на гірському велосипеді учасник дослідження був на 76,5% нижчим у зоні зусиль 0.

3.2.4. Використання елементів скелелазіння, як засобу фізкультурно-оздоровчої діяльності для студентської молоді. Скелелазіння є одним із ефективних засобів фізкультурно-оздоровчої діяльності для студентської

молоді, який сприяє комплексному фізичному, психологічному та соціальному розвитку. Цей вид спорту сприяє зміцненню м'язової системи, підвищенню загальної витривалості, розвитку гнучкості, координації рухів та спритності. Окрім фізичних переваг, скелелазіння допомагає знижувати рівень стресу, долати страхи, формувати психологічну стійкість, а також стимулює розумову діяльність, зокрема мислення та швидкість прийняття рішень, що є важливими аспектами адаптації до сучасних умов.

Скелелазіння є доступним для різних рівнів фізичної підготовленості, завдяки можливості обирати маршрути різної складності, і має виражений мотиваційний ефект через відчуття поступового прогресу. Заняття часто проводяться в групах, що сприяють розвитку командного духу і налагодженню соціальних контактів, а також підвищує загальний інтерес молоді до фізичної активності [146, 424].

Оздоровчі заняття скелелазінням серед здобувачів вищої освіти мають низку особливостей, які роблять їх ефективним засобом фізкультурно-оздоровчої діяльності для молоді. По-перше, скелелазіння сприяє розвитку фізичних якостей, таких, як сила, витривалість, координація, гнучкість та спритність. Ці навички особливо важливі, оскільки підтримують загальний фізичний тонус і допомагають компенсувати наслідки малорухомого способу життя, який часто супроводжує навчання. Скелелазіння вимагає концентрації та стратегічного мислення, що допомагає здобувачам вищої освіти відволіктися від академічного навантаження та знизити рівень стресу. Подолання висоти й складних маршрутів також підвищує впевненість у собі та покращує емоційний стан [86, 106].

Заняття скелелазінням часто проводяться в групах, що сприяє розвитку командного духу та підвищує соціальну активність. Це може бути особливо важливим для здобувачів вищої освіти, які прагнуть знайти нові знайомства та підтримку в колективі. Під час занять відбувається поступове подолання складних маршрутів, що забезпечує відчуття прогресу і підтримує мотивацію

до регулярних занять. Це важливо, адже молоді часто буває складно підтримувати інтерес до оздоровчої активності на тривалий час.

Можливість варіювати рівень складності маршрутів забезпечує доступність скелелазіння для молоді з різним рівнем фізичної підготовки. Початківці можуть працювати на простих маршрутах, тоді як більш підготовлені, зможуть випробувати себе на складніших.

Таким чином, скелелазіння є сучасним та різноманітним видом фізичної активності, що поєднує користь для тіла, розвиток ментальної витривалості та стимулює до самовдосконалення студентської молоді.

Заняття в секції зі скелелазіння передбачали теоретичну частину, фізичну, технічну та психологічну підготовку.

Теоретична частина секційних занять спрямована на формування у вихованців знань, необхідних для безпечного та ефективного заняття скелелазінням та охоплює такі теми: вступ до скелелазіння (історія виникнення та розвитку скелелазіння; види скелелазіння; роль скелелазіння у формуванні здоров'я); безпека та страхування (загальні правила безпеки під час тренувань на скеледромах і природних маршрутах; способи страхування; типові помилки при страхуванні та як їх уникнути; алгоритм дій у разі виникнення аварійних ситуацій); екіпірування та спорядження (огляд основного спорядження; вибір відповідного обладнання залежно від рівня складності маршруту; правила догляду, перевірки та заміни спорядження); основи техніки скелелазіння (основні прийоми лазіння: утримання опор, положення тіла, балансування; техніка пересування по вертикальних і похилих поверхнях; робота з різними типами зачепів; оптимізація рухів для зниження витрат енергії); особливості фізичної підготовки; психологічна підготовка (методи подолання страху висоти та невпевненості; розвиток концентрації уваги та технік візуалізації маршруту; подолання стресових ситуацій під час змагань або складних тренувань); техніка та тактика проходження маршрутів (аналіз маршруту перед його

проходженням: визначення ключових точок і зон відпочинку; стратегія енергозбереження на довгих трасах; техніка роботи в команді або парах під час складних сходжень); основи змагань зі скелелазіння (правила проведення змагань за різними дисциплінами; оцінка техніки та виконання; роль тренувального процесу у підготовці до змагань).

Практичні заняття в секції зі скелелазіння спрямовані на розвиток фізичних якостей, технічних навичок та психологічну підготовку, необхідних для успішного та безпечного заняття цим видом спорту. На початкових етапах практичні заняття включають освоєння основних прийомів роботи зі спорядженням. Учасники навчаються правильно надягати страхувальні системи, закріплювати мотузки, користуватися карабінами та іншими елементами обладнання. Одночасно опановуються базові техніки скелелазіння: правильні позиції тіла, утримання рівноваги та виконання простих рухів на тренувальних поверхнях. Практичні вправи спрямовані на вдосконалення технічних прийомів, таких як переміщення по вертикальних і похилих маршрутах, використання різних типів зачепів (країв, кишень, полицок). Учасники секції навчаються оптимально розподіляти навантаження між руками та ногами, утримувати баланс і зберігати енергію.

Значна увага приділяється розвитку сили, витривалості, гнучкості та координації. Заняття включають вправи на зміцнення пальців, рук, плечового поясу, спини та м'язів корпусу. Вправи виконуються як на скеледромі, так і поза ним (з використанням тренажерів, гумових амортизаторів, перекладин тощо). Розминка перед заняттями та відновлювальні вправи після них є обов'язковими елементами тренувального процесу [148].

На практичних заняттях учасники поступово освоюють маршрути різного рівня складності, починаючи з легких і поступово переходячи до технічно складних. Основна увага приділяється аналізу маршруту перед його проходженням, вибору оптимальних рухів і зон для відпочинку. У процесі роботи спортсмени отримують індивідуальні рекомендації від тренера.

Практика передбачає відпрацювання технік страхування партнера. Учасники навчаються забезпечувати надійну страховку, дотримуватися правил безпеки та оперативно реагувати на нестандартні ситуації. Особлива увага приділяється довірі між партнерами та командній роботі. У процесі психологічної підготовки учасники працюють над подоланням страху висоти, удосконалюють концентрацію уваги та вміння залишатися зібраними під час виконання складних завдань. Під час проходження маршрутів тренер надає поради, які допомагають контролювати емоційний стан і покращувати стратегії виконання.

Після кожного практичного заняття проводиться обговорення результатів. Учасники аналізують свої успіхи, визначають допущені помилки та обговорюють шляхи їх виправлення. Це дозволяє кожному спортсмену поступово вдосконалювати свої навички та досягати вищого рівня майстерності.

Залучення молоді до фізкультурно-оздоровчих секцій є дієвим способом вирішення проблеми соціальної ізоляції. Такі секції сприяють розвитку соціальних навичок через спільну діяльність, формування міжособистісних зв'язків та інтеграцію в соціальне середовище. Участь у тренуваннях та змаганнях допомагає молоді розвивати комунікативні здібності, знаходити однодумців і відчувати себе частиною спільноти.

Фізична активність покращує психоемоційний стан, знижує рівень стресу та тривожності, підвищує самооцінку й впевненість у собі. Тренер виконує роль наставника, який підтримує молодь у подоланні складнощів і формуванні дисципліни.

Доступність, інклюзивність та командна взаємодія в секціях створюють умови для подолання почуття відчуженості, зменшення асоціальної поведінки та шкідливих звичок. Таким чином, фізкультурно-оздоровчі заняття не лише сприяють зміцненню здоров'я, а й забезпечують довготривалу соціальну адаптацію молоді.

У дослідженні було проаналізовано впливу спортивно-оздоровчих занять скелелазінням на фізичне та психічне здоров'я студентської молоді на початку та наприкінці навчального року. У дослідженні взяли участь 12 здобувачів вищої освіти (віком $20,1 \pm 1,91$ років) чоловічої статі, які займалися у секції зі скелелазіння. Усі займалися тричі на тиждень по 90 хв кожне заняття. Для виявлення впливу спортивно-оздоровчих занять в секції зі скелелазіння на соціалізацію студентської молоді користувалися шкалою соціально-психологічної пристосованості; рівень фізичної підготовленості визначався показниками спеціальної фізичної підготовки. Анкетування та тестування проводилось на початку та наприкінці навчального року.

Завдяки анкетуванню виявлено, що заняття спортивно-оздоровчим скелелазінням мають вплив на формування соціально психологічної пристосованості студентської молоді до життя та нормального спілкування з оточуючими. Так, річні заняття спортивно-оздоровчим скелелазінням підвищили показники «сприйняття інших» – на 2,8 бала ($t=3,11$; $p<0,01$), «сприйняття себе» на 3,2 бала ($t=2,27$; $p<0,05$), «емоційного комфорту» – на 2,8 бала ($t=2,27$; $p<0,05$) і «залежності» – на 1,8 бала ($t=2,27$; $p<0,05$) (табл. 3.22).

Таблиця 3.22

Показники соціально-психологічної пристосованості студентської молоді під впливом занять спортивно-оздоровчим скелелазінням (за методикою А.М. Прихожан), в балах ($n_1 = n_2 = 12$)

Шкали	На початку року	Наприкінці року	Оцінка вірогідності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Сприйняття себе	13,4 $\pm$ 0,91	16,6 $\pm$ 1,08	2,27	p<0,05
Неприйняття себе	6,1 $\pm$ 0,67	3,7 $\pm$ 0,71	2,46	p<0,05
Сприйняття інших	6,6 $\pm$ 0,60	9,4 $\pm$ 0,67	3,11	p<0,01
Конфлікт з іншими	14,5 $\pm$ 1,21	10,2 $\pm$ 1,08	2,65	p<0,05
Внутрішній локус контролю	24,1 $\pm$ 0,78	20,9 $\pm$ 0,65	3,15	p<0,01
Зовнішній локус контролю	13,2 $\pm$ 1,03	14,7 $\pm$ 0,82	1,14	p>0,05

Продовж. табл. 3.22

Емоційний комфорт	12,4±0,83	15,2±0,91	2,27	p<0,05
Емоційний дискомфорт	20,5±0,92	17,6±0,82	2,35	p<0,05
Домінування	9,5±0,77	7,5±1,00	1,58	p>0,05
Залежність	4,4±0,52	6,2±0,60	2,27	p<0,05
Втеча від рішення проблем	12,6±1,06	8,9±1,03	2,50	p<0,05

Водночас, відповідно зменшилися показники «конфлікту з іншими» – на 4,3 бала ($t=2,65$; $p<0,05$), «втечі від вирішення проблем» – на 3,7 бала ($t=2,50$; $p<0,05$), «внутрішнього локусу контролю» – на 3,2 бала ($t=3,15$; $p<0,01$), «емоційного дискомфорту» – на 2,9 бала ($t=2,35$; $p<0,05$) і «неприйняття себе» – на 2,4 бала ($t=2,46$; $p<0,05$). У показниках «зовнішнього локусу контролю» і «домінування» достовірність не була виявлена ($p>0,05$).

Регулярні заняття спортивно-оздоровчим скелелазінням позитивно ($p<0,05-0,001$) вплинули на розвиток спеціальної фізичної підготовленості, а саме різновидів сили (табл. 3.23).

Таблиця 3.23

Показники спеціальної фізичної підготовленості студентської молоді під впливом занять спортивно-оздоровчим скелелазінням ($n_1=n_2=12$)

Показники	На початку року	Наприкінці року	Оцінка вірогідності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Вис в блоці, с	51,9±3,04	73,2±2,72	5,22	p<0,001
Підтягування на поперечині, к-ть разів	17,3±2,21	26,1±1,50	3,29	p<0,01
Підтягування до грудей, к-ть разів	7,6±1,38	12,4±1,18	2,64	p<0,05
Згинання та розгинання рук в упорі, лежачи на підлозі, к-ть разів	32,9±2,42	47,3±1,95	4,63	p<0,001
Кистьова динамометрія, кг	55,7±2,63	64,1±1,89	2,59	p<0,05
Згинання кисті з обтяженням, к-ть разів	7,7±1,42	13,2±0,73	3,44	p<0,01

Так, за рік занять в секції зі спортивно-оздоровчого скелелазіння показники вису в блоці поліпшились на 21,3 с ($t=5,22$; $p<0,001$); згинання та розгинання рук в упорі, лежачи на підлозі – на 14,4 рази ($t=4,63$; $p<0,001$); підтягування – на 8,8 рази ($t=3,29$; $p<0,01$); підтягування до грудей – на 4,8 рази ($t=2,64$; $p<0,05$); кистьової динамометрії – на 8,4 кг ($t=2,59$; $p<0,05$); згинання кисті з обтяженням – на 5,5 рази ($t=3,44$; $p<0,01$).

Таким чином, можна стверджувати, що заняття в секції зі скелелазіння забезпечують гармонійний розвиток фізичних і технічних навичок, сприяють формуванню впевненості, витривалості та здатності працювати в команді, що є ключовими елементами успіху в цьому виді спорту.

3.3. Вплив занять різних видів фізкультурно-оздоровчої діяльності на психоемоційний стан підлітків та студентської молоді в умовах воєнного стану в Україні

Аналіз науково-дослідної літератури [21, 83, 98, 173] показує, що підлітки, які переживають період війни, гостро реагують на негативні події, що суттєво впливає на їхній емоційний стан, психічне здоров'я і загальне психологічне благополуччя. Переживання, пов'язані з російсько-українською війною, чинять сильний тиск на підлітків, що призводить до виникнення стійких негативних емоцій. Проведене дослідження виявило, що мотивація підлітків займатися боксом базується переважно на соціально-моральних, соціально-емоційних мотивах, прагненні до самоствердження та емоційному задоволенні. Це вказує на те, що заняття боксом забезпечують моральне задоволення, підвищують упевненість у власних силах і мотивацію до особистісного розвитку.

Дослідження психоемоційного стану дітей і молоді з України, які стали вимушеними переселенцями та проживають у Польщі під час воєнного стану, вказує на низку ключових аспектів, що характеризують їхню адаптацію до нових умов та вплив цих обставин на їхній емоційний і психологічний стан.

Вимушене переселення та раптова зміна звичного середовища викликають значні психоемоційні труднощі, зумовлені втратами, необхідністю пристосування до нового культурного і соціального оточення, а також переживанням воєнних подій [21, 230, 241].

Значний вплив на емоційний стан дітей і молоді мають тривожність і страх, спричинені невизначеністю майбутнього та хвилюванням за рідних, які залишилися в Україні. Емоційне виснаження, сум і відчуття ізоляції є поширеними серед переселенців через втрату дому та розрив соціальних зв'язків. Водночас культурна близькість українського та польського суспільств частково полегшує процес адаптації, хоча мовний бар'єр і нові соціальні норми залишаються серйозними викликами, особливо для дітей молодшого віку [416, 445].

Одним із важливих аспектів психоемоційної адаптації є освітні виклики, з якими стикаються українські діти та молодь. Інтеграція до польської освітньої системи часто викликає стрес, знижує впевненість у власних силах і підсилює страх перед невдачами. Цей процес ускладнюється відчуттям відчуженості, яке можуть відчувати переселенці через свій статус, незважаючи на активну підтримку польського суспільства.

Психофізіологічні наслідки стресу проявляються у формі соматичних симптомів, таких як головний біль, порушення сну та зміни харчової поведінки. Постійне психоемоційне напруження спричиняє зниження енергії та мотивації, що впливає на соціальну взаємодію та навчальну діяльність. Присутність родини залишається ключовим фактором стабілізації емоційного стану, однак батьки, які самі перебувають у стані стресу, не завжди можуть надати необхідну підтримку [318, 326, 431].

Активна участь польських державних і волонтерських організацій є важливим чинником у створенні сприятливого середовища для переселенців. Організація психологічної підтримки, проведення дозвілля та освітніх заходів сприяє інтеграції українських дітей у нове суспільство. Особливо важливими

є групові активності, які допомагають знижувати рівень соціальної ізоляції та формувати нові зв'язки.

Важливим елементом інтеграційного процесу є забезпечення доступу до психологічної допомоги, яка надає дітям можливість висловлювати свої почуття у безпечному середовищі. Терапевтичні практики, такі як арт-терапія, групи підтримки та фізична активність, позитивно впливають на емоційний стан дітей. Крім того, мовні курси та можливість навчання українською мовою знижують рівень стресу, спричиненого освітніми викликами.

Таким чином, адаптація дітей і молоді з України, які є вимушеними переселенцями в Польщі, потребує комплексного підходу, який охоплює надання базової, емоційної та соціальної підтримки. Забезпечення психологічного благополуччя, розвиток навичок інтеграції в нове середовище та організація освітньої підтримки є критично важливими для успішної інтеграції українських переселенців у польське суспільство.

Тому нами проведено дослідження щодо впливу занять різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності на психоемоційний стан підлітків та студентської молоді, які є вимушеними переселенцями в Польщі.

Дослідження психічного здоров'я дітей у зонах воєнних конфліктів, зокрема роботи Murthy S. et al. [370] та Smith D. [445], свідчать, що психологічні травми, отримані під час війни, мають тривалий вплив на психіку дитини і можуть мати негативні наслідки у дорослому віці. Перебування в умовах воєнного стану, особливо в регіонах з активними бойовими діями, значно впливає на емоційний та психічний стан дітей і підлітків. Найбільш уразливими в цьому контексті є підлітки, оскільки їхній організм перебуває в періоді інтенсивного розвитку, що накладається на стресові чинники, такі як інформаційний тиск, обстріли та інші наслідки війни.

Підлітковий вік займає проміжне положення між дитинством, коли повного розуміння ситуації ще немає, і дорослістю, коли психіка вже є стійкішою до стресів. Війна для багатьох із них стала першим досвідом таких

серйозних життєвих викликів, зокрема втратою близьких, що є однією з найбільш травматичних подій для дитини [83]. Ці чинники впливають на зміну світогляду підлітків, сприяють їхньому передчасному дорослішанню, але також провокують розвиток психологічних проблем.

Дослідження Щербакової та співавторів [173] свідчать, що підлітки, які переживають воєнні події, реагують на них дуже болісно, що завдає значного удару по їхньому емоційному та психічному здоров'ю. Це може спричиняти виснаження моральних сил, стійкі негативні емоції та втрату психологічного благополуччя.

Водночас психологи, такі як Dupuy K. et al. [241], Jones L. [304], De Jong J. [230] та Ferrari F. [249], наголошують, що не потрібно розглядати підлітків лише як пасивних жертв війни. Вони також є активними членами суспільства, здатними ухвалювати самостійні рішення, розробляти стратегії виживання та демонструвати життестійкість в умовах стресу.

Стрес під час війни є природною реакцією організму, яка допомагає адаптуватися до складних умов і захищатися від зовнішніх загроз [112]. Короткотривалий стрес може позитивно впливати на мотивацію та продуктивність, однак тривалий або хронічний стрес може призводити до погіршення фізичного і психічного здоров'я.

Воєнний стан, як зовнішній стресовий фактор, знижує рівень стресостійкості молоді, провокуючи тривожність і депресивні емоції. Для підвищення адаптаційних резервів та зменшення впливу негативних психогенних факторів науковці рекомендують використовувати різноманітні методи поліпшення психоемоційного стану, зокрема підвищення мобілізаційних ресурсів організму [49].

Фізична активність є ефективним засобом боротьби з негативними емоціями, оскільки сприяє покращенню настрою, підвищенню психічного тону та зменшенню рівня стресу завдяки виробленню ендорфінів. Як зазначають О. Марченко та ін. [97], рухова активність сприяє загальному

покращенню психічного здоров'я різних вікових груп, зокрема в дітей і підлітків.

Підлітковий вік є особливим періодом формування особистості, що потребує створення відповідних умов для розвитку їхніх психічних і емоційних якостей. За даними досліджень Г. Бойка та ін. [21], В. Марчика [98], рухова активність позитивно впливає на зниження рівня стресу у підлітків, зменшуючи тривожність і підвищуючи стійкість нервової системи.

Бокс, як вид спорту, відіграє важливу роль у формуванні психоемоційного стану підлітків. Заняття боксом розвивають рухові та морально-вольові якості, сприяють зниженню тривожності та покращенню самопочуття. Це підтверджують дослідження Б. Кулакова та ін. [85], Ю. Мартинюка та ін. [96], В. Мулика та ін. [102].

Дослідження, проведене серед 16 юнаків віком $15,8 \pm 0,7$ років, які займалися боксом у спортивно-оздоровчих секціях, продемонструвало позитивні зміни в їхньому психоемоційному стані та мотивації до занять спортом. Підлітки наголосили на важливості соціально-емоційних і соціально-моральних мотивів, які сприяли підвищенню впевненості у власних силах і задоволеності життям. Регулярні тренування та участь у змаганнях позитивно вплинули на їхній професійний розвиток та самооцінку.

Дослідження мотиваційних чинників, які спонукають підлітків займатися боксом у період війни, показало, що найвагомішими є соціально-моральні (16,6 бала) та соціально-емоційні мотиви (13,2 бала), а також прагнення до соціального самоствердження (13,8 бала) й отримання емоційного задоволення (12,4 бала). Це свідчить про високий рівень морального задоволення, яке учасники отримують від занять боксом, і про значне підвищення впевненості у власних силах. Крім того, високі показники в категорії «досягнення успіху в спорті» вказують на те, що систематичні тренування та участь у змаганнях стимулюють молодих спортсменів до

подальшого професійного зростання, а також до здобуття спортивних розрядів і звань (табл. 3.24).

Таблиця 3.24

Результати опитування підлітків, що займаються боксом за методикою «Мотиви занять спортом» (n=16)

Мотиви	Бали
1. Емоційного задоволення	12,4
2. Соціального самоствердження	13,8
3. Фізичного самоствердження	10,5
4. Соціально-емоційний	13,2
5. Соціально-моральний	16,6
6. Досягнення успіху в спорті	14,7
7. Спортивно-пізнавальний	7,1
8. Раціонально-вольовий	6,2
9. Підготовки до професійної діяльності	9,4
10. Громадянсько-патріотичний	11,7

Під час дослідження було проведено опитування підлітків для визначення їхнього психоемоційного стану в умовах воєнного стану. На початку та наприкінці навчального року учасникам дослідження пропонувалося оцінити свій психоемоційний стан за такими показниками: прояви агресії, відчуття пригнічення, страху, дратівливості, а також віра в позитивне майбутнє та перемогу.

Результати дослідження виявили динаміку змін у психоемоційному стані підлітків під впливом тренувальних занять боксом. На початку експерименту було встановлено, що 25% респондентів відчували страх, 18,75% перебували у стані пригнічення, ще 18,75% виявляли дратівливість, а 12,5% проявляли агресію як реакцію на військові події в Україні. Водночас лише 6,25% учасників вірили у позитивні зміни, а 18,75% висловили віру в перемогу (рис. 3.10).

Ці дані свідчать про високий рівень психоемоційного напруження серед підлітків на початку дослідження, що могло бути зумовлено впливом стресових факторів, пов'язаних із війною. Тренувальні заняття, своєю чергою,

створюють сприятливі умови для поступового поліпшення психоемоційного стану молоді.

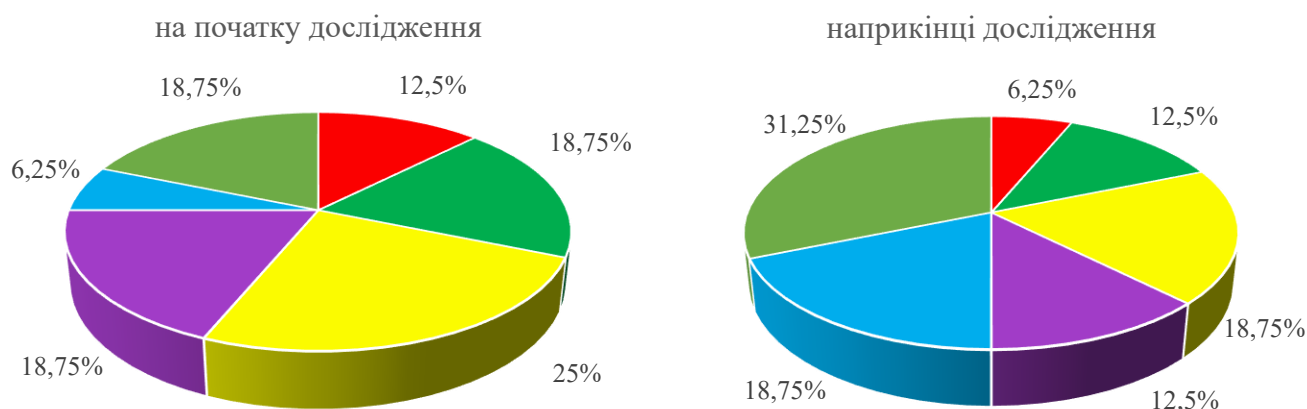


Рис. 3.10. Динаміка психоемоційного стану підлітків під впливом тренувальних занять боксом: ■ – прояв агресії; ■ – відчуття пригнічення; ■ – відчуття страху; ■ – прояв дратівливості; ■ – віра в те, що все буде добре; ■ – віра в перемогу

Результати повторного анкетування, проведеного після року відвідування спортивної секції з боксу, продемонстрували позитивну динаміку психоемоційного стану підлітків. Зокрема, спостерігалось зменшення частки спортсменів, які відчували пригніченість, страх, агресію та дратівливість, до 12,5%, 18,75%, 6,25% і 12,5% відповідно. Водночас відбулося значне збільшення кількості підлітків, які висловлювали віру в позитивні зміни та перемогу, що зросло на 12,5%.

Ці зміни свідчать про позитивний вплив тренувань на психоемоційний стан молоді, підвищення їхнього оптимізму, стійкості до стресу та здатності зберігати емоційну рівновагу в складних умовах.

Для оцінки рівня тривожності серед підлітків було використано однойменну шкалу, розроблену американськими психологами А. Castaneda, BR McCandless і DS Palermo (1956) на основі шкали явної тривожності

Дж. Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale-TMAS, 1953). Метою дослідження було визначення впливу занять боксом на рівень тривожності підлітків на початку та наприкінці навчального року.

Результати оцінки, проведеної на початку дослідження, виявили, що дуже високий рівень тривожності спостерігався у 4 підлітків, що становило 25% загальної кількості осіб у групі. Явно підвищена тривожність була зафіксована у 5 дітей (31,25%), кілька підвищена тривожність – у 4 хлопців (25%), тоді як нормальний рівень тривожності було виявлено лише у 3 підлітків, що склало 18,75% (рис. 3.11). Це свідчать про високий рівень емоційної напруги серед підлітків на початковому етапі дослідження, що підкреслює важливість упровадження фізичних вправ, таких як заняття боксом, для корекції та зменшення рівня тривожності.

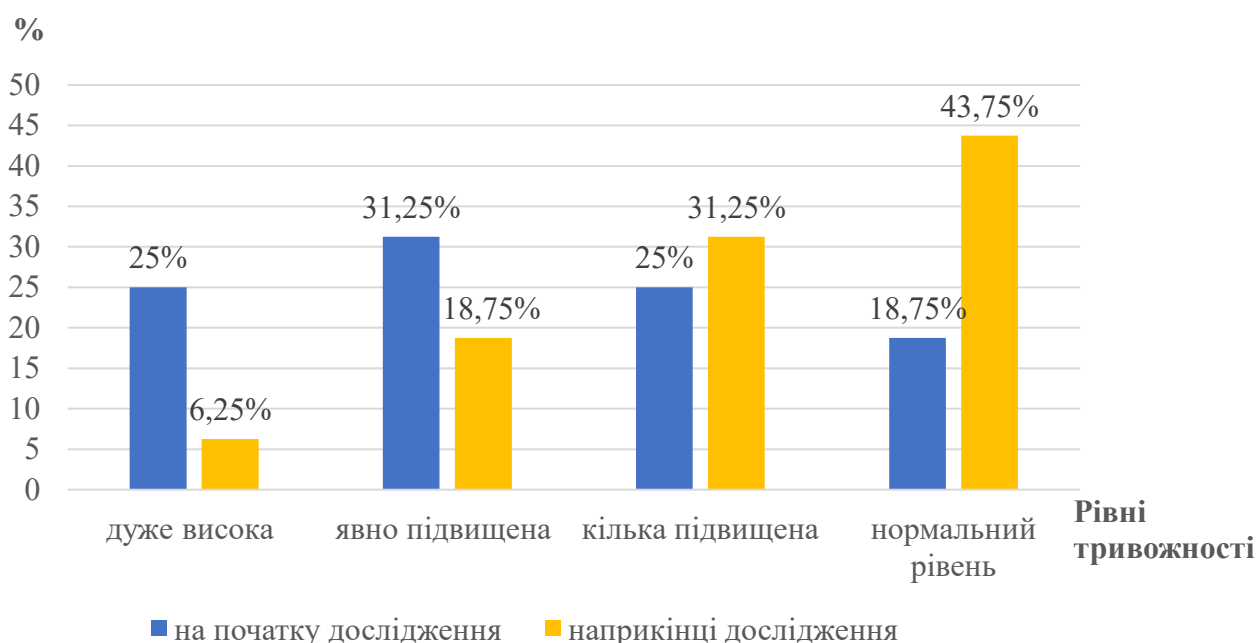


Рис. 3.11. Динаміка рівня тривожності підлітків під впливом тренувальних занять боксом (n=16)

Нормальний рівень тривожності, зазвичай, є генералізованим, що проявляється у занепокоєнні через широкий спектр життєвих питань, тоді як підлітки з дуже високим рівнем тривожності належать до групи ризику з точки

зору психоемоційного стану. У ході дослідження було виявлено, що систематичні заняття боксом значно знизили кількість підлітків з критичними рівнями тривожності. Наприкінці навчального року лише одна дитина з групи залишалася з дуже високим рівнем тривожності (6,25%), тоді як кількість дітей з явно підвищеним рівнем тривоги зменшилася до трьох осіб (18,75%). Водночас значно збільшилася кількість підлітків із нормальним рівнем тривожності (рис. 3.11). Отримані дані свідчать про позитивний вплив занять боксом на емоційний стан і рівень тривожності учасників.

Для оцінки соціально-психологічної адаптованості підлітків, які займалися боксом в умовах воєнного стану, використовувався спеціалізований опитувальник. Результати дослідження вказують на позитивну динаміку у формуванні таких психічних якостей, як «сприйняття себе» ($t=2,31$; $p<0,05$), «внутрішній локус контролю» ($t=2,31$; $p<0,05$), «зовнішній локус контролю» ($t=2,18$; $p<0,05$), «емоційний комфорт» ($t=2,40$; $p<0,05$), зменшення показників «емоційного дискомфорту» ($t=2,33$; $p<0,05$) та схильності до «втечі від вирішення проблем» ($t=2,42$; $p<0,05$) (табл. 3.25).

Таблиця 3.25

**Показники соціально-психологічної пристосованості підлітків,
які займаються боксом на початку та наприкінці річного
дослідження, в балах ($n_1=n_2=16$)**

Шкали	На початку	Наприкінці	Оцінка імовірності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Сприйняття себе	12,3±0,78	15,2±0,95	2,31	p<0,05
Неприйняття себе	5,1±0,67	3,2±0,76	1,88	p>0,05
Сприйняття інших	5,6±0,89	7,8±0,98	1,70	p>0,05
Конфлікт з іншими	13,5±1,04	10,4±1,01	2,14	p<0,05
Внутрішній локус контролю	12,1±1,22	15,7±0,96	2,31	p<0,05
Зовнішній локус контролю	23,2±1,45	19,3±1,05	2,18	p<0,05
Емоційний комфорт	11,3±0,69	13,5±0,64	2,40	p<0,05
Емоційний дискомфорт	19,5±0,91	16,5±0,91	2,33	p<0,05

Продовж. табл. 3.25

Домінування	9,6±0,89	8,9±0,67	0,60	p>0,05
Залежність	3,4±0,53	4,9±0,84	1,52	p>0,05
Втеча від рішення проблем	11,8±1,04	7,9±1,20	2,42	p<0,05

Заняття боксом позитивно впливають на формування психологічної стійкості, здатності протистояти труднощам і негативним наслідкам війни. Результати дослідження свідчать, що регулярні тренування не тільки сприяють розвитку фізичних якостей, але й формують та коригують психологічні аспекти особистості, що необхідні для успішної соціальної адаптації [110].

Проблема психічного здоров'я здобувачів вищої освіти є надзвичайно актуальною, оскільки повномасштабна війна негативно впливає на фізичний та психоемоційний стан молоді. За даними Національного інституту стратегічних досліджень, 71% українців відчувають стрес або сильну нервову напругу. Основними причинами є війна з Росією (72%) і фінансові труднощі (44%). Безпека близьких (63%) та втрата роботи або джерела доходу (42%) є найсильнішими стресовими факторами. Таким чином, значна частина населення потребує заходів із психоемоційного відновлення, зокрема здобувачами, що навчаються у Польщі.

Протягом останніх років було проведено значну кількість досліджень, спрямованих на аналіз впливу оздоровчих фітнес-технологій на здоров'я людей різного віку [70, 149].

Огляд сучасної наукової літератури з питань здоров'я, як психоемоційного, так і фізичного, а також корекції способу життя студентської молоді в Україні, свідчить про стійку зацікавленість науковців різних галузей у цій темі на методологічному, теоретичному та прикладному рівнях. Зокрема, у психолого-педагогічній літературі зазначається, що погіршення стану здоров'я населення, особливо серед молоді, є нагальною проблемою, яка потребує уваги [43, 60, 115, 256].

Окремі аспекти впливу оздоровчих фітнес-технологій на стан здоров'я населення вивчали І. Асаулюк та ін. [12], Л. Вовк [28], М. Гоначаренко [38], В. Жамардій [58], К. Максимова [93] та інші дослідники. Проте вплив фітнес-технологій на психоемоційний стан населення України в умовах воєнного стану ще не був предметом окремого дослідження.

Зважаючи на це, використання сучасних оздоровчих фітнес-технологій постає як перспективний і закономірний шлях для поліпшення психоемоційного стану студентської молоді в умовах війни. Відомо, що фітнес-програми, які активно впроваджуються у практику, сприяють покращенню як фізичного, так і психоемоційного стану [94].

Ключовими компонентами базової класифікації фітнес-програм, спрямованих на психоемоційне відновлення, є: кардіотренування, силові вправи, танцювальні тренування, заняття з елементами бойових мистецтв, водні тренування із застосуванням спеціального обладнання, а також психорегулювальні програми [92].

Моніторинг задоволеності здобувачів вищої освіти України, що мешкають у Польщі, різними фітнес-програмами дав змогу визначити найпопулярніші з них. Серед дівчат найбільш популярними виявилися: Fines Mix (21,1%), Step Aerobics (17,0%), Dance Aerobics (13,6%), Functional Training (10,6%), Tabata Training (8,4%), Yoga (Hatha Yoga) (4,7%), Barbell Workout (4,0%), Body Sculpt (3,8%), Crossfit Training (3,2%), Zumba Fitness (3,0%), TRX Training (2,0%). Заняття іншими програмами обрали менше ніж 2% дівчат.

Хлопці найчастіше обирали Crossfit Training (18,1%), Kickboxing (17,0%), Tabata Training (16,2%), Body Sculpt (12,8%), Barbell Workout (10,3%), Pilates Matwork (4,7%), Core Training (4,2%), Bosu Training (3,4%), Functional Training (2,4%) та TRX Training (2,2%). Інші програми були менш популярними і отримали менше ніж 1,2% прихильників.

Для визначення впливу фітнес-технологій на психоемоційний стан здобувачів вищої освіти була використана методика СУПОС-8, яка дозволяє оцінювати як мобілізуючі, так і демобілізуючі компоненти психіки. До

мобілізуючих належать: психічний спокій, відчуття сили та енергії, прагнення до дії, імпульсивна реактивність. До демобілізуючих – психічний неспокій, страх і тривога, пригніченість, млявість.

Результати дослідження показали, що емоційний стан хлопців, які проживають у Польщі, виявився кращим порівняно з їх однолітками, що перебувають в Україні під час воєнного стану. Зокрема, у здобувачів вищої освіти, які мешкають у Польщі зафіксовано вищі рівні психічного спокою ($t=2,56$; $p<0,05$) та відчуття сили й енергії ($t=2,66$; $p<0,05$). Водночас у них спостерігаються нижчі показники психічного неспокою ($t=2,52$; $p<0,05$), страху, тривоги й побоювання ($t=2,92$; $p<0,01$), а також пригніченості, апатії ($t=2,13$; $p<0,05$) та загальної млявості ($t=2,55$; $p<0,05$) (табл. 3.26).

Таблиця 3.26

Показники емоційного стану хлопців, які проживають у Польщі та в Україні під час воєнного стану, під впливом занять різними видами фітнес-програм, бали

Емоційний стан	В Польщі (n=43)	В Україні (n=46)	Оцінка достовірності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Психічний спокій	5,4±0,06	5,6±0,05	2,56	<0,05
Відчуття сили та енергії	4,9±0,28	5,9±0,25	2,66	<0,05
Прагнення до дії	6,5±0,84	6,7±0,91	0,16	>0,05
Імпульсивна реактивність	6,7±0,08	6,9±0,07	1,88	>0,05
Психічний неспокій	5,5±0,37	4,3±0,30	2,52	<0,05
Страх, тривога, побоювання	5,4±0,27	4,4±0,21	2,92	<0,01
Пригніченість, апатія	5,2±0,27	4,4±0,26	2,13	<0,05
Пригніченість, млявість	5,5±0,51	3,8±0,43	2,55	<0,05

Схожа тенденція спостерігається серед дівчат, які є вимушеними переселенками та наразі проживають у Польщі. У порівнянні з їхніми однолітками, які залишилися в Україні під час воєнних дій, вони демонструють значно вищий рівень відчуття сили й енергії ($t=2,59$; $p<0,05$). Також у переселенок зафіксовано нижчі показники психічного неспокою ($t=2,57$; $p<0,05$), страху,

тривоги й побоювання ($t=2,06$; $p<0,05$), пригніченості й апатії ($t=2,13$; $p<0,05$), а також пригніченості та млявості ($t=2,53$; $p<0,05$) (табл. 3.27).

Таким чином, здобувачі вищої освіти, які проживають у Польщі, мають кращий емоційний стан, що виявляється в більшому психічному спокої та енергійності, а також у зменшенні негативних проявів, таких як тривога, страх і пригніченість. Це може бути наслідком більш сприятливого соціального середовища, відсутності безпосередніх загроз та доступу до стабільніших умов проживання, які забезпечує перебування за межами зони воєнного конфлікту.

Таблиця 3.27

Показники емоційного стану дівчат, які проживають у Польщі та в Україні під час воєнного стану, під впливом занять різними видами фітнес-програм, бали

Емоційний стан	В Польщі (n=43)	В Україні (n=46)	Оцінка достовірності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Психічний спокій	5,4±0,03	5,6±0,03	1,35	>0,05
Відчуття сили та енергії	4,8±0,31	5,8±0,23	2,59	<0,05
Прагнення до дії	6,6±0,85	6,9±0,93	0,24	>0,05
Імпульсивна реактивність	6,7±0,07	6,8±0,06	1,09	>0,05
Психічний неспокій	5,6±0,41	4,2±0,36	2,57	<0,05
Страх, тривога, побоювання	5,3±0,25	4,6±0,23	2,06	<0,05
Пригніченість, апатія	5,2±0,27	4,4±0,26	2,13	<0,05
Пригніченість, млявість	5,4±0,50	3,7±0,45	2,53	<0,05

Результати проведеного аналізу щодо впливу різних видів фітнес-технологій на психоемоційний стан студентської молоді в умовах війни свідчать про те, що сучасні фітнес-програми є ефективним і потужним інструментом відновлення психоемоційного стану. Широке різноманіття фітнес-програм дозволяє молоді обирати оптимальний вид тренувань відповідно до їхніх індивідуальних психоемоційних уподобань, сприяючи поліпшенню їхнього емоційного благополуччя та загального стану здоров'я [149].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Установлено, що вибір фізкультурно-оздоровчої активності серед дітей і молоді залежить від цілого комплексу чинників, зокрема з віком, статтю, культурними традиціями, природними умовами та наявністю інфраструктури. В Польщі й Україні найбільшу популярність серед підлітків мають командні види спорту, зокрема футбол, волейбол і баскетбол, що зумовлено їх соціальним характером і масовою впізнаваністю. У дівчат частіше спостерігається інтерес до танців і гімнастики, що відображає гендерно-культурні очікування. У студентської молоді переважає індивідуальна активність: фітнес, оздоровчий біг, заняття в тренажерних залах і туризм, які не лише сприяють фізичному вдосконаленню, а й допомагають знижувати стрес, поліпшувати настрій і забезпечувати особистісну самореалізацію.

2. Волейбол і спортивно-оздоровчий туризм виявляють багатовимірний оздоровчий ефект. Волейбол сприяє розвитку фізичних якостей завдяки помірним навантаженням, які позитивно впливають на опорно-руховий апарат, серцево-судинну систему та загальний тонус. Туризм, особливо у природному середовищі, дає змогу підвищити адаптаційні резерви організму, зміцнити психоемоційний стан і створити умови для соціальної взаємодії та емоційної розрядки. Командні ігри розвивають навички колективної роботи та підвищують рівень психологічної стійкості.

3. Участь у гірських пішохідних походах має позитивний вплив на функціональні системи організму студентів. Регулярне фізичне навантаження у поєднанні з перебуванням на свіжому повітрі сприяє стабілізації серцево-судинних показників, покращенню обміну речовин і зниженню рівня стресу. Після шестиденного походу спостерігається зменшення частоти серцевих скорочень у стані спокою та швидше відновлення після навантаження, що свідчить про підвищення витривалості. Такі форми активності також підтримують психоемоційне благополуччя, що підтверджується позитивними суб'єктивними відгуками учасників.

4. Заняття за програмою CrossFit демонструють значний потенціал у покращенні психоемоційного стану молоді. Регулярні тренування стимулюють функціонування вегетативної нервової системи, знижують рівень тривожності та пригнічення, підвищують самооцінку й мотивацію. Фізична активність високої інтенсивності в умовах контрольованого навантаження сприяє мобілізації внутрішніх резервів, покращує здатність до освоєння складних технічних дій і водночас позитивно впливає на працездатність і емоційну стабільність.

5. Аналіз порівняльного використання гірських велосипедів з електроприводом (еМТВ) та без нього (МТВ) засвідчив потенціал еМТВ для розширення участі в активному туризмі серед осіб із нижчим рівнем фізичної підготовленості. Попри нижчий рівень фізичного навантаження, користувачі еМТВ демонстрували значно кращі результати за часом проходження маршруту, особливо на підйомах, що свідчить про ефективність енергоощадного компонента. Це відкриває нові можливості для інклюзивності у фізичній активності, зокрема для людей з обмеженою рухливістю або початківців.

6. Скелелазіння показало свою ефективність як форма фізкультурно-оздоровчої діяльності для студентської молоді, поєднуючи фізичне навантаження з когнітивними викликами. Учасники демонстрували поліпшення фізичних показників (витривалість, сила, координація) та водночас розвиток концентрації, стратегічного мислення й емоційної регуляції. Скелелазіння створює умови для особистісного росту, формування навичок самоконтролю та командної взаємодії, що робить його привабливим інструментом у програмі фізичного виховання.

7. Фізкультурно-оздоровча активність набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану, оскільки відіграє важливу роль у підтриманні психологічної стійкості молоді. Командні ігри, скелелазіння, фітнес, туризм і біг на свіжому повітрі сприяють зменшенню тривожності, поліпшенню настрою, підвищенню мотивації до навчання та формуванню стійких

соціальних зв'язків. Позитивна динаміка емоційного стану учасників свідчить про доцільність систематичного введення таких занять у навчальні програми як елемент підтримки психічного здоров'я.

Результати за розділом подано в наукових працях: [41, 106, 110, 126, 148, 149, 154, 170, 318, 326, 358, 371, 395, 415, 424, 431, 432, 436, 438, 439, 442].

РОЗДІЛ 4

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТЬ З ЛЮДЬМИ ЗРІЛОГО Й ПОХИЛОГО ВІКУ

Фізична активність є одним із найефективніших і доступних способів поліпшення загального стану здоров'я, відновлення життєвого тону та зміцнення психологічної рівноваги. Вона допомагає знову відчувати радість життя, підвищити мотивацію до активної діяльності, а також стати більш витривалим і стійким до різних фізичних і психоемоційних навантажень. Важливим аспектом є те, що займатися фізичними вправами необхідно з поступовим збільшенням навантаження, адже це дозволяє уникнути перевтоми та сприяє адаптації організму до нових умов, забезпечуючи поступовий прогрес без ризику перевантаження.

Наукові дослідження іноземних фахівців свідчать про значний позитивний вплив фізичної активності на здоров'я людини. Було встановлено, що регулярні заняття руховою активністю та виконання фізичних вправ мають безпосередню кореляцію зі зниженням ризику смертності [492]. Ця активність сприяє зменшенню таких основних факторів ризику, як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2-го типу, дисліпідемія, ішемічна хвороба серця, інсульт і рак. Результати досліджень свідчать, що у фізично активних осіб смертність від усіх причин значно нижча, ніж у тих, хто веде малорухливий спосіб життя [418].

Особливої уваги заслуговує роль рухової активності в житті людей похилого віку. Для цієї групи населення важливим є не лише подовження тривалості життя, але й збереження його якості. Згідно з даними ВООЗ, малорухливий спосіб життя є однією з основних причин захворюваності та підвищення рівня смертності. Регулярні вправи, такі як ходьба, плавання або легкі аеробні тренування, сприяють подовженню життя на 3–5 років. Понад

те, науково доведено, що люди похилого віку, які регулярно займаються фізичними вправами, мають на 30–50% нижчий рівень захворюваності [7, 17, 54, 155].

Фізична активність виконує важливу функцію в житті кожної людини, оскільки вона спрямована на зміну фізичного стану організму, розвиток нових фізичних якостей і здібностей. Такий результат неможливо досягти без регулярного тренування. Основою тренувального ефекту є адаптація організму до зовнішніх впливів, яка є фундаментальною властивістю всього живого. Знання процесів адаптації до фізичних навантажень є однією з ключових умов для успішного планування фізичної активності [37, 162].

Однією з головних цілей фізичної активності на кожному етапі життєвого циклу є розвиток і збереження фізичного потенціалу людини. Цей потенціал повинен відповідати рівню, який забезпечує ефективну життєдіяльність і активну участь у соціальних та особистих справах.

Дослідження онтогенезу та моторики в людей, які регулярно займаються фізичною активністю, дозволили виділити кілька ключових закономірностей [76, 115, 167]:

1. Гетерохронний розвиток морфологічних і функціональних систем організму, що забезпечують рухову активність.
2. Синфазність періодів інтенсивного зростання систем рухів із періодами розвитку інших структур організму.
3. Ритмічність і багаторівневість у розвитку моторних систем.
4. Висока індивідуальність у проявах рухових здібностей.

Попри те, що з віком фізична активність людини має тенденцію до зменшення, правильно організований руховий режим дозволяє зберегти її на високому рівні.

Механізми адаптації до фізичних навантажень у людей похилого віку активно вивчаються науковцями. Індивідуально дібраний тренувальний

режим, заснований на даних фізіологічних, біохімічних та біомеханічних досліджень, має позитивний вплив на транспорт кисню в організмі [73, 124, 144, 171]. Такий підхід забезпечує оптимальне дозування тренувальних навантажень для кожної людини.

Ефективне тренування сприяє збільшенню серцевого викиду, що позитивно впливає на функціонування серцево-судинної системи як у стані спокою, так і під час фізичних навантажень. Науково доведено, що правильно організоване тренування призводить до збільшення щільності мітохондрій і кількості мітохондріальних ферментів у м'язах, які зазнають фізичних навантажень [316].

Таким чином, фізична активність є невід'ємною складовою здорового способу життя, яка сприяє покращенню якості життя на кожному етапі життєвого циклу. Індивідуалізація фізичних вправ дозволяє ефективно підтримувати здоров'я, що особливо важливо для людей середнього й похилого віку.

Фізичне навантаження є одним із найефективніших засобів впливу на організм людей похилого віку, адже воно не поступається за своєю дією медикаментозному лікуванню. Проте під час його застосування необхідно дотримуватися низки важливих рекомендацій, щоб уникнути перевантаження або травм:

1. Ретельне дозування: вправи мають виконуватись у чітко визначеній кількості повторень, із заданим темпом та амплітудою рухів, адаптованих до фізичних можливостей людини.

2. Чергування видів вправ: силові вправи обов'язково потрібно чергувати з розслаблюючими, щоб забезпечити баланс між напругою і відпочинком м'язів.

3. Застосування дихальних вправ: після кожного комплексу із 3-4 загальнорозвивальних вправ рекомендується виконувати дихальні вправи для відновлення дихання та нормалізації серцевого ритму.

4. Комфортні вихідні положення: під час виконання вправ важливо забезпечити максимальний комфорт, вибираючи найбільш зручні та безпечні вихідні положення.

5. Дотримання принципу чергування: щоб уникнути перенапруження, потрібно поєднувати активну діяльність із відпочинком.

Отже, фізична активність є ключовим елементом здоров'я осіб старшого віку. Її правильна організація передбачає індивідуальне дозування фізичних навантажень, що дозволяє досягти максимального позитивного ефекту.

Результати аналізу наукових праць свідчать про те, що численні дослідники [17, 47, 80, 316, 418] приділяли увагу проблемам збереження здоров'я різних вікових груп. Вагомий внесок у дослідження рекреаційної діяльності осіб похилого віку зробили [4, 55, 107, 277].

Дослідження [12, 162, 492] демонструють, що різноманітні фізкультурно-оздоровчі заняття сприяють зміцненню здоров'я, продовженню життя та покращенню загального самопочуття людей похилого віку.

Старіння населення стало глобальним викликом для соціальних систем, зокрема в Україні. За даними дослідників, фізична активність і оздоровчі заняття сприяють зміцненню здоров'я, підвищують адаптаційні можливості організму, знижують ризик хронічних захворювань і покращують психоемоційний стан, що безпосередньо впливає на тривалість життя.

Займатися фізичними вправами необхідно систематично, проте з обережністю, особливо в літньому віці. Тренування мають ґрунтуватися на рекомендаціях кваліфікованих фахівців, які визначають рівень навантаження, враховуючи індивідуальні особливості кожної людини.

Фізичне навантаження для осіб похилого віку повинно бути помірним, з урахуванням вікових змін у роботі серцево-судинної, дихальної, нервової систем, а також опорно-рухового апарату. Вправи повинні запобігати ризику травмування, тому перевага надається комплексам, що розвивають витривалість, координацію і гнучкість. До того ж потрібно уникати вправ, які вимагають значних силових або швидкісних зусиль.

Правильна організація фізичної активності та раціональний підхід до її упровадження дозволяють забезпечити довголіття та високу якість життя людей похилого віку, роблячи фізичну культуру невід'ємною частиною їхнього повсякденного життя.

4.1. Аналіз стану питання щодо обізнаності про користь рухової активності людей зрілого й похилого віку в Польщі та Україні

Фізична активність є одним із ключових чинників, які впливають на збереження здоров'я, профілактику хронічних захворювань і підвищення якості життя. Особливо це стосується людей зрілого й похилого віку, для яких регулярна рухова активність сприяє покращенню фізичного стану, підтримці когнітивних функцій і психоемоційної рівноваги. Проте рівень обізнаності про користь фізичної активності в цій віковій групі значно варіюється залежно від культурних, соціально-економічних і політичних умов кожної країни.

Дослідження, проведені у Польщі та Україні, свідчать про різний ступінь інтеграції фізичної активності у повсякденне життя людей зрілого й похилого віку. Це зумовлено доступністю спортивної інфраструктури, інформаційними кампаніями та загальною культурою здорового способу життя. Нами був зроблений аналіз рівня обізнаності про користь фізичної активності серед зазначених вікових груп у Польщі та Україні, визначення мотивів та бар'єрів до її упровадження в життя, а також рекомендації щодо підвищення поінформованості населення.

З огляду на глобальне старіння населення, зростає потреба в ефективних підходах до підтримання здоров'я та соціальної активності літніх людей. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) наголошує на важливості рухової активності як універсального засобу профілактики серцево-судинних захворювань, діабету, ожиріння, остеопорозу та депресії. Проте рівень обізнаності та готовності до упровадження рухової активності у повсякденне життя залишається недостатнім, особливо в країнах зі слабшими соціально-економічними умовами, таких як Україна.

Аналіз базувався на вивченні наукових статей, статистичних звітів, програм здорового способу життя у Польщі та Україні, а також на результатах опитувань серед людей зрілого й похилого віку в обох країнах. Дані отримано з джерел міжнародних організацій, урядових і громадських ініціатив.

Опитування проведено в 2021 році. Всього в опитуванні взяли участь 720 респондентів (181 особа зрілого віку та 187 осіб похилого віку з Польщі; 174 особи зрілого віку та 178 осіб похилого віку з України).

Проведені дослідження показали, що 68% людей зрілого віку в Польщі усвідомлюють користь фізичної активності, але лише 45% систематично займаються спортом. Основними мотивами осіб похилого віку є бажання зберегти здоров'я та уникнути хвороби, а дорослого населення – покращити настрій. Серед чинників, що ускладнюють залучення до фізичної активності, дослідники виокремлюють обмеженість часу, побоювання щодо можливих травм і нестача соціального супроводу. В Україні питання фізичної активності серед людей зрілого й похилого віку поступово набуває актуальності. Проте рівень обізнаності є нижчим, ніж у Польщі. Дослідження показують, що лише 40% людей цієї вікової групи розуміють важливість фізичної активності, і лише 20% практикують її регулярно (рис. 4.1). Основними причинами є недостатня поінформованість, низький рівень доходів, обмежений доступ до спортивної інфраструктури та слабка підтримка з боку держави.

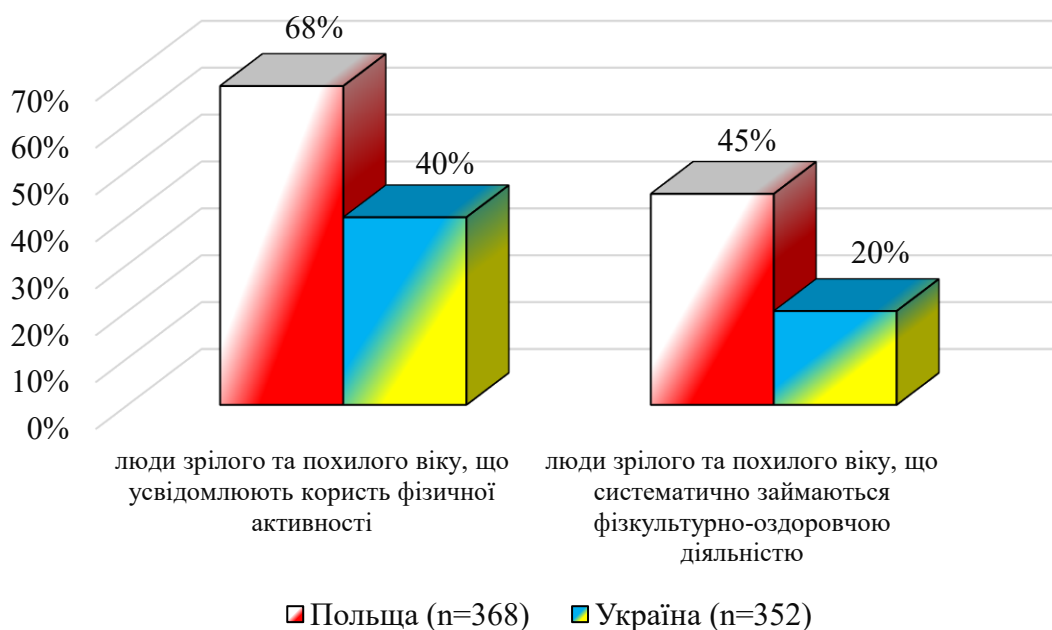


Рис. 4.1. Рівень обізнаності щодо користі фізичної активності та залученості до фізкультурно-оздоровчої діяльності людей зрілого й похилого віку України та Польщі

У Польщі питання фізичної активності серед зрілого населення є частиною державної стратегії здорового способу життя. Інформаційні кампанії, такі як «Aktywność dla Zdrowia» і програми для літніх людей («Senior+»), активно популяризують користь рухової активності. Особливий акцент робиться на скандинавській ходьбі, плаванні, оздоровчому бігу та йозі. Популярними видами активності серед літніх людей є оздоровчий біг, ходьба, танцювальні програми та участь у туристичних походах. Програми "Здорова нація" та «Senior Ukraine» спрямовані на популяризацію фізичної активності, але їх охоплення поки що є обмеженим.

У Польщі діє розгалужена інфраструктура для занять фізичною активністю. Спортивні майданчики, клуби здоров'я, спеціальні програми для літніх людей стимулюють до руху. Це доповнюється широкою інформаційною підтримкою через медіа та освітні програми.

Також результати досліджень [68, 203, 226] щодо обізнаності дорослих про користь фізичної активності свідчать про зростаюче усвідомлення

важливості фізичних вправ для здоров'я протягом усього життя. Дослідження, проведені різними установами, зокрема KiS (Київський міжнародний інститут соціології), показали, що більшість дорослих усвідомлюють позитивний вплив регулярної фізичної активності на здоров'я. Однак, незважаючи на таке усвідомлення, все ще існує значна група людей, які не займаються регулярно фізичною активністю через недостатність часу, мотивації або доступу до відповідних місць для занять спортом.

Варто зазначити, що освіта та місце проживання також впливають на рівень обізнаності щодо користі фізичної активності. Так, рівень обізнаності та залученості людей похилого віку до фізкультурно-оздоровчої діяльності в Україні та Польщі має певні відмінності, зумовлені соціально-економічними та культурними факторами.

Щодо рівня обізнаності про користь рухової активності, жителі Польщі демонструють більшу поінформованість. Це досягається завдяки активній пропаганді здорового способу життя через медіа, освітні кампанії та інтеграцію тематики рухової активності у роботу медичних установ. Польські громадяни зрілого віку розуміють зв'язок між фізичною активністю і профілактикою серцево-судинних захворювань, покращенням психічного стану та підтримкою мобільності.

В Україні рівень обізнаності людей зрілого віку про користь рухової активності зростає завдяки зусиллям окремих громадських організацій, регіональних ініціатив і популяризації здорового способу життя через соціальні мережі. Проте все ще значна частина людей недостатньо усвідомлює важливість фізичної активності для збереження здоров'я, що вимагає посилення інформаційної роботи.

Визначення ступеня обізнаності дорослого населення України щодо користі рухової активності є важливим аспектом оцінки ефективності заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я нації. Згідно з дослідженнями та опитуваннями, рівень обізнаності населення щодо користі фізичної активності варіюється залежно від регіону, вікової групи та рівня освіти.

Згідно з даними опитувань, проведених у різних регіонах України, більшість дорослого населення усвідомлює важливість фізичної активності для підтримки здоров'я. Проте, існує певний розрив між знаннями і практичним застосуванням цих знань. Значна частина населення знає про користь фізичної активності, але не завжди активно займається спортом або іншими видами рухової активності. Основними бар'єрами є нестача часу, низька мотиваційна залученість та обмежений доступ до спортивної інфраструктури.

Дослідження також показують, що рівень обізнаності щодо користі фізичної активності є у людей з вищою освітою. Водночас, мешканці сільських регіонів менш обізнані про позитивний вплив рухової активності на здоров'я, що підкреслює необхідність проведення просвітницьких кампаній та створення програм, спрямованих на підвищення рівня фізичної активності серед цих груп населення.

Таким чином, аналіз показав, що рівень обізнаності та зацікавленості у фізичній активності серед людей зрілого й похилого віку в Польщі значно перевищує показники в Україні. Це зумовлено розвинутою інфраструктурою, доступними програмами та активною державною підтримкою в Польщі. Для України важливим завданням є інтеграція успішних польських практик, розширення спортивної інфраструктури та упровадження масштабних інформаційних кампаній, спрямованих на популяризацію фізичної активності серед літніх людей.

4.2. Виявлення мотивації людей зрілого й похилого віку до занять різними видами рухової активності

Фізична активність є важливим чинником підтримки здоров'я та якості життя у людей зрілого віку. З огляду на зміни, що відбуваються в організмі з віком, зокрема зниження фізичної витривалості, гнучкості та загального тону, заняття фізкультурно-оздоровчою діяльністю мають вирішальне значення для профілактики хронічних захворювань, зміцнення імунітету та

збереження психоемоційної рівноваги. Особливо актуальним є дослідження мотивації до фізичної активності в контексті соціально-культурних, економічних та інфраструктурних умов, які впливають на вибір способу життя людей у Польщі та Україні.

Як зазначено вище, у Польщі фізкультурно-оздоровча активність серед людей зрілого віку є частиною загальної культури здорового способу життя. Завдяки державним програмам, доступній інфраструктурі та широкій популяризації активного дозвілля, більшість громадян цієї вікової групи мають можливість реалізовувати свої потреби у фізичній активності. Водночас в Україні, попри зростання інтересу до здорового способу життя, рівень участі зрілих людей у регулярній руховій активності залишається нижчим через низку об'єктивних і суб'єктивних причин, серед яких обмежена доступність спортивної інфраструктури, недостатність державної підтримки та менша популяризація оздоровчих ініціатив.

Детальне вивчення мотивів до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю дозволяє глибше зрозуміти чинники, які спонукають людей зрілого віку долучатися до рухової активності або, навпаки, уникати її. Такі мотиви можуть варіюватися від прагнення зберегти здоров'я, зменшити стрес і покращити фізичну форму до соціальних факторів, таких як можливість спілкування з іншими. Аналіз цих мотивів в Польщі й Україні дає змогу виявити ефективні підходи для стимулювання фізичної активності та створення умов для підвищення зацікавленості у здоровому способі життя [53].

Дослідження проводилося на базі Інституту спорту і фізичної культури Університету економіки в Бидгощі (Польща) та Харківської державної академії фізичної культури (Україна). Участь у дослідженні взяли 207 респондентів зрілого віку, серед яких було 102 учасники з Польщі (49 чоловіків і 53 жінки) та 105 учасників з України (51 чоловік і 54 жінки). Середній вік респондентів склав $43,6 \pm 5,38$ років, що забезпечує репрезентативність отриманих даних для аналізу особливостей фізичної активності та здоров'я в зрілому віці.

У ході дослідження використовувався метод опитування щодо визначення мотивації до занять різними видами рухової активності та виявлення найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчої діяльності серед молоді та дорослого населення різних країн. Анкета складалася з інформаційної частини та кількох блоків, що дозволили охарактеризувати пріоритети осіб, які брали участь у анкетуванні.

За результатами вивчення мотивів людей зрілого віку, у чоловіків з Польщі основними мотивами є підтримання фізичної форми (57%), корекції маси тіла (54%), поліпшення стану здоров'я (54%) та спілкування з друзями (43%), водночас у жінок більш значущими мотивами виявлено: підтримання фізичної форми (59%), спілкування (51%), поліпшення стану здоров'я (50%) та бажання урізноманітнити дозвілля (45%) (рис. 4.2).

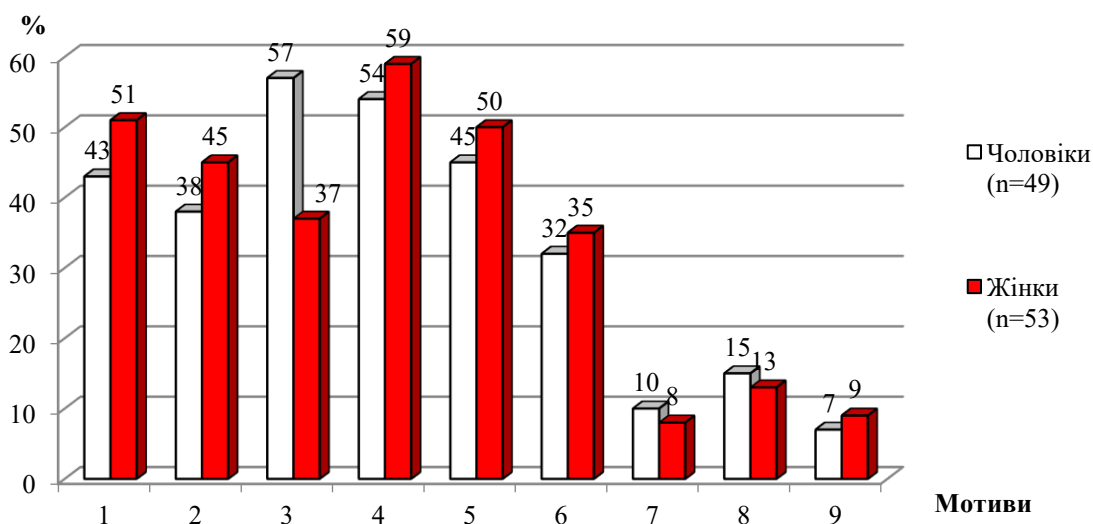


Рис. 4.2. Мотиви до занять руховою активністю людей зрілого віку з Польщі: 1 – спілкування; 2 – бажання урізноманітнити дозвілля; 3 – підтримання фізичної форми; 4 – корекція маси тіла; 5 – поліпшення стану здоров'я; 6 – потреба в русі; 7 – бажання позбавитися болю у спині та суглобах, 8 – боротьба зі стресом; 9 – інші

У чоловіків та жінок зрілого віку з України виявлено схожі мотиви до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю (рис. 4.3). Так, у чоловіків

встановлено значну мотивацію в боротьбі зі стресом (37%), підтриманні фізичної форми (36%), спілкуванні (35%), та бажанні урізноманітнити дозвілля (32%), а у жінок: у бажанні урізноманітнити дозвілля (47%), боротьби зі стресом (45%), спілкуванні (44%) та корекції маси тіла (42%).

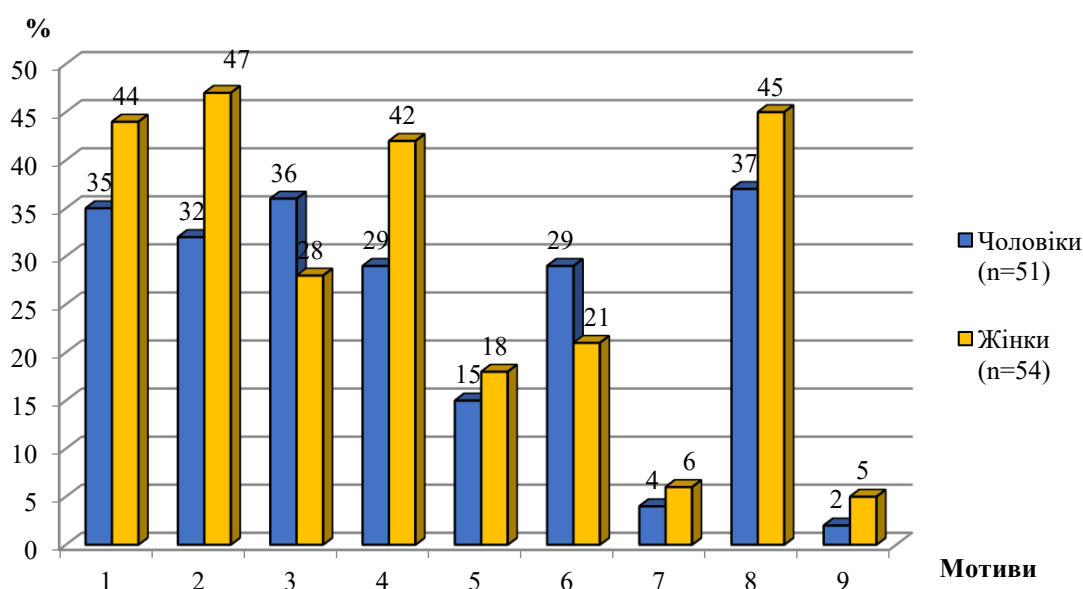


Рис. 4.3. Мотиви до занять руховою активністю людей зрілого віку з України: 1 – спілкування; 2 – бажання урізноманітнити дозвілля; 3 – підтримання фізичної форми; 4 – корекція маси тіла; 5 – поліпшення стану здоров'я; 6 – потреба в русі; 7 – бажання позбавитися болю у спині та суглобах; 8 – боротьба зі стресом; 9 – інші

Дослідження показують [438], що в Польщі люди зрілого віку переважно виявляють вищий рівень зацікавленості у фізкультурно-оздоровчій діяльності порівняно з Україною. Це зумовлено кращою доступністю спортивної інфраструктури, розгалуженою системою клубів здоров'я та активним упровадженням державних програм, спрямованих на популяризацію фізичної активності серед дорослого населення. У Польщі популярними видами активності серед зрілих людей є скандинавська ходьба, велоспорт, оздоровчий біг, плавання та заняття фітнесом.

В Україні рівень зацікавленості людей зрілого віку у фізкультурно-оздоровчій діяльності поступово зростає, проте залишається нижчим через обмежену доступність спортивних закладів, недостатню кількість державних програм та менш розвинену культуру фізичної активності. Найбільш популярними видами рухової активності серед українців цього віку є оздоровчий біг, туристичні походи, заняття на відкритих спортивних майданчиках і танцювальні фітнес-програми.

Аналіз найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед чоловіків та жінок зрілого віку, які мешкають в Польщі й Україні представлено в таблицях 4.1, 4.2. Так, чоловікам з Польщі у вільний від роботи час більше подобається займатися оздоровчим плаванням (18,1%), у тренажерному залі (16,1%), спортивними іграми (14,3%) та скандинавською ходьбою (12,1%).

Таблиця 4.1

Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед чоловіків зрілого віку з різних країн (n=301), %

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=149)	Україна (n=152)
1.	Бойові мистецтва	2,0	3,9
2.	Великий теніс, бадмінтон, настільний теніс	4,7	7,9
3.	Заняття в тренажерному залі	16,1	15,8
4.	Їзда на велосипеді	12,1	5,9
5.	Йога, різновиди медитації	2,7	2,0
6.	Оздоровчий біг	6,1	15,8
7.	Плавання	18,1	9,9
8.	Скандинавська ходьба	12,1	11,8
9.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	14,1	17,8
10.	Спортивно-оздоровчий туризм	8,0	5,3
11.	Фітнес-mix	4,0	3,9

Таблиця 4.2

Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед жінок зрілого віку з різних країн (n=306), %

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=152)	Україна (n=154)
1.	Бойові мистецтва	2,6	3,2
2.	Великий теніс, бадмінтон, настільний теніс	9,2	5,2
3.	Заняття в тренажерному залі	4,0	4,5
4.	Їзда на велосипеді	13,2	7,8
5.	Йога, різновиди медитації	7,2	7,2
6.	Оздоровчий біг	7,9	13,0
7.	Плавання	17,1	11,0
8.	Скандинавська ходьба	15,1	14,9
9.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	5,9	9,1
10.	Спортивно-оздоровчий туризм	4,0	7,2
11.	Фітнес-mix	13,8	16,9

Чоловіча половина дорослого населення України схильються до занять спортивними іграми (17,8%) та у тренажерному залі (15,8%), а також оздоровчим бігом (15,8%) та скандинавською ходьбою (11,8%), що є найбільш доступним для занять (табл. 4.1).

Уподобання жінок з Польщі та України збігається в обранні видів фізкультурно-оздоровчих занять. Так, заняттям фітнесом надають перевагу 13,8% польок та 16,9% українок, скандинавською ходьбою – 15,1% і 14,9% та плаванням – 17,1% і 11,0%, відповідно. Жінки з Польщі виявляють уподобання їзді на велосипеді (13,2%), а жінки з України – оздоровчому бігу (13,0%), що пов'язано із різницею відповідної інфраструктури (табл. 4.2).

Похилий вік є критичним етапом у житті кожної людини, коли організм зазнає значних морфофункціональних змін, які суттєво впливають на життєздатність. У сучасних наукових дослідженнях приділяється значна увага впливу рухової активності на здоров'я осіб похилого віку [10, 14, 34, 165, 289, 486]. Зокрема, фізична активність, а саме участь у фізкультурно-

оздоровчій діяльності, демонструє позитивний вплив на загальне самопочуття, зменшення ризиків розвитку серцево-судинних захворювань та посилення імунітету у людей зрілого й похилого віку [31, 73, 150, 314, 492].

Розроблено чимало наукових досліджень щодо специфіки рухової активності людей похилого віку. Так, Андрєєва О.В. [4] розглядала загальні питання організації рухової активності осіб різного віку, зокрема людей похилого віку. Круцевич Т.Ю. та ін. [82] вивчали загальні напрями рекреації в Україні та формування культури дозвілля завдяки рекреативним заняттям.

Вивченню мотиваційних чинників до рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку також було приділено увагу [33, 34, 35]. У більшості осіб похилого віку виявлено позитивне ставлення до фізичних вправ, але фінансова неспроможність, нестача спеціальних знань є основними причинами, що обмежують їх бажання займатися руховою активністю.

Л. В. Балацька та ін. [14] проаналізували залучення до оздоровчо-рекреаційної рухової активності людей похилого віку різних країн Європи та світу і встановили їхню низьку рухову активність. У США більшість літніх людей намагаються якомога довше вести активний спосіб життя. У країнах Європи 20-40% від загальної кількості людей похилого віку ведуть активний спосіб життя, займаючись фізичними вправами. В Україні лише 17% людей пенсійного віку займаються фізичними вправами або спортом. У Китаї близько 11% людей похилого віку фізично активні, а в країнах Африки дуже низька рухова активність серед дорослого населення.

Рухова активність людей похилого віку в Європі підтримується на високому рівні завдяки зусиллям держави, громадських організацій та самих літніх людей, які прагнуть зберігати активний спосіб життя і гарне здоров'я. Високий рівень рухової активності людей похилого віку в європейських державах має свої особливості, зумовлені культурними, соціально-економічними та демографічними факторами. Багато європейських країн мають добре розвинені соціальні програми, які підтримують фізичну активність серед людей похилого віку. Це, зокрема, організація спортивних

заходів, фінансова підтримка клубів для літніх людей, а також інфраструктура, яка сприяє активному способу життя (парки, пішохідні доріжки тощо). Велика увага приділяється профілактиці захворювань і підтримці здоров'я літніх людей. Це передбачає регулярні медичні огляди, рекомендації щодо фізичної активності, а також спеціалізовані програми реабілітації та фізіотерапії. Розвинена інфраструктура в європейських країнах також сприяє фізичній активності літніх людей. Це передбачає доступність громадських місць для занять спортом, наявність спеціально облаштованих зон для фізичних вправ, а також зручний громадський транспорт. У різних європейських країнах існують свої культурні традиції, які впливають на рівень і характер фізичної активності літніх людей. Також важливою складовою є освітні програми, які підвищують обізнаність літніх людей щодо користі фізичної активності та надають інформацію про безпечні способи виконання вправ [185, 253, 471, 485].

На підставі вищезазначеного нами проведено дослідження щодо порівняння рівня мотивації до занять фізкультурно-оздоровчої діяльності людей похилого віку України та Польщі, а також виявлення найбільш популярних видів рухової активності серед дорослого населення цих держав.

Дослідження проводилися на базі Інституту спорту і фізичної культури Університету економіки в Бидгощі (Польща) та Харківської державної академії фізичної культури (Україна). В експерименті брали участь 120 (по 30 чоловіків і жінок з України та Польщі) осіб похилого віку (середній вік склав $66,12 \pm 2,98$ років). Всі учасники добровільно брали участь у дослідженні, що підтверджено їх згодами, де було зазначено всі етапи та процедури дослідження.

У ході дослідження використовувався метод теоретичного аналізу й узагальнення науково-методичної літератури та досвіду в галузі збереження здоров'я та активного довголіття людей похилого віку. Для визначення мотивації до занять різними видами рухової активності нами використовувався метод опитування. Анкета була структурована таким чином, щоб ввести до неї інформаційну частину, яка містила базові дані про респондентів, а також кілька

тематичних блоків, спрямованих на виявлення та аналіз пріоритетів осіб похилого віку щодо занять руховою активністю.

За результатами вивчення мотивів людей похилого віку встановлено, що у чоловіків з Польщі найвищу мотивацію виявлено за показниками спілкування (52%), бажання урізноманітнити дозвілля (49%) та поліпшення стану здоров'я (48%), жінки з Польщі мають аналогічні види мотивації, але вищі за чоловічі показники: прагнення до спілкування (58%), бажання урізноманітнити дозвілля (54%) та поліпшення стану здоров'я (53%). Також встановлено, що в корекції маси тіла більш вмотивовані жінки (25%), ніж чоловіки (22%) та в боротьбі зі стресом (15% та 12%, відповідно). У показниках підтримання фізичної форми більш зацікавлені чоловіки (36%), ніж жінки (30%), потребі в русі (29% та 27%, відповідно), бажанні позбавитися болю у спині та суглобах (14% та 11%, відповідно) (рис. 4.4).

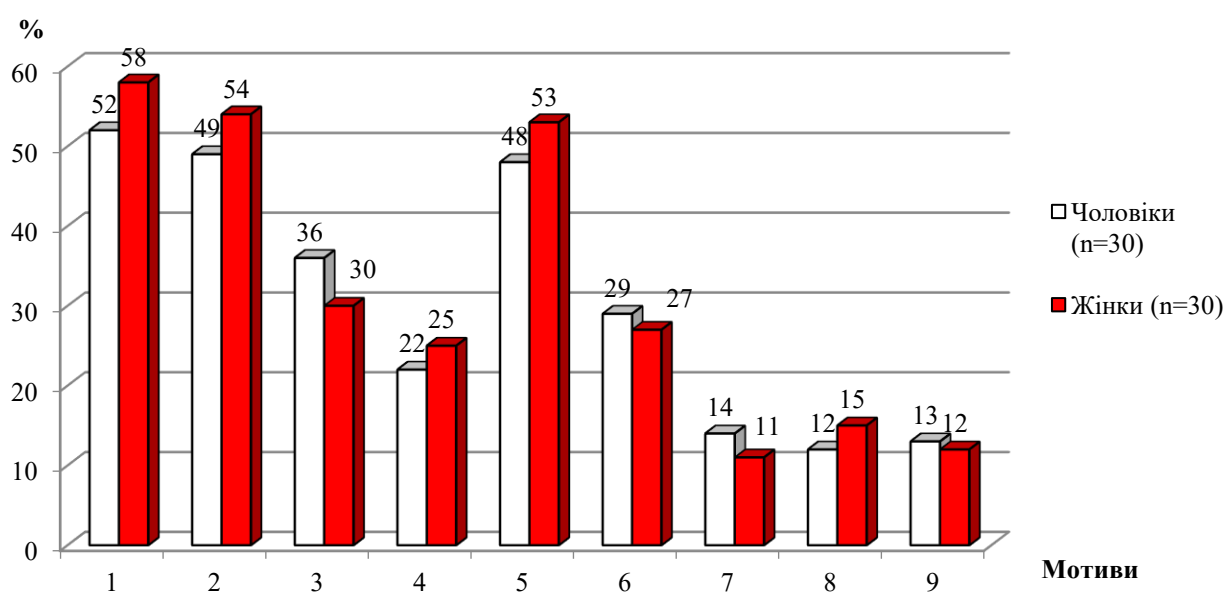


Рис. 4.4. Мотиви до занять руховою активністю людей похилого віку з Польщі: 1 – спілкування; 2 – бажання урізноманітнити дозвілля; 3 – підтримання фізичної форми; 4 – корекція маси тіла; 5 – поліпшення стану здоров'я; 6 – потреба в русі; 7 – бажання позбавитися болю у спині та суглобах; 8 – боротьба зі стресом; 9 – інші

Чоловіки та жінки з України мають нижчий рівень мотивації, ніж люди похилого віку з Польщі, водночас українці також прагнуть до спілкування (чоловіки – 36%; жінки – 43%), бажають урізноманітнити дозвілля (чоловіки – 39%; жінки – 36%) та хочуть поліпшити стан здоров'я (чоловіки – 34%; жінки – 38%). Також, як чоловіки (27%), так і жінки (35%) з України займаються руховою активністю, щоб уникнути стресу, який пов'язаний з умовами життя та нервування через воєнний стан у державі (рис. 4.5).

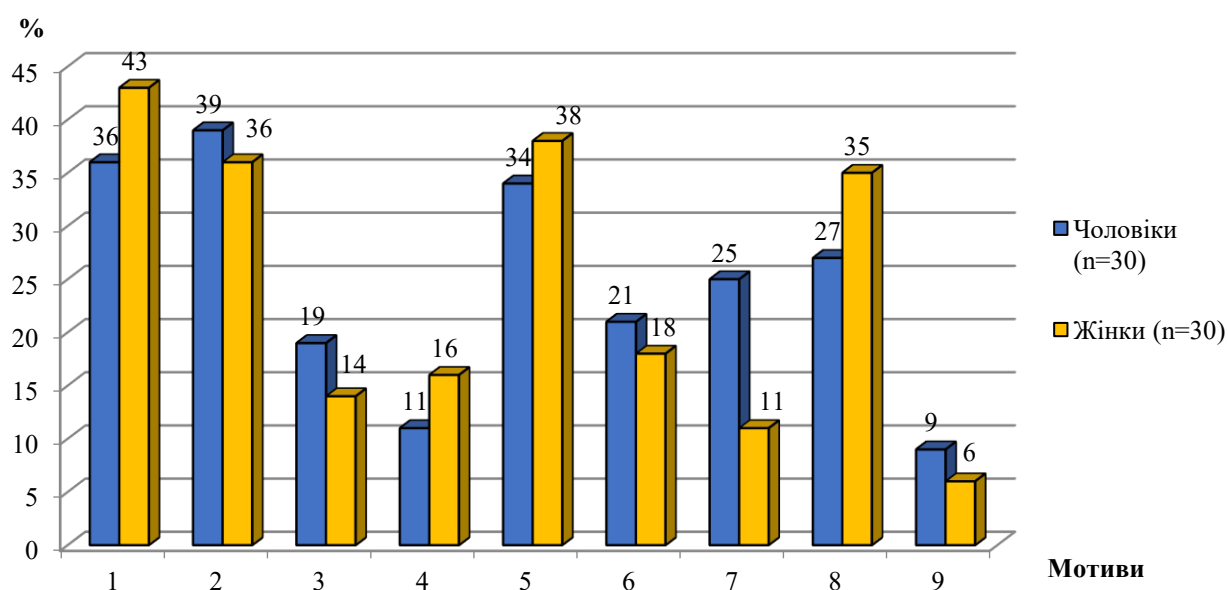


Рис. 4.5. Мотиви до занять руховою активністю людей похилого віку з України: 1 – спілкування; 2 – бажання урізноманітнити дозвілля; 3 – підтримання фізичної форми; 4 – корекція маси тіла; 5 – поліпшення стану здоров'я; 6 – потреба в русі; 7 – бажання позбавитися болю у спині та суглобах; 8 – боротьба зі стресом; 9 – інші

Завдяки анкетуванню з'ясовано чинники, що впливають на мотивацію людей похилого віку. Перш за все доступність відповідної спортивної інфраструктури (спортивних залів, парків та спеціально обладнаних майданчиків є важливою умовою для залучення літніх людей до фізичної активності). Також важлива підтримка родини, друзів та громади.

Обов'язковою повинна бути обізнаність людей похилого віку про користь фізичної активності та різних видів вправ, які вони можуть виконувати. Також визначено перешкоди, що можуть знижувати мотивацію до фізичної активності. Це хронічні захворювання, фізичні обмеження або страх перед травмами.

У результаті проведення анкетування людей похилого віку виявлено переваги у виборі різних видів рухової активності чоловіків та жінок, які мешкають у різних країнах. Анкета передбачала наявність 9 видів рухової активності, що використовуються в Україні та Польщі. Результати проведеного ранжування відповідей рейтингу свідчать, що вподобання людей похилого віку України та Польщі суттєво не відрізняються, є деякі відмінності у вподобаннях між жінками та чоловіками. Так, чоловіки з Польщі займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності, але більшість перевагу надають плаванню (22,1%) та оздоровчому туризму (15,3%), а також заняттям скандинавською ходьбою (13,7%) та їзді на велосипеді (12,2%). Чоловіки з України більше схильються до занять скандинавською ходьбою (20,3%) та оздоровчим бігом (19,5%), а також плаванню (17,1%) і спортивним іграм (13%) (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчої діяльності чоловіків похилого віку (n=254), %

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=131)	Україна (n=123)
1.	Біг	9,9	9,8
2.	Їзда на велосипеді	12,2	6,5
3.	Йога	2,3	0,8
4.	Оздоровчий туризм	15,3	19,5
5.	Оздоровчий фітнес	6,1	9,8
6.	Піші прогулянки	8,5	3,2
7.	Плавання	22,1	17,1

Продовж. табл. 4.3

8.	Скандинавська ходьба	13,7	20,3
9.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	9,9	13

У Польщі жінки похилого віку перевагу надають заняттям плавання (17,5%) та скандинавською ходьбою (16,8%), заняттям оздоровчим туризмом (13,9%), їзді на велосипеді (13,1%), а також заняттям оздоровчим фітнесом (12,4%). Літні жінки з України більше схильються до занять скандинавською ходьбою (19,8%), оздоровчим туризмом (17,5%), а також охоче займаються плаванням (15,9%) та пішими прогулянками (13,5%), перше місце у рейтингу найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчої діяльності посідає скандинавська ходьба. Меншою мірою жінки виявляють бажання займатися спортивними іграми, боячись завдати собі травми (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

**Рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчої діяльності
жінок похилого віку (n=263), %**

№	Вид фізкультурно-оздоровчої діяльності	Країна	
		Польща (n=137)	Україна (n=126)
1.	Біг	10,2	6,3
2.	Їзда на велосипеді	13,1	3,2
3.	Йога	6,6	10,3
4.	Оздоровчий туризм	13,9	17,5
5.	Оздоровчий фітнес	12,4	10,3
6.	Піші прогулянки	6,6	13,5
7.	Плавання	17,5	15,9
8.	Скандинавська ходьба	16,8	19,8
9.	Спортивні ігри (футбол, волейбол, баскетбол)	2,9	3,2

Порівнюючи міждержавні результати опитування найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчої діяльності встановлено, що бажаючих

займатися оздоровчим плаванням в Польщі більше, ніж в Україні, це пов'язано з більш розвинутою інфраструктурою (кількістю басейнів) у Польщі та доступністю для осіб похилого віку. Також їзда на велосипеді є популярною серед літніх поляків. Водночас значну кількість тих, хто бажає займатися скандинавською ходьбою, виявлено в Україні, це пояснюється тим, що за останні роки в Україні стрімко розвинувся цей напрям рухової активності. Бажання займатися оздоровчим туризмом має більш-менш однаковий показник зацікавленості як серед українців, так і поляків. Усі зацікавлені в участі короткотривалих походів (одноденних походах або походах вихідного дня з однією ночівлею) з різних видів туризму.

Низкою авторів [55, 352, 359] підтверджуються дані щодо ставлення людей похилого віку до фізичної активності в європейських країнах. Мотивація до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю формується під впливом багатьох факторів, зокрема здоров'я, соціальні зв'язки, психологічні аспекти та доступність інфраструктури.

Результати нашого дослідження підтверджуються даними дослідження Afonso C. et al. [180]. Виявлено, що найпоширенішими видами рухової активності людей похилого віку, які мешкають у ЄС, є скандинавська ходьба, плавання та їзда на велосипеді. Встановлено, що серед європейських країн є відмінності у ставленні та поведінці щодо рухової активності літніх людей, тому для підвищення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю у людей похилого віку, необхідно мати програми сприяння, що повинні бути адаптовані до різних країн.

Дані, що були отримані в ході дослідження, узгоджуються із даними інших науковців [162, 247, 480], які стверджують, що позитивні емоції отримані під час рухової активності, покращують психічне здоров'я та знижують рівень депресії літніх людей. Звісно рухова активність не в змозі у повній мірі вирішити усі проблеми людей похилого віку, але встановлено, що вона суттєво допомагає знизити негативні наслідки старіння [35, 333, 493]. Перепонами до регулярних занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю

українців похилого віку є недостатній рівень матеріального забезпечення, недостатність часу, поганий стан здоров'я, біль, травми. Також вони усвідомлюють користь занять руховою активністю, оскільки малорухливий спосіб життя призводить до захворювань, поганого самопочуття та зниження життєвого тону тощо, розуміють, що фізкультурно-оздоровчі заняття корисні, коли відбуваються систематично та під керівництвом кваліфікованого фахівця.

Таким чином, дослідження мотивації людей похилого віку до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю є актуальною темою дослідження, оскільки зростає потреба в підтримці здоров'я та добробуту літніх людей. Основними аспектами мотивації літніх людей до фізичної активності є: поліпшення здоров'я, їх психологічний стан і благополуччя, соціальна взаємодія та підтримка функціональної неспроможності. Доступність інфраструктури, соціальна підтримка, освіта та інформованість є головними чинниками, що впливають на мотивацію.

4.3. Використання мобільних додатків для підвищення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю осіб зрілого віку

Залучення дорослого населення до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю є важливим завданням кожної держави, що потребує комплексного підходу з урахуванням різноманітних потреб, обмежень та мотиваційних чинників. Мотивація дорослого населення до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю є актуальною в умовах сучасного суспільства, яке характеризується низьким рівнем фізичної активності та зростанням захворюваності, пов'язаної з малорухливим способом життя. Зважаючи на те, що фізична активність відіграє ключову роль у підтримці здоров'я, профілактиці хронічних захворювань і поліпшенні якості життя, питання мотивації до регулярних занять набуває особливої значущості.

Основні чинники, що впливають на мотивацію до фізкультурно-оздоровчої активності, передбачають обізнаність населення про користь

фізичних вправ, доступність інфраструктури, соціальну підтримку, а також особисті цінності й ставлення до власного здоров'я. Однак на практиці багато дорослих стикаються з бар'єрами, такими як дефіцит часу, недостатня підтримка з боку близьких, відсутність звички або низький рівень енергії, що значно ускладнює формування і підтримку регулярної фізичної активності.

Незважаючи на численні державні та приватні програми, спрямовані на залучення дорослих до фізкультурної активності, рівень участі залишається недостатнім. Це вказує на потребу у подальшому дослідженні мотиваційних механізмів і розробці комплексних підходів, які б враховували індивідуальні та соціальні аспекти для підвищення залученості дорослого населення до фізкультурно-оздоровчих занять.

Численні дослідження [334, 421, 429, 457] показують, що використання мобільних додатків та трекерів активності сприяють зростанню фізичної активності серед дорослих. Зокрема, застосування функцій моніторингу, зворотного зв'язку та персоналізації демонструє позитивні результати, сприяючи збільшенню середньої кількості щоденних кроків. Особливо ефективними виявилися інтервенції з повідомленнями для мотивації та можливістю встановлювати персональні цілі. Однак, залишається необхідність подальших досліджень для підтвердження цих ефектів.

Мотивація до регулярних занять фізичними вправами істотно відрізняється у людей різного віку. Для молоді одним із важливих мотивів є прагнення до спортивних досягнень, участь у змаганнях, комунікація з однолітками тощо [25, 121]. Завданням для осіб першого періоду зрілого віку є формування стійкої мотивації до тривалої фізичної активності, пошук форм занять, що відповідають вимогам їхнього життя та діяльності. Для людей другого періоду зрілого віку фізична активність пов'язана з усвідомленою необхідністю зміцненням здоров'я завдяки регулярній руховій активності [81, 145].

Мобільні додатки та переносні пристрої використано в дослідженнях [479] для аналізу фізичної активності та рівня малорухливості серед різних

груп населення, зокрема дорослих із надмірною вагою та ожирінням, пацієнтів із діабетом 2 типу, онкохворих, працівників швидкої допомоги та людей із хронічною обструктивною хворобою легень [215, 364].

Результати досліджень [39, 331, 451] підтверджують ефективність фітнес-додатків як інструментів поведінкових змін для підтримки здорового способу життя. Ці дані надають цінну інформацію розробникам фітнес-програм і пристроїв, що дозволяє вдосконалювати функціональні можливості додатків і збільшувати їхній позитивний вплив на користувачів.

Сучасні пристрої, такі як смартфони чи розумні годинники, оснащені численними датчиками, які можуть надати багато інформації, цікавої з біомедичної точки зору. У дослідженнях [331] представлено широкодоступні та прості у використанні мобільні інструменти, які можна використовувати для моніторингу рівня здоров'я та фізичної активності. Додатки, які відстежують активність, дієту, калорійність та сон, є важливим елементом для поліпшення звичок та самосвідомості щодо зміцнення здоров'я.

Таким чином, дослідження з використанням мобільних застосунків є актуальним та необхідним для встановлення впливу на рівень мотивації й параметрів здоров'я користувачів.

У дослідженні щодо визначення мотивації до занять з підвищення рухової активності взяли участь 332 особи зрілого віку різних країн (82 чоловіки та 87 жінок з Польщі, 78 чоловіків та 85 жінок з України). Середній вік чоловіків склав $41,3 \pm 8,96$, а жінок $43,6 \pm 5,82$ роки. Усі займалися різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності (плавання, їзда на велосипеді, фітнес, оздоровчий біг, спортивні ігри, заняття в тренажерному залі) на регулярній основі (не менше 3 разів на тиждень), 41,6% респондентів (61 чоловік, 77 жінки) користувалися мобільними додатками контролю фізичної активності.

У ході дослідження використовувався метод опитування щодо виявлення найбільш популярних мобільних додатків контролю фізичної активності серед дорослого населення Польщі й України та встановлення їхнього впливу на мотивацію до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю. Отримані

результати дослідження були оброблені статистично із застосуванням методу визначення показників відносної частки. Цей підхід дозволяє проаналізувати дані шляхом обчислення відсоткового співвідношення між окремими частинами та загальним обсягом, що сприяє точному виявленню структурних характеристик та закономірностей у досліджуваній вибірці. Аналіз забезпечив чітке уявлення про розподіл і тенденції у відповідях респондентів, що є необхідним для формулювання науково обґрунтованих висновків.

Мобільні додатки для контролю рухової активності та здоров'я стають все більш популярними, і дослідження показують, що вони можуть бути ефективними для поліпшення фізичної активності та контролю за станом здоров'я.

Анкетування показало, що ефективність фітнес-додатків значною мірою зумовлена кількома важливими аспектами. По-перше, додатки стимулюють мотивацію та допомагають користувачам здійснювати самоконтроль. Вони надають можливість відстежувати активність у реальному часі, що підвищує відповідальність за власні результати. Крім того, регулярне фіксування досягнень і доступ до інформації про прогрес сприяють формуванню здорових звичок.

Також важливою функцією є встановлення цілей та надсилання нагадувань, що допомагає користувачам залишатися на шляху до своїх рухових досягнень і не втрачати мотивацію. Такі нагадування можуть містити попередження про необхідність рухатися чи про заплановані тренування, що збільшує кількість виконуваних вправ.

Ще одним корисним аспектом є доступ до персоналізованих даних, як-от кількість кроків, серцевий ритм, спалені калорії, що дозволяє користувачам отримувати індивідуальні рекомендації та краще розуміти свій фізичний стан. Також багато додатків використовують гейміфікацію – елементи гри, такі як нагороди, бали та змагання з друзями, що робить тренування цікавішими та підтримує зацікавленість користувачів.

Деякі додатки навіть дозволяють передавати зібрані дані лікарям, що

може покращити якість медичного обслуговування та моніторинг здоров'я, особливо для користувачів із хронічними захворюваннями.

Водночас дослідження виявило певні обмеження. Наприклад, не всі користувачі витримують тривале використання додатків і часто припиняють заняття після кількох місяців. Також неточність сенсорів або алгоритмів може призводити до спотворення даних про активність, а постійне відстеження результатів іноді викликає тривожність, особливо у випадках, коли користувачі надмірно зосереджуються на незадовільних показниках.

У таблиці 4.5 представлено результати опитування щодо виявлення найбільш популярних мобільних додатків для контролю фізичної активності та підтримки здорового способу життя серед осіб зрілого віку.

Таблиця 4.5

**Перелік найбільш популярних мобільних додатків для контролю
фізичної активності та підтримки здорового способу життя серед осіб
зрілого віку**

№	Назва програми	Короткий опис програми
Трекери фізичної активності		
1.	Samsung Health	цей додаток популярний серед користувачів смартфонів Samsung, оскільки дозволяє зручно відстежувати фізичну активність, сон, пульс та інші показники здоров'я, а також має інтеграцію з багатьма спортивними девайсами.
2.	Google Fit	Універсальний додаток для моніторингу активності, який дозволяє відстежувати кроки, дистанцію та інші дані про активність. Він простий у використанні та синхронізується з багатьма іншими фітнес-додатками та трекерами.
Додатки для підрахунку калорій і контролю харчування		
3.	Fitatu	Один із найпопулярніших додатків для підрахунку калорій та планування харчування, який також містить функції для контролю фізичної активності. Додаток особливо привабливий для тих, хто прагне стежити за балансом поживних речовин та персоналізувати дієту.

4.	MyFitnessPal	Цей додаток забезпечує комплексний підхід до здоров'я, поєднуючи функції для контролю харчування та фізичної активності. MyFitnessPal дозволяє встановлювати цілі та відстежувати прогрес, що мотивує користувачів залишатися активними.
Програми для тренувань		
5.	Nike Training Club	Пропонує понад 160 вправ з різним рівнем складності для зміцнення сили та витривалості. Додаток має режим безкоштовних тренувань і доступний без реклами, що дозволяє користувачам повноцінно використовувати його як вдома, так і в залі.
6.	Adidas Training	Фітнес-додаток, орієнтований на домашні тренування, який надає покрокові інструкції та можливість налаштовувати програми за рівнем підготовки. Він також містить рекомендації щодо харчування та мотиваційні повідомлення, що робить його зручним для регулярного використання.
7.	Sworkit	Забезпечує тренування на різні групи м'язів та дозволяє самостійно вибирати комплекси вправ для дому або відрядження. Додаток популярний серед користувачів, які цінують інтервальні тренування та простоту в налаштуванні.
Мотиваційні та соціальні платформи		
8.	Strava	Популярний серед бігунів і велосипедистів, цей додаток використовує GPS для відстеження маршруту, темпу та набору висоти, що робить його відмінним вибором для людей, які займаються спортом на відкритому повітрі.

Чоловіки зазвичай надають перевагу додаткам, орієнтованим на силові тренування та розвиток витривалості (Nike Training Club, Adidas Training, Sworkit), які зосереджені на бодібілдингу, пауерліфтингу та функціональних тренуваннях. Такі програми пропонують персоналізовані плани для підвищення сили та витривалості й відстеження результатів.

Жінки натомість частіше користуються додатками для фітнесу, орієнтованими на загальний тонус і здоров'я (Samsung Health, Google Fit, MyFitnessPal), які пропонують комплексні тренування з акцентом на кардіо, йогу або легкі вправи. Також жінки схильні обирати додатки для контролю харчування

та підрахунку калорій (Fitatu), оскільки ці інструменти допомагають стежити за балансом харчування та досягати цілей щодо фізичної форми.

Частина чоловіків і жінок, які надають перевагу оздоровчому бігу, плаванню, їзді на велосипеді та звичайним пішим прогулянкам, користуються мобільним додатком Strava. Він дозволяє користувачам записувати маршрути, вимірювати пройдену дистанцію, швидкість, темп, набір висоти та інші показники, що допомагає аналізувати свої результати й прогрес. Також користувачі через додаток можуть приєднуватися до груп, брати участь у челенджах, обмінюватися досягненнями, додавати друзів та змагатися за місця в рейтингах на популярних маршрутах, що робить додаток привабливим не лише як інструмент для особистого прогресу, але й як платформу для соціальної взаємодії та мотивації.

За результатами вивчення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю встановлено, що люди зрілого віку, які користуються мобільними додатками для контролю фізичної активності та підтримки здорового способу життя, більш вмотивовані до зміцнення здоров'я та поліпшення самопочуття ніж ті, які не користуються застосунками такого типу (рис. 4.6).

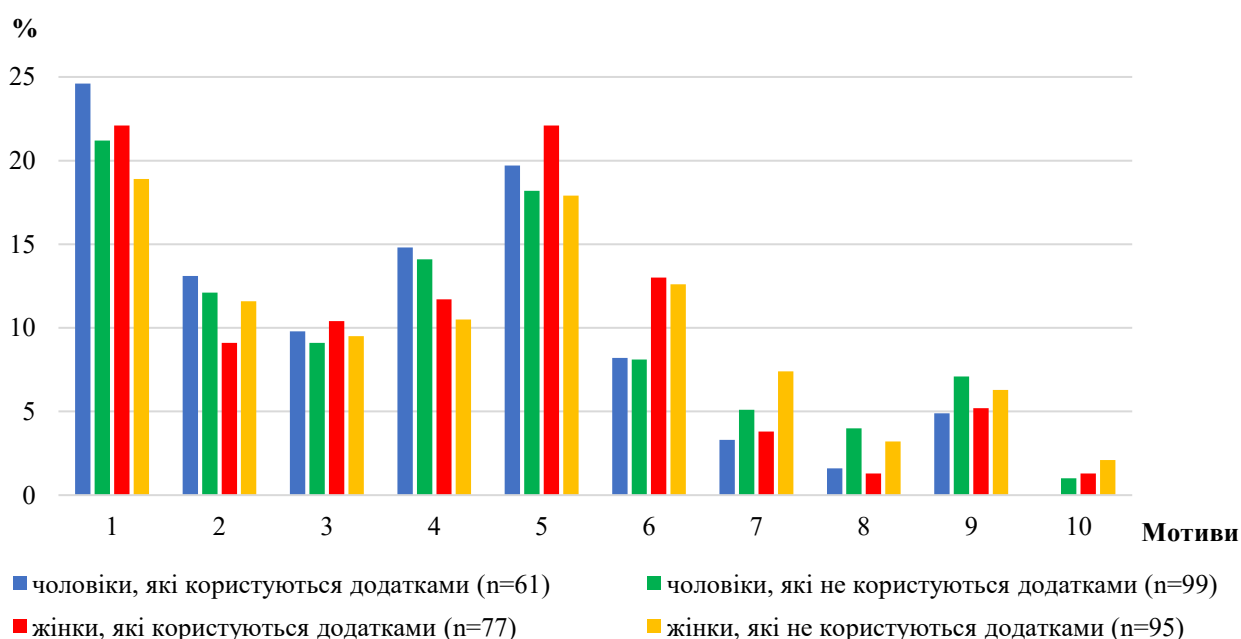


Рис. 4.6. Рівень мотивації осіб зрілого віку до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю: 1 – бажання зміцнити здоров'я; 2 – зняття втоми,

підвищення працездатності; 3 – поліпшення настрою, самопочуття; 4 – зняття психоемоційного навантаження; 5 – корекція фігури, нормалізація ваги; 6 – прагнення особистої фізичної досконалості; 7 – можливість цікаво провести вільний час; 8 – формування гарної ходи, культури рухів; 9 – розширення кола спілкування; 10 – ін.

Так, більш вмотивованими виявлено чоловіків, які користуються мобільними додатками для контролю фізичної активності, на відміну від чоловіків, які не користуються такими додатками в бажанні: зміцнити здоров'я (24,6% та 21,2% відповідно); корекції фігури, нормалізації ваги (19,7% та 18,2% відповідно); зняття психоемоційного навантаження (14,8% та 14,1% відповідно); зняття втоми та підвищення працездатності (13,1% та 12,1% відповідно). Жінки мають аналогічну тенденцію в бажанні: зміцнити здоров'я (22,1% та 18,9% відповідно); корекції фігури, нормалізації ваги (22,1% та 17,9% відповідно); особистої фізичної досконалості (13% та 12,6% відповідно); зняття психоемоційного навантаження (11,7% та 10,5% відповідно) та поліпшення настрою й самопочуття (10,4% та 9,5% відповідно). Водночас мотивам можливості цікаво провести вільний час, формуванню гарної ходи й культури рухів та розширенню кола спілкування надають перевагу особи, які не користуються мобільними додатками.

Також респонденти зазначили, що мобільні додатки стимулюють до занять фізичною активністю та тренувальними вправами. Регулярний контроль та нагадування, а також відстеження прогресу програмного забезпечення активізує та заохочує до регулярних занять руховою активністю та самоконтролю.

У ході дослідження ефективності використання мобільних додатків для контролю фізичної активності та підтримки здорового способу життя встановлено, що рівень показників якості життя мав різний ступінь змін у осіб зрілого віку, які протягом року займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю з використанням гаджетів (ЕГ) та без них (КГ).

Так, у чоловіків, які протягом року займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю із використанням мобільних додатків достовірно поліпшились показники рольового функціонування (зумовленого емоційним станом) – на 9,7 бала ($t=3,42$; $p<0,01$), життєвої активності – на 8,9 бала ($t=3,17$; $p<0,01$), фізичного функціонування на 5,8 бала ($t=2,34$; $p<0,05$), психічного здоров'я – на 5,5 бала ($t=2,50$; $p<0,05$), загального стану – на 5,4 бала ($t=2,05$; $p<0,05$) та зменшилися показники інтенсивності болю – на 6,9 бала ($t=2,12$; $p<0,05$). Чоловіки, які регулярно займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю, тільки без використання мобільних додатків, також мали позитивні зрушення, але достовірність виявлена лише в показниках життєвої активності – на 4,1 бала ($t=1,99$; $p<0,05$) та рольового функціонування (зумовленого емоційним станом) – на 5,4 бала ($t=2,04$; $p<0,05$). Водночас, наприкінці дослідження встановлені міжгрупові достовірні відмінності в показниках рольового функціонування (зумовленого емоційним станом) – на 5,5 бала ($t=1,97$; $p<0,05$) та життєвої активності – на 5,3 бала ($t=2,07$; $p<0,05$) на користь чоловіків зрілого віку, які використовували мобільні додатки (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Показники якості життя чоловіків зрілого віку, які протягом року займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю з використанням мобільних додатків (ЕГ) та без них (КГ), бали

Показники	Групи	Початок дослідження	Кінець дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Фізичне функціонування	ЕГ ($n_1=n_2=61$)	93,4 $\pm$ 1,62	99,2 $\pm$ 1,88	2,34	<0,05
	КГ ($n_1=n_2=99$)	93,1 $\pm$ 1,71	95,6 $\pm$ 2,00	0,95	>0,05
		$t=0,13$; $p>0,05$	$t=1,31$; $p>0,05$		
Рольове функціонування (зумовлене фізичним станом)	ЕГ ($n_1=n_2=61$)	81,2 $\pm$ 1,37	84,8 $\pm$ 1,52	1,76	>0,05
	КГ ($n_1=n_2=99$)	80,9 $\pm$ 1,52	83,2 $\pm$ 1,68	1,02	>0,05
		$t=0,15$; $p>0,05$	$t=0,71$; $p>0,05$		

Продовж. табл. 4.6

Інтенсивність болю	ЕГ (n ₁ =n ₂ =61)	86,2±2,48	79,3±2,11	2,12	<0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =99)	86,0±2,36	80,1±2,14	1,85	>0,05
		t=0,06; p>0,05	t=0,27; p>0,05		
Загальний стан	ЕГ (n ₁ =n ₂ =61)	73,1±1,79	78,5±1,93	2,05	<0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =99)	73,7±1,82	77,1±2,04	1,24	>0,05
		t=0,24; p>0,05	t=0,50; p>0,05		
Життєва активність	ЕГ (n ₁ =n ₂ =61)	63,5±1,94	72,4±2,03	3,17	<0,01
	КГ (n ₁ =n ₂ =99)	63,0±1,34	67,1±1,56	1,99	<0,05
		t=0,21; p>0,05	t=2,07; p<0,05		
Соціальне функціонування	ЕГ (n ₁ =n ₂ =61)	88,4±1,35	91,7±1,54	1,61	>0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =99)	88,7±1,42	90,2±1,48	0,73	>0,05
		t=0,15; >0,05	t=0,70; >0,05		
Рольове функціонування (зумовлене емоційним станом)	ЕГ (n ₁ =n ₂ =61)	89,6±1,97	99,3±2,04	3,42	<0,01
	КГ (n ₁ =n ₂ =99)	88,4±1,83	93,8±1,91	2,04	<0,05
		t=0,45; p>0,05	t=1,97; p<0,05		
Психічне здоров'я	ЕГ (n ₁ =n ₂ =61)	69,1±1,48	74,6±1,63	2,50	<0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =99)	68,7±1,53	72,1±1,70	1,49	>0,05
		t=0,19; p>0,05	t=1,06; p>0,05		

У жінок зрілого віку, які рік займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю та користувались мобільними додатками для контролю фізичної активності та підтримки здорового способу життя, встановлено значні зрушення в показниках фізичного функціонування – на 9,7 бала (t=3,08; p<0,01), рольового функціонування (зумовленого емоційним станом) – на 9,1 бала (t=3,33; p<0,01), життєвої активності – на 8,1 бала (t=3,22; p<0,01), рольового функціонування (зумовленого емоційним станом) – на 7,4 бала (t=2,44; p<0,05), психічного здоров'я – на 6,9 бала (t=2,46; p<0,05) та загального стану – на 5,8 бала (t=2,27; p<0,05) (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

**Показники якості життя жінок зрілого віку, які протягом року
займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю з використанням
мобільних додатків (ЕГ) та без них (КГ), бали**

Показники	Групи	Початок дослідження	Кінець дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Фізичне функціонування	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	82,7±2,38	92,4±2,07	3,08	<0,01
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	81,4±1,92	86,8±1,84	2,03	<0,05
		t=0,43; p>0,05	t=2,02; p<0,05		
Рольове функціонування (зумовлене фізичним станом)	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	75,1±2,12	82,5±2,26	2,44	<0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	74,3±1,82	79,4±1,91	1,93	>0,05
		t=0,29; p>0,05	t=1,10; p>0,05		
Інтенсивність болю	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	87,1±2,65	79,8±2,57	1,98	>0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	86,9±2,51	80,5±2,44	1,83	>0,05
		t=0,05; p>0,05	t=0,20; p>0,05		
Загальний стан	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	67,0±1,68	72,8±1,92	2,27	<0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	67,8±1,52	71,3±1,65	1,56	>0,05
		t=0,35; p>0,05	t=0,59; p>0,05		
Життєва активність	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	61,3±1,75	69,4±1,81	3,22	<0,01
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	60,5±1,63	64,6±1,62	1,78	>0,05
		t=0,33; p>0,05	t=1,98; p<0,05		
Соціальне функціонування	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	79,1±1,82	83,4±2,06	1,56	>0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	79,6±1,96	82,2±2,11	0,90	>0,05
		t=0,19; p>0,05	t=0,41; p>0,05		
Рольове функціонування (зумовлене емоційним станом)	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	79,4±1,89	88,5±1,97	3,33	<0,01
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	78,1±1,73	83,1±1,80	2,00	<0,05
		t=0,51; p>0,05	t=2,02; p<0,05		
Психічне здоров'я	ЕГ (n ₁ =n ₂ =77)	65,4±1,92	72,3±2,04	2,46	<0,05
	КГ (n ₁ =n ₂ =95)	64,9±1,87	69,8±1,93	1,82	>0,05
		t=0,19; p>0,05	t=0,89; p>0,05		

У жінок, які стільки ж часу приділяли фізкультурно-оздоровчій діяльності, але не використовували мобільні додатки, теж отримано достовірні відмінності в показниках фізичного функціонування на 5,4 бала (t=2,03; p<0,05) та рольового функціонування (зумовленого емоційним станом) – на 5,0 бала (t=2,00; p<0,05), інші показники також мали позитивні зрушення, однак достовірність не була виявлена (p>0,05).

Водночас, через рік занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю, між групами отримано достовірні відмінності в показниках фізичного

функціонування – на 5,6 бала ($t=2,02$; $p<0,05$), рольового функціонування (зумовленого емоційним станом) – на 5,4 бала ($t=2,02$; $p<0,05$) та життєвої активності – на 4,8 бала ($t=1,98$; $p<0,05$).

Дослідження ефективності використання мобільних додатків для підвищення рівня фізичної активності та поліпшення якості життя осіб зрілого віку продемонструвало, що ці технології є важливим інструментом для досягнення суттєвих позитивних змін. Встановлено, що використання мобільних додатків у фізкультурно-оздоровчій діяльності забезпечує не лише підвищення рівня фізичного функціонування, але й поліпшення психічного здоров'я, життєвої активності та емоційного благополуччя [151].

Виявлені міжгрупові відмінності вказують на переваги технологічної підтримки у фізичній активності. Зокрема, у жінок поліпшення було більш вираженим у категоріях фізичного функціонування та життєвої активності, тоді як у чоловіків спостерігався більший прогрес у показниках рольового функціонування, пов'язаного з емоційним станом. Це підкреслює важливість врахування гендерних особливостей при розробці програм оздоровлення із залученням мобільних додатків.

Загалом результати дослідження підтверджують високу ефективність використання мобільних додатків як частини програм фізкультурно-оздоровчої діяльності. Ці технології не лише спрощують контроль за фізичною активністю, але й створюють додаткові стимули до занять, зокрема завдяки інтерактивності, гейміфікації та персоналізації. Результати вказують на необхідність упровадження мобільних технологій у практику фізичної реабілітації та оздоровлення, особливо для груп населення, які мають знижену мотивацію до регулярної фізичної активності.

Встановлено, що існує велика кількість мобільних додатків для контролю фізичної активності та підтримки здорового способу життя, які різняться за основними функціями, рівнем інтерактивності, можливістю персоналізації та інтеграцією з пристроями. Одні додатки зосереджені на відстеженні активності та здоров'я, інші пропонують тренувальні програми

або контроль харчування. Інтеграція з фітнес-трекерами та розумними годинниками робить деякі з них більш зручними для моніторингу комплексних показників здоров'я, що допомагає користувачам обирати додаток відповідно до своїх індивідуальних цілей. Виявлено, що чоловіки надають перевагу додаткам, орієнтованим на силові тренування та розвиток витривалості, а жінки частіше користуються додатками для фітнесу, орієнтованими на загальний тонус і здоров'я.

Опитування показали, що користувачі додатків частіше демонструють стійке прагнення до зміцнення здоров'я, зняття втоми, поліпшення настрою, а також контролю ваги, ніж ті, хто не використовує додатки. Серед чоловіків спостерігається підвищена мотивація щодо здоров'я та фізичної досконалості, а серед жінок – щодо нормалізації ваги та зняття психоемоційного навантаження.

Таким чином, можна зробити висновок, що мобільні додатки є ефективним інструментом для мотивації зрілого населення до фізичної активності, надаючи їм зручні можливості для самоконтролю, встановлення цілей та отримання персоналізованих даних, що сприятиме досягненню результатів і покращенню самопочуття.

4.4. Вплив найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять на різні складники здоров'я людей похилого віку

Сучасні наукові дані [32, 278, 324] свідчать, що регулярні фізичні вправи позитивно впливають на загальний стан здоров'я людей похилого віку. Збільшення рівня рухової активності сприяє збереженню та зміцненню здоров'я, покращує адаптаційні можливості організму, зменшує частоту загострень хронічних захворювань та позитивно впливає на психоемоційний стан. Крім того, це знижує ризики таких негативних наслідків, як когнітивна дисфункція, травми, погіршення психічного стану та мобільності.

Численні дослідження [289, 337] підкреслюють важливість фізичних вправ для осіб похилого віку, зазначаючи їхню ефективність у зниженні ризику травм, які можуть призводити до серйозних медичних наслідків, таких як інвалідність або летальні випадки.

На думку Н.В. Медведовської та Д.Д. Дячук [99], поліпшення здоров'я населення, збільшення тривалості здорового та працездатного періоду життя можуть слугувати міцною основою для забезпечення сталого економічного зростання. Усвідомлення взаємозв'язку між індивідуальним та громадським здоров'ям має стати ключовим принципом сучасної соціальної політики.

Спосіб життя значною мірою визначає ризик виникнення неінфекційних захворювань. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), саме нездоровий спосіб життя є ключовим фактором, який негативно впливає на стан здоров'я, становлячи до 50% усіх ризиків. Основними чинниками, що сприяють розвитку нездорового способу життя, є нераціональне харчування, низький рівень фізичної активності (гіподинамія), куріння та вживання алкоголю. Міжнародні експерти підкреслюють, що близько 50% смертей, пов'язаних із неінфекційними захворюваннями, можна було б запобігти шляхом популяризації та упровадження здорового способу життя в суспільстві [269].

Узагальнюючи вищезазначене, збереження фізичної працездатності, здоров'я та поліпшення якості життя людей похилого віку значною мірою залежить від рівня їхньої рухової активності. З огляду на це, в Україні та багатьох інших країнах реалізуються стратегії підвищення фізичної активності населення, спрямовані на профілактику гіподинамії.

Фахівці зазначають, що фізкультурно-оздоровча рухова активність є одним із найефективніших методів поліпшення здоров'я осіб похилого віку [261, 403, 467]. Зокрема, Thompson P. [467] підкреслює, що регулярні фізичні навантаження мають важливе значення для людей із такими захворюваннями, як серцево-судинні порушення, гіпертонія, остеоартрити та остеопороз.

Водночас, особи похилого віку, які страждають на хронічні захворювання, витрачають на фізичну активність приблизно на 1 000 ккал менше за тиждень, порівняно зі своїми здоровими ровесниками. Це суттєве зниження рівня рухової активності підвищує ризик розвитку патологій опорно-рухової системи, а також сприяє виникненню депресивних станів.

Результати проведених опитувань свідчать про низький рівень участі літніх людей у регулярних фізичних вправах. Згідно з даними, понад 60% європейців віком старше 65 років протягом семи днів не виконували жодних фізичних вправ [261]. У Сполучених Штатах лише 31% людей вікової категорії 65–74 роки займаються фізичною активністю середньої інтенсивності щонайменше 20 хвилин тричі на тиждень, а регулярні заняття фізичною активністю, які тривають щонайменше 30 хвилин п'ять і більше разів на тиждень, спостерігаються лише у 16% осіб цієї вікової групи [403].

Водночас австралійські дослідження демонструють більш позитивні результати. Morris M. зазначає, що люди віком 55-75 років витрачають найбільше часу на ходьбу та фізичну активність середньої інтенсивності у порівнянні з іншими віковими групами [361]. Ці дані підкреслюють значущість створення адаптованих програм фізичної активності, орієнтованих на літніх людей, які враховують їхні фізичні можливості та індивідуальні медичні потреби.

Таким чином, сучасні дослідження підтверджують, що регулярна фізична активність є ключовим фактором збереження та зміцнення здоров'я людей похилого віку. Вона сприяє підвищенню адаптаційних можливостей організму, знижує частоту загострень хронічних захворювань і покращує психоемоційний стан. Водночас фізичні вправи зменшують ризик розвитку когнітивних порушень, травм, депресії та втрати мобільності.

Наукові роботи наголошують на ефективності фізкультурно-оздоровчої діяльності у профілактиці серйозних медичних наслідків, таких як інвалідність чи смертність, пов'язаних із травмами та хронічними

захворюваннями. Зокрема, фізичні навантаження рекомендовані при серцево-судинних захворюваннях, гіпертонії, остеоартритах і остеопорозах. Однак недостатня рухова активність серед осіб із хронічними хворобами сприяє збільшенню ризиків захворювань опорно-рухової системи та психологічних розладів.

Головним завданням фізкультурно-оздоровчої діяльності людей похилого віку є зміцнення здоров'я, загартування організму та підтримка якості життя. Тому саме на це повинні бути спрямовані різні види занять фізичною активністю, одними з яких є оздоровче плавання, оздоровчий туризм та скандинавська ходьба та. Заняття з останніх проводяться на свіжому повітрі, що є дуже важливим для сприйняття фізичних вправ організмом осіб похилого віку.

Для виявлення впливу найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчих занять серед осіб похилого віку було досліджено оцінку рівня фізичного здоров'я та соціально-психологічної адаптації. Для цього було сформовано 4 групи: до експериментальної групи 1 (ЕГ1) увійшли люди похилого віку, які займалися оздоровчим плаванням ($n=27$, з них 17 чоловіків та 10 жінок); експериментальну групу 2 (ЕГ2) склали особи, які займалися оздоровчим туризмом ($n=25$, з них 14 чоловіків та 11 жінок); люди, що займалися скандинавською ходьбою склали експериментальну групу 3 (ЕГ3) ($n=30$, з них 12 чоловіків та 18 жінок); контрольна група була створена з людей похилого віку, які взагалі не займалися фізкультурно-оздоровчою діяльністю ($n=30$, з них 15 чоловіків та 15 жінок). Середній вік учасників дослідження склав $68,24 \pm 3,01$ років. Фізкультурно-оздоровчі заняття експериментальних груп тривали рік на регулярній основі, двічі на тиждень, по 60 хв кожне.

Проведені дослідження щодо виявлення впливу найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчих занять серед осіб похилого віку дали змогу встановити рівень їх фізичного та психоемоційного здоров'я. Так, оцінка рівня Індексу маси тіла чоловіків, які рік займалися оздоровчим плаванням (ЕГ1),

оздоровчим туризмом (ЕГ2) та скандинавською ходьбою (ЕГ3) знаходяться в діапазоні нормальної маси тіла, водночас у тих, які не займалися руховою активністю (КГ), оцінка рівня цього показника свідчила про зайву вагу. Також оцінка Індексу функціональних змін чоловіків експериментальних груп відповідає задовільній адаптації, а контрольної групи – незадовільної. За Індексом Робінсона у чоловіків контрольних груп встановлено середній рівень, а контрольної – низький. Показники проби Скібінського у чоловіків експериментальних груп відповідають доброму стану, а в контрольній – задовільному; водночас за пробою Руфф'є у чоловіків ЕГ1 та ЕГ2 – середній рівень, ЕГ3 – вище середнього, а КГ – нижче середнього (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Оцінка рівня фізичного здоров'я чоловіків похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності*

Показники		Групи			
		КГ (n=15)	ЕГ1 (n=17)	ЕГ2 (n=14)	ЕГ3 (n=12)
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	$\bar{X}_3 \pm m_3$	$\bar{X}_4 \pm m_4$
Індекс маси тіла	Індекс, кг/м ²	27,5±1,12	22,7±1,08	24,1±1,17	23,8±1,14
	оцінка рівня показника	зайва вага	нормальна маса тіла	нормальна маса тіла	нормальна маса тіла
Індекс функціональних змін	Індекс, у. о.	3,1±0,25	2,2±0,14	2,5±0,21	2,4±0,16
	оцінка рівня показника	незадовільна адаптація	задовільна адаптація	задовільна адаптація	задовільна адаптація
Індекс Робінсона	Індекс, у. о.	93,2±2,02	87,4±1,95	86,7±2,06	85,3±2,14
	оцінка рівня показника	низький	середній	середній	середній
Проба Скібінського	Індекс, у. о.	20,3±3,52	34,5±3,26	30,8±3,41	32,7±3,19
	оцінка рівня показника	задовільний	добрий	добрий	добрий
Проба Руфф'є	Індекс, у. о.	11,3±1,07	6,1±0,93	7,6±0,84	5,8±1,13
	оцінка рівня показника	нижче середнього	середній	середній	вище середнього

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

Міжгрупові порівняння показників фізичного здоров'я свідчать про те, що різні види фізкультурно-оздоровчих занять по-різному впливають на складники фізичного здоров'я осіб похилого віку. Так, у чоловіків, які займалися оздоровчим плаванням (ЕГ1), у порівнянні з тими, хто не займався руховою активністю (КГ), отримано кращі показники в Індексі маси тіла ($t=3,09$; $p<0,01$); Індексі функціональних змін ($t=3,14$; $p<0,01$); Індексі Робінсона ($t=2,07$; $p<0,05$); пробах Скібінського ($t=2,96$; $p<0,01$) та Руфф'є ($t=3,67$; $p<0,001$). У чоловіків ЕГ2, які займалися оздоровчим туризмом, також отримано кращі результати, ніж у чоловіків КГ в показниках Індексу маси тіла ($t=2,10$; $p<0,05$); Індексі функціональних змін ($t=1,84$; $p>0,05$); Індексі Робінсона ($t=2,25$; $p<0,05$); пробах Скібінського ($t=2,14$; $p<0,05$) та Руфф'є ($t=2,72$; $p<0,05$). Також отримано достовірно кращі показниками у чоловіків похилого віку, які займалися скандинавською ходьбою, на відміну від тих, що не займалися в Індексі маси тіла ($t=2,32$; $p<0,05$); Індексі функціональних змін ($t=2,36$; $p<0,05$); Індексі Робінсона ($t=2,68$; $p<0,05$); пробах Скібінського ($t=2,61$; $p<0,05$) та Руфф'є ($t=3,53$; $p<0,01$). Між показниками експериментальних груп достовірність ($p>0,05$) не була встановлена (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Матриця t-критерію і вірогідні рівні (p) показників фізичного здоров'я чоловіків похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності*

	ЕГ1 (n=17)	ЕГ2 (n=14)	ЕГ3 (n=12)
КГ (n=15)	1 – $t=3,09$; $p<0,01$ 2 – $t=3,14$; $p<0,01$ 3 – $t=2,07$; $p<0,05$ 4 – $t=2,96$; $p<0,01$ 5 – $t=3,67$; $p<0,001$	1 – $t=2,10$; $p<0,05$ 2 – $t=1,84$; $p>0,05$ 3 – $t=2,25$; $p<0,05$ 4 – $t=2,14$; $p<0,05$ 5 – $t=2,72$; $p<0,05$	1 – $t=2,32$; $p<0,05$ 2 – $t=2,36$; $p<0,05$ 3 – $t=2,68$; $p<0,05$ 4 – $t=2,61$; $p<0,05$ 5 – $t=3,53$; $p<0,01$
ЕГ1 (n=17)		1 – $t=0,88$; $p>0,05$ 2 – $t=1,19$; $p>0,05$ 3 – $t=0,25$; $p>0,05$ 4 – $t=0,78$; $p>0,05$ 5 – $t=1,20$; $p>0,05$	1 – $t=0,70$; $p>0,05$ 2 – $t=0,94$; $p>0,05$ 3 – $t=0,73$; $p>0,05$ 4 – $t=0,39$; $p>0,05$ 5 – $t=0,20$; $p>0,05$

Продовж. табл. 4.9

ЕГ2 (n=14)			1 – $t=0,18$; $p>0,05$ 2 – $t=0,38$; $p>0,05$ 3 – $t=0,47$; $p>0,05$ 4 – $t=0,41$; $p>0,05$ 5 – $t=1,28$; $p>0,05$

Показники: 1 – Індекс маси тіла; 2 – Індекс функціональних змін; 3 – Індекс Робінсона; 4 – Проба Скібінського; 5 – Проба Руфф'є.

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

У ході оцінки рівня фізичного стану жінок похилого віку різних груп встановлено, що показники Індексу маси тіла жінок, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності (ЕГ1, ЕГ2, ЕГ3), відповідають нормальній масі тіла, а контрольної групи (КГ) – зайвій вазі; показники Індексу функціональних змін у жінок експериментальних груп свідчать про задовільну адаптацію, а у жінок контрольної групи – про напругу механізмів адаптації; показники Індексу Робінсона свідчать про середній рівень фізичного здоров'я чоловіків експериментальних груп, а контрольної групи – низький; за пробою Скібінського у жінок експериментальних групах встановлено добрий рівень, контрольної групи – задовільний; показники проби Руфф'є свідчать про середній рівень функціональних резервів жінок ЕГ2 та ЕГ3, вище середнього – ЕГ1 та нижче середнього – КГ (табл. 4.10).

Порівняння показників фізичного здоров'я жінок похилого віку експериментальних та контрольної груп дало можливість виявити вплив різних видів фізкультурно-оздоровчих занять та встановити, що різні види рухової активності по-різному впливають на складники фізичного здоров'я осіб похилого віку.

Таблиця 4.10

Оцінка рівня фізичного здоров'я жінок похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності*

Показники		Групи			
		КГ (n=15)	ЕГ1 (n=10)	ЕГ2 (n=11)	ЕГ3 (n=18)
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	$\bar{X}_3 \pm m_3$	$\bar{X}_4 \pm m_4$
Індекс маси тіла	Індекс, кг/м ²	26,4±1,01	22,1±0,84	23,5±0,97	22,1±0,81
	оцінка рівня показника	зайва вага	нормальна маса тіла	нормальна маса тіла	нормальна маса тіла
Індекс функціональних змін	Індекс, у. о.	2,8±0,14	2,3±0,10	2,5±0,13	2,4±0,11
	оцінка рівня показника	напруга механізмів адаптації	задовільна адаптація	задовільна адаптація	задовільна адаптація
Індекс Робінсона	Індекс, у. о.	92,8±2,11	84,3±2,09	86,5±2,10	84,0±2,03
	оцінка рівня показника	низький	середній	середній	середній
Проба Скібінського	Індекс, у. о.	19,7±3,46	34,5±3,28	31,1±3,37	33,2±3,21
	оцінка рівня показника	задовільний	добрий	добрий	добрий
Проба Руфф'є	Індекс, у. о.	11,7±1,20	5,9±1,16	6,5±1,09	6,0±1,18
	оцінка рівня показника	нижче середнього	вище середнього	середній	середній

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

Так, показники, що відображають фізичне здоров'я жінок ЕГ1, які займалися оздоровчим плаванням, у порівнянні показниками жінок КГ, мали достовірні відмінності в Індексі маси тіла ($t=3,25$; $p<0,01$); Індексі функціональних змін ($t=2,96$; $p<0,01$); Індексі Робінсона ($t=2,86$; $p<0,01$); пробах Скібінського ($t=3,10$; $p<0,01$) та Руфф'є ($t=3,48$; $p<0,01$). Показники фізичного здоров'я жінок ЕГ2, які займалися оздоровчим туризмом, також отримано кращі ніж у жінок КГ за Індексом маси тіла ($t=2,11$; $p<0,05$); Індексом Робінсона ($t=2,12$; $p<0,05$); пробах Скібінського ($t=2,36$; $p<0,05$) та Руфф'є ($t=3,21$; $p<0,01$). Достовірно кращі показниками отримано і у жінок ЕГ3, які займалися скандинавською ходьбою, на відміну від жінок КГ в Індексі

маси тіла ($t=2,52$; $p<0,05$); Індексі функціональних змін ($t=2,30$; $p<0,05$); Індексі Робінсона ($t=3,01$; $p<0,01$); пробах Скібінського ($t=2,86$; $p<0,01$) та Руфф'є ($t=3,39$; $p<0,01$). Між показниками жінок похилого віку експериментальних груп, які займалися різними видами фізкультурно-оздоровчих занять, достовірність ($p>0,05$) не була встановлена (табл. 4.11).

Таблиця 4.11

Матриця t-критерію і вірогідні рівні (p) показників фізичного здоров'я чоловіків похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності

	ЕГ1 (n=10)	ЕГ2 (n=11)	ЕГ3 (n=18)
КГ (n=15)	1 – $t=3,25$; $p<0,01$ 2 – $t=2,96$; $p<0,01$ 3 – $t=2,86$; $p<0,01$ 4 – $t=3,10$; $p<0,01$ 5 – $t=3,48$; $p<0,01$	1 – $t=2,11$; $p<0,05$ 2 – $t=1,41$; $p>0,05$ 3 – $t=2,12$; $p<0,05$ 4 – $t=2,36$; $p<0,05$ 5 – $t=3,21$; $p<0,01$	1 – $t=2,52$; $p<0,05$ 2 – $t=2,30$; $p<0,05$ 3 – $t=3,01$; $p<0,01$ 4 – $t=2,86$; $p<0,01$ 5 – $t=3,39$; $p<0,01$
ЕГ1 (n=10)		1 – $t=1,14$; $p>0,05$ 2 – $t=1,46$; $p>0,05$ 3 – $t=0,74$; $p>0,05$ 4 – $t=0,72$; $p>0,05$ 5 – $t=0,38$; $p>0,05$	1 – $t=0,64$; $p>0,05$ 2 – $t=0,67$; $p>0,05$ 3 – $t=0,10$; $p>0,05$ 4 – $t=0,28$; $p>0,05$ 5 – $t=0,06$; $p>0,05$
ЕГ2 (n=11)			1 – $t=0,46$; $p>0,05$ 2 – $t=0,82$; $p>0,05$ 3 – $t=0,86$; $p>0,05$ 4 – $t=0,45$; $p>0,05$ 5 – $t=0,31$; $p>0,05$

Показники: 1 – Індекс маси тіла; 2 – Індекс функціональних змін; 3 – Індекс Робінсона; 4 – Проба Скібінського; 5 – Проба Руфф'є.

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

Проведені дослідження підтвердили, що фізкультурно-оздоровча діяльність, зокрема оздоровче плавання, оздоровчий туризм та скандинавська ходьба, позитивно впливають на фізичний стан та адаптаційні можливості осіб похилого віку. Учасники експериментальних груп демонструють поліпшення у ключових показниках фізичного здоров'я, тоді як у контрольних групах, які

не займалися руховою активністю, спостерігається недостатній рівень фізичного стану. Це свідчить про доцільність і ефективність упровадження регулярної рухової активності для підтримки фізичного та психоемоційного здоров'я осіб цієї вікової категорії.

Проведені дослідження щодо визначення психоемоційного стану людей похилого віку під впливом найбільш популярних видів фізкультурно-оздоровчої діяльності серед цієї категорії осіб, виявили, що усі показники знаходяться на нижчому рівні у осіб, які не займаються фізкультурно-оздоровчою діяльністю на відміну від тих, які ведуть активний спосіб життя.

Так, встановлено, що стан соціально-психологічної адаптації чоловіків ЕГ1, які займалися оздоровчим плаванням, у порівнянні з чоловіками КГ достовірно кращі за показниками: адаптації на 9,4 бала ($t=2,21$; $p<0,05$), інтернальності – на 7,9 бала ($t=2,06$; $p<0,05$) та прагненні до домінування – на 9,1 бала ($t=2,28$; $p<0,05$), показники самосприйняття, прийняття інших та емоційної комфортності також кращі у чоловіків ЕГ1, однак достовірність ($p>0,05$) не була виявлена (табл. 4.12, 4.13).

Таблиця 4.12

Показники соціально-психологічної адаптації чоловіків похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності*, бали

Показники	Групи			
	КГ (n=15)	ЕГ1 (n=17)	ЕГ2 (n=14)	ЕГ3 (n=12)
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	$\bar{X}_3 \pm m_3$	$\bar{X}_4 \pm m_4$
Адаптація	63,4 $\pm$ 3,26	72,8 $\pm$ 2,73	79,2 $\pm$ 2,48	75,6 $\pm$ 2,51
Самосприйняття	60,5 $\pm$ 3,18	69,1 $\pm$ 2,85	72,3 $\pm$ 2,91	71,8 $\pm$ 2,76
Прийняття інших	57,8 $\pm$ 2,98	64,5 $\pm$ 2,46	68,9 $\pm$ 2,73	65,8 $\pm$ 2,39
Емоційна комфортність	62,7 $\pm$ 3,02	70,3 $\pm$ 2,59	75,6 $\pm$ 2,64	73,9 $\pm$ 2,46
Інтернальність	64,9 $\pm$ 2,89	72,8 $\pm$ 2,52	77,3 $\pm$ 2,59	74,5 $\pm$ 2,61
Прагнення до домінування	77,8 $\pm$ 3,14	86,9 $\pm$ 2,47	85,2 $\pm$ 2,36	86,1 $\pm$ 2,58

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

Таблиця 4.13

Матриця t-критерію і вірогідні рівні (p) показників соціально-психологічної адаптації чоловіків похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності*

	ЕГ1 (n=17)	ЕГ2 (n=14)	ЕГ3 (n=12)
КГ (n=15)	1 – t=2,21; p<0,05 2 – t=2,01; p>0,05 3 – t=1,73; p>0,05 4 – t=1,91; p>0,05 5 – t=2,06; p<0,05 6 – t=2,28; p<0,05	1 – t=3,86; p<0,001 2 – t=2,74; p<0,05 3 – t=2,75; p<0,05 4 – t=3,22; p<0,01 5 – t=3,20; p<0,01 6 – t=1,88; p>0,05	1 – t=2,97; p<0,01 2 – t=2,68; p<0,05 3 – t=2,09; p<0,05 4 – t=2,88; p<0,01 5 – t=2,47; p<0,05 6 – t=2,04; p>0,05
ЕГ1 (n=17)		1 – t=1,74; p>0,05 2 – t=0,79; p>0,05 3 – t=1,20; p>0,05 4 – t=1,43; p>0,05 5 – t=1,25; p>0,05 6 – t=0,50; p>0,05	1 – t=0,76; p>0,05 2 – t=0,68; p>0,05 3 – t=0,38; p>0,05 4 – t=1,01; p>0,05 5 – t=0,47; p>0,05 6 – t=0,22; p>0,05
ЕГ2 (n=14)			1 – t=1,02; p>0,05 2 – t=0,12; p>0,05 3 – t=0,85; p>0,05 4 – t=0,47; p>0,05 5 – t=0,76; p>0,05 6 – t=0,26; p>0,05

Показники: 1 – Адаптація; 2 – Самосприйняття; 3 – Прийняття інших; 4 – Емоційна комфортність; 5 – Інтернальність; 6 – Прагнення до домінування

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

Показники соціально-психологічної адаптації чоловіків похилого віку ЕГ2, які займаються оздоровчим туризмом, значно кращі ніж у чоловіків КГ в адаптації на 15,8 бала (t=3,86; p<0,001), самосприйнятті – на 11,8 бала (t=2,74; p<0,05), прийнятті інших – на 11,1 бала (t=2,75; p<0,05), емоційної комфортності – на 12,9 бала (t=3,22; p<0,01), інтернальності – на 12,4 бала (t=3,20; p<0,01) та прагненні до домінування – на 7,4 бала (t=1,88; p>0,05). Також значні відмінності отримано у чоловіків ЕГ3, які займалися скандинавською ходьбою та КГ на користь перших в показниках адаптації на 12,2 бала (t=2,97; p<0,01), самосприйнятті – на 11,3 бала (t=2,68; p<0,05),

прийнятті інших – на 8 бала ($t=2,09$; $p<0,05$), емоційної комфортності – на 11,2 бала ($t=2,88$; $p<0,01$), інтернальності – на 9,6 бала ($t=2,47$; $p<0,05$) та прагненні до домінування – на 8,3 бала ($t=2,04$; $p>0,05$). Між показниками чоловіків експериментальних груп достовірність ($p>0,05$) не була встановлена.

У ході дослідження соціально-психологічної адаптації жінок похилого віку встановлено, що жінки ЕГ1 на відміну від жінок КГ мають достовірно кращі показники адаптації на 8,7 бала ($t=2,16$; $p<0,05$), інтернальності – на 8,5 бала ($t=2,10$; $p<0,05$) та прагнення до домінування – на 13,2 бала ($t=3,57$; $p<0,01$), показники самосприйняття, прийняття інших та емоційної комфортності також кращі у жінок ЕГ1, ніж КГ, однак достовірність ($p>0,05$) не була виявлена. У жінок ЕГ2, які займалися оздоровчим туризмом, на відміну від жінок, КГ встановлено значно кращі результати в показниках адаптації на 11,2 бала ($t=2,90$; $p<0,01$), прийнятті інших – на 10,9 бала ($t=2,70$; $p<0,05$), емоційної комфортності – на 13,5 бала ($t=3,54$; $p<0,01$), інтернальності – на 10,2 бала ($t=2,55$; $p<0,05$) та прагненні до домінування – на 15,6 бала ($t=3,34$; $p>0,01$) (табл. 4.14, 4.15).

Таблиця 4.14

Показники соціально-психологічної адаптації жінок похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності*, бали

Показники	Групи			
	КГ (n=15)	ЕГ1 (n=10)	ЕГ2 (n=11)	ЕГ3 (n=18)
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	$\bar{X}_3 \pm m_3$	$\bar{X}_4 \pm m_4$
Адаптація	54,5 $\pm$ 2,94	63,2 $\pm$ 2,76	65,7 $\pm$ 2,51	64,3 $\pm$ 2,81
Самосприйняття	72,3 $\pm$ 3,08	79,5 $\pm$ 2,43	78,7 $\pm$ 2,61	76,0 $\pm$ 2,76
Прийняття інших	56,3 $\pm$ 2,87	62,6 $\pm$ 2,71	67,2 $\pm$ 2,84	66,7 $\pm$ 2,68
Емоційна комфортність	41,6 $\pm$ 2,72	50,3 $\pm$ 2,46	55,1 $\pm$ 2,67	53,4 $\pm$ 2,59
Інтернальність	63,9 $\pm$ 2,99	72,4 $\pm$ 2,73	74,1 $\pm$ 2,65	73,6 $\pm$ 2,81
Прагнення до домінування	43,2 $\pm$ 2,85	56,4 $\pm$ 2,73	55,8 $\pm$ 2,87	54,4 $\pm$ 2,76

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

Таблиця 4.15

Матриця t-критерію і вірогідні рівні (p) показників соціально-психологічної адаптації жінок похилого віку, які займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності*

	ЕГ1 (n=10)	ЕГ2 (n=11)	ЕГ3 (n=18)
КГ (n=15)	1 – t=2,16; p<0,05 2 – t=1,84; p>0,05 3 – t=1,60; p>0,05 4 – t=2,37; p<0,05 5 – t=2,10; p<0,05 6 – t=3,57; p<0,01	1 – t=2,90; p<0,01 2 – t=1,59; p>0,05 3 – t=2,70; p<0,05 4 – t=3,54; p<0,01 5 – t=2,55; p<0,05 6 – t=3,34; p<0,01	1 – t=2,41; p<0,05 2 – t=0,89; p>0,05 3 – t=2,65; p<0,05 4 – t=3,14; p<0,01 5 – t=2,36; p<0,05 6 – t=3,05; p<0,01
ЕГ1 (n=10)		1 – t=0,67; p>0,05 2 – t=0,22; p>0,05 3 – t=1,17; p>0,05 4 – t=1,32; p>0,05 5 – t=0,45; p>0,05 6 – t=0,15; p>0,05	1 – t=0,28; p>0,05 2 – t=0,95; p>0,05 3 – t=1,08; p>0,05 4 – t=0,87; p>0,05 5 – t=0,31; p>0,05 6 – t=0,52; p>0,05
ЕГ2 (n=11)			1 – t=0,37; p>0,05 2 – t=0,71; p>0,05 3 – t=0,13; p>0,05 4 – t=0,46; p>0,05 5 – t=0,13; p>0,05 6 – t=0,35; p>0,05

Показники: 1 – Адаптація; 2 – Самосприйняття; 3 – Прийняття інших; 4 – Емоційна комфортність; 5 – Інтернальність; 6 – Прагнення до домінування

* КГ – які не займалися руховою активністю; ЕГ1 – які займалися оздоровчим плаванням; ЕГ2 – які займалися оздоровчим туризмом; ЕГ3 – які займалися скандинавською ходьбою

Значні відмінності також отримано у жінок ЕГ3, які займалися скандинавською ходьбою та КГ на користь перших в показниках адаптації на 9,8 бала (t=2,41; p<0,05), прийнятті інших – на 10,9 бала (t=2,65; p<0,05), емоційної комфортності – на 11,8 бала (t=3,14; p<0,01), інтернальності – на 9,7 бала (t=2,36; p<0,05) та прагненні до домінування – на 11,2 бала (t=3,05; p<0,01). У показниках самосприйняття у жінок ЕГ2 та ЕГ3 виявлено вищі результати ніж у жінок КГ, але достовірність (p>0,05) не була виявлена. У ході дослідження міжгрупових показників соціально-психологічної адаптації жінок експериментальних груп достовірність (p>0,05) не була виявлена.

4.5. Розроблення та упровадження програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності для осіб похилого віку

Велика кількість досліджень [4, 209, 255] приділяється покращенню життєдіяльності та підвищенню тривалості життя населення завдяки формуванню орієнтирів на здоровий спосіб життя. Науковцями доведено [463], що регулярні заняття руховою активністю підтримують здоров'я та знижують рівень захворюваності різних вікових груп, зокрема у літніх людей. Багато європейських країн мають добре розвинені соціальні програми, що підтримують фізичну активність людей похилого віку. Це, зокрема, організацію спортивних заходів, фінансову підтримку клубів для літніх людей, а також інфраструктуру, яка сприяє активному способу життя (активні парки, пішохідні та велосипедні доріжки, достатня кількість басейнів тощо). Також освітні програми, що підвищують обізнаність літніх людей стосовно користі фізичної активності та надають інформацію про безпечні способи виконання вправ, є важливою складовою [185, 253, 471, 485].

У дослідженнях [285, 377, 449, 476] встановлено, що в пострадянських країнах (Україні, Казахстані, Киргизстані, Азербайджані, Грузії та ін.) недостатньо організовані умови та розвинута інфраструктура для забезпечення рухової активності населення, особливо людей похилого віку. Літні люди вищезазначених країн не мають звички до фізично активного способу життя та регулярних занять спортом, мають нижчу самооцінку порівняно з молодим (працездатним) поколінням, частіше відчують депресію та мають проблеми зі здоров'ям.

Дані щодо здоров'я людей похилого віку та проблем старіння населення пострадянських країн підтверджуються статистичними даними ВООЗ. Станом на 2023 рік в Україні понад 20% населення становлять люди похилого віку (старше 65 років), тоді як у Казахстані цей показник наближається до 13%, а в Киргизстані – до 9%. Згідно з офіційними статистичними даними, більшість

людей цієї вікової категорії мають хронічні захворювання серцево-судинної системи та органів дихання, які найчастіше стають причинами смертності. Водночас, ВООЗ підкреслює, що малорухливий спосіб життя є одним із ключових факторів ризику, що провокують захворюваність і передчасну смертність [122].

Для людей похилого віку важливо не лише продовжити тривалість життя, а й забезпечити його високу якість. Рухова активність є визначальним елементом у досягненні цієї мети, оскільки вона позитивно впливає на фізичний стан, покращує функціональні можливості організму та сприяє підтриманню активного способу життя [166]. У зв'язку з цим у країнах пострадянського простору, зокрема в Україні, Казахстані та Киргизстані, існує нагальна потреба у розвитку програм рухової активності, адаптованих до потреб людей похилого віку, що дозволить значно зменшити поширеність хронічних захворювань і покращити якість життя цієї категорії населення.

Варто приділити увагу популяризації рекреаційно-оздоровчої діяльності, щоб вона стала невід'ємною частиною повсякденного життя кожної людини. Залучення до такої активності сприятиме не лише покращенню фізичного та психоемоційного стану, але й формуванню культури здорового способу життя. У сучасному світі, де малорухливий спосіб життя стає нормою, важливо створювати умови та пропонувати можливості для регулярних фізичних вправ, занять спортом та інших оздоровчих заходів.

Інтеграція рекреаційно-оздоровчої діяльності в рутинні заняття людей може передбачати організацію доступних спортивних майданчиків, проведення масових спортивних заходів, а також упровадження освітніх програм, які інформуватимуть про користь рухової активності. Створення сприятливого середовища для таких ініціатив допоможе забезпечити не лише

фізичну активність, а й соціальну інтеграцію, емоційний комфорт та загальне поліпшення якості життя.

Тому такі активні форми відпочинку, як ранкова зарядка, кондиційні тренування, сімейний відпочинок вихідного дня, піші прогулянки, катання на лижах, походи в гори, плавання в басейні та інші, мають стати нормою.

Відомо, що ефективність використання засобів фізичної культури та спорту безпосередньо залежить від мотивації до занять руховою активністю. Так, встановлено, що основними аспектами мотивації літніх людей до фізичної активності різних держав є: поліпшення здоров'я, їх психологічний стан і благополуччя, соціальна взаємодія та підтримка функціональної неспроможності. Водночас доступність інфраструктури, соціальна підтримка, освіта та інформованість є головними чинниками, що впливають на мотивацію [153, 277, 471].

Дослідження іноземних науковців демонструють, що регулярна рухова активність та заняття фізичними вправами мають значний вплив на зниження ризику смертності [40, 492]. Активний спосіб життя сприяє зменшенню ключових факторів ризику, таких як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет другого типу, дисліпідемія, ішемічна хвороба серця, інсульт та різні види онкологічних захворювань. Згідно з дослідженнями, рівень смертності від усіх причин значно нижчий серед фізично активних людей у порівнянні з тими, хто веде малорухливий спосіб життя [418].

Тому метою дослідження було розробити, впровадити та виявити ефективність занять комплексної програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності на морфофункціональний та психоемоційний стан людей похилого віку Польщі та України.

4.5.1. Обґрунтування програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності для людей похилого віку. З урахуванням результатів аналізу мотивацій до занять різними видами фізкультурно-оздоровчої діяльності, визначення

найпопулярніших форм рухової активності серед осіб похилого віку та аналізу літературних джерел щодо їх впливу на організм людини, створено комплексну програму фізкультурно-оздоровчої діяльності, спеціально розроблену для людей похилого віку.

Метою програми є залучення людей похилого віку до активного способу життя завдяки використанню фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Завдання програми:

1. Підвищити ступінь обізнаності людей похилого віку щодо користі рухової активності протягом життя.
2. Залучити людей похилого віку до фізкультурно-оздоровчої діяльності.
3. Підвищити рівень активного довголіття людей похилого віку.
4. Покращити стан фізичного, психічного та соціального здоров'я людей похилого віку.

Програма тривала один рік та передбачала 197 годин: по 3 заняття на тиждень з поступовим підвищенням тривалості занять згідно з тематичним планом (табл. 4.16). Вона охоплювала теоретичну і практичну частини. Теоретичний матеріал надавався на кожному занятті щодо користі рухової активності, рухового режиму та дозування навантаження оздоровчого заняття, контролю за станом здоров'я для людей похилого віку. Практична частина охоплювала найпоширеніші види фізкультурно-оздоровчої діяльності серед цієї категорії людей (плавання, скандинавська ходьба, оздоровчий туризм, оздоровча гімнастика та адаптаційні ігри), а також загальної фізичної підготовки та походів вихідного дня. Щопонеділка проводилися заняття зі скандинавської ходьби, щосередини – оздоровчий туризм, а щосуботи – плавання (під час негоди заняття зі скандинавської ходьби та оздоровчого туризму замінювалися заняттями з оздоровчої гімнастики та адаптивних ігор). Участь у змаганнях та різних спортивно-масових заходах відбувалася поза сіткою годин.

Табл. 4.16

**Тематичний план програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності
для людей похилого віку**

Зміст діяльності	К-ть годин	Місяці											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1. Теоретичний матеріал	16	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
1.1. Користь занять руховою активністю протягом життя		x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1.2. Руховий режим людей похилого віку		x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1.3. Дозування навантаження		x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1.4. Режим правильного харчування		x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1.5. Контроль за станом здоров'я		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Практичний матеріал	181	11	14	14	14	16	18	18	18	16	18	18	18
2.1. Загальна фізична підготовка	13	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.2. Адаптаційні ігри	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.3. Скандинавська ходьба	43	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
2.4. Оздоровче плавання	43	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
2.5. Оздоровчий туризм	82	4	6	6	6	6	8	8	8	6	8	8	8
- походи вихідного дня						x				x			
ВСЬОГО	209	13	16	16	16	17	19	19	19	17	19	19	19

ЗМІСТ ПРОГРАМИ

Теоретичний матеріал

1.1. Користь занять руховою активністю протягом життя

Роль рухової активності у збереженні здоров'я літніх людей. Вплив фізичної активності на роботу серцево-судинної системи, зміцнення м'язів та суглобів,

зниження ризику хронічних захворювань та психоемоційний стан осіб похилого віку. Рекомендовані види фізкультурно-оздоровчої діяльності для літніх людей.

1.2. Руховий режим людей похилого віку

Фізіологічні особливості організму літніх людей, вплив процесів старіння на м'язову масу, суглоби, серцево-судинну та дихальну системи. Принцип формування рухового режиму для людей похилого віку.

1.3. Дозування навантаження

Структура фізкультурно-оздоровчого заняття (розминка, основна частина, заминка). Принципи дозування фізичних навантажень для літніх людей (індивідуальний підхід, принцип поступовості, регулярність фізичних навантажень). Співвідношення фізичного навантаження та відпочинку для людей похилого віку. Засоби самоконтролю.

1.4. Режим правильного харчування

Важливість поєднання фізичної активності з правильним харчуванням для людей похилого віку. Збалансованість раціону: білки, жири, вуглеводи, мікроелементи та вітаміни. Оптимальне співвідношення поживних речовин для підтримання активності та здоров'я. Дотримання водного балансу: важливість збереження гідратації при фізичних навантаженнях. Особливості харчування до та після тренувань. Поради щодо складання меню на день.

Практичний матеріал

2.1. Загальна фізична підготовка

Основне завдання загальної фізичної підготовки полягає в підтриманні та покращенні фізичного здоров'я, функціональних можливостей організму та якості життя людей похилого віку.

Загальна фізична підготовка проводиться на початку кожного заняття з використанням різних засобів, що готують організм до основної частини тренувально-оздоровчого заняття, а також сприяють покращенню фізичного стану, підтриманню здоров'я та функціональних можливостей організму.

Засоби ЗФП: ходьба та її різновиди, вправи на розвиток сили, гнучкості, рівновагу та координацію, дихальна гімнастика тощо.

2.2. Адаптаційні ігри

Основною метою адаптаційних ігор для різних груп населення є: вирішення компенсаційних і профілактичних проблем; вдосконалення освітньої, виховної та оздоровчої функцій.

Пріоритетом є навчання та набуття знань, умінь і навичок, а також розвиток усіх якостей особистості, моторики та фізичного і психічного стану. Ігри дають можливість кожному гравцеві обрати та сформулювати індивідуальний стиль гри, який відповідає його психофізичним можливостям, темпераменту та набутій техніці. Кожен індивідуальний стиль гри вимагає інтелекту гравця, виправданого наявністю техніко-тактичних навантажень, що сприяють результативній грі.

Ігри є одним із ефективних засобів фізичного виховання, оскільки вони позитивно впливають на формування рухових якостей тих, що займаються. Настільні спортивні ігри набули популярності, як вид активного відпочинку, що впливають на життєдіяльність людини шляхом активізації рекреаційних процесів. Ігри мають важливе значення для формування стійкої мотивації та потреб у здоровому та продуктивному способі життя, фізичного самовдосконалення, набуття особистого досвіду, творчого використання засобів і методів фізичної культури в повсякденному житті, досягнення заданого рівня психофізичної підготовленості до професійної діяльності.

Під час занять застосовувались такі ігри: Джаколо, Кульбуто, Корнхол, Пака Лака, Боча, Еластік та інші. Також проводились міні-турніри з використання адаптаційних ігор.

2.3. Скандинавська ходьба

Скандинавська ходьба – це вид фізичної активності, який поєднує ходьбу з використанням спеціальних палиць. Заняття скандинавською ходьбою проводяться в групах, що сприяє соціалізації, зменшенню почуття ізоляції та підвищенню мотивації до регулярних тренувань. Тривалість

заняття – від 30 до 60 хв. Навантаження під час занять регулюється завдяки інтенсивності та швидкості рухових дій. Обов'язкове дотримання поступового збільшення тривалості занять та величини навантаження.

Підготовка до заняття. Вибір правильного спорядження та зручного одягу. Навчання регулюванню оптимальної довжини пальців та правильного тримання пальців.

Розминка та заминка. Для запобігання травм необхідно напочатку кожного заняття проводити розминку з метою підготовки м'язів та суглобів до основного навантаження із використанням вправ на розтягування, нахилів тулуба та махових вправ рук і ніг. Наприкінці тренування необхідно зробити вправи на розтягування м'язів та дихальні вправи.

Методичні рекомендації щодо техніки пересування. Тіло повинно бути злегка нахилене вперед, спина пряма, плечі розслаблені, дивитися вперед, пальці повинні бути максимально близько до тулуба, тримати пальці потрібно ненапружуючи рук. Рухи рук та ніг відбуваються поперемінно, як у ходьбі з активною фазою відштовхування. Постановка ніг повинна бути на п'яту з плавним переходом на носок та рівномірним розподілом навантаженням. Пальці використовуються для відштовхування, торкаючись землі під кутом 45 градусів. Після відштовхування рука випрямляється, а палець відводиться назад. Важливо дотримуватися плавного та ритмічного темпу.

Заняття повинно проводитися під керівництвом та постійним контролем інструктора, який обізнаний зі специфікою роботи з літніми людьми. Інструктор має постійно звертати увагу на техніку ходьби і коригувати її в разі потреби, оскільки правильна техніка знижує ризик травм і підвищує ефективність занять. Темп і тривалість ходьби потрібно адаптувати до кожного учасника. У разі швидкого втомлення когось з учасників, потрібно давати додаткові паузи або знижувати навантаження. Важливо враховувати погодні умови – в дощ чи сильний вітер, рекомендовано замінювати заняття іншими вправами у приміщенні (оздоровча гімнастика,

адаптивні спортивні ігри тощо). У спеку обов'язково мати при собі воду і вживати заходів проти перегріву.

Під час заняття інструктор повинен регулярно перевіряти стан учасників, контролювати їх пульс і загальне самопочуття. Темп ходьби має бути комфортним.

2.4. Оздоровче плавання

Заняття з оздоровчого плавання для людей похилого віку спрямовані на підтримку загального здоров'я, поліпшення фізичної форми та підвищення якості життя через низькоінтенсивну, але ефективну фізичну активність. Оздоровче плавання дозволяє тренувати різні групи м'язів без надмірного навантаження на суглоби і серцево-судинну систему. Тривалість заняття – 30-45 хв з поступовим збільшенням часу.

Підготовка до заняття. Плавання краще проводити в басейні з комфортною температурою води (близько 27–30°C), щоб уникнути зайвого охолодження або перегріву. Наявність відповідного одягу (купальний костюм, шапочка) та спорядження (окуляри, дошки, нудли тощо).

Розминка та заминка. Перед заняттям важливо провести розминку на суші для розігріву м'язів і підготовки суглобів до роботи у воді з використанням махових рухів руками та ногами, нахилів і поворотів тулуба, а також дихальних вправ. Після завершення заняття корисно виконати легкі розтягувальні вправи у воді для м'язів і суглобів.

Методичні рекомендації. Перед початком занять всі учасники повинні пройти медичний огляд, щоб переконатися, що немає протипоказань для плавання. Особливу увагу варто звернути на серцево-судинну, дихальну системи та суглоби. Кожен учасник має різний рівень фізичної підготовки, тому важливо адаптувати навантаження і вправи до індивідуальних можливостей кожного. Інструктор з плавання має бути обізнаним про особливості вікових змін та специфіку роботи з літніми людьми, володіти базовими знаннями медичної допомоги.

Основна частина заняття повинна містити вправи у воді з низькою інтенсивністю:

- виконання дихальних вправ у воді для поліпшення роботи дихальної системи та насичення організму киснем;
- лежачи на спині, триматися за бортик басейну або використовувати плавальну дошку для тренування ніг;
- використання спеціальних нудлів або плавальних дошок для тренування рук;
- виконання вправ з низькою інтенсивністю, які включають махи руками і ногами, рухи тулубом у воді;
- рекомендовано такі стилі плавання, як кроль на спині або брас, що не створюють сильного навантаження на серцево-судинну систему та суглоби.

Обов'язкове контролювання інструктором інтенсивності занять, плавності виконання дій та правильного дихання під час плавання. Групові заняття з плавання допоможуть літнім людям підтримувати соціальні контакти, що позитивно вплине на їх психоемоційний стан.

Рекомендовано проводити періодичний аналіз фізичного стану учасників (вимірювання пульсу, рівня втоми, самопочуття) для корекції навантажень та вправ.

2.5. Оздоровчий туризм

Оздоровчий туризм – це відмінна форма активності, що поєднує фізичні вправи, соціалізацію та відпочинок на природі, сприяючи покращенню фізичного й емоційного стану. Тривалість заняття – 80–120 хв з поступовим збільшенням часу та поступовим підвищенням навантаження.

Підготовка до заняття.

До початку занять оздоровчим туризмом літні люди повинні пройти медичний огляд для оцінки стану здоров'я (стан серцево-судинної та дихальної систем). Для літніх людей потрібно обирати маршрути зі зручним рельєфом, без великих підйомів та спусків, із помірними дистанціями. Важливо, щоб доріжки були безпечними і мали мінімальний ризик травм.

Учасники повинні мати зручне спортивне взуття з гарною амортизацією, відповідний сезонний одяг, рюкзак та, за потреби, палиці для ходьби (як у скандинавській ходьбі).

Розминка та заминка. Перед початком основної частини заняття необхідно підготувати скелетно-м'язовий апарат до навантажень через кругові та махові рухи рук та ніг, нахилів тулуба, ходьби на місці та вправ на розтягування основних груп м'язів. Після активної частини заняття важливо виконати заминку: повільну ходьбу протягом кількох хв для поступового зниження пульсу та вправи на розтягування.

Методичні рекомендації. Починати туристські прогулянки потрібно із повільного темпу, поступово збільшуючи його, залежно від рівня підготовленості учасників. Важливо тримати рівний темп, без різких прискорень або уповільнень. Темп обирається з урахуванням загальної фізичної форми групи, тому важливим є підбір групи за рівнем підготовленості. На маршруті важливо робити регулярні зупинки кожні 15-20 хв, під час яких можна розтягнути м'язи, випити води та поспілкуватися. Плануючи маршрут, інструктор повинен враховувати наявність місць для зупинок, тіні та безпечних доріжок. Під час походу важливо уникати нерівних, кам'янистих чи занадто складних ділянок, які можуть становити небезпеку для літніх людей.

Інструктор повинен регулярно перевіряти стан здоров'я учасників і при перших ознаках перевтоми, головного болю чи інших симптомів зробити паузу або завершити заняття. Також інструктор повинен періодично спостерігати за покращенням витривалості, самопочуття, емоційного стану тих, що займаються.

Походи вихідного дня. Організація дводенних походів для людей похилого віку має свої особливості, що враховують фізичні можливості, безпеку та комфорт учасників. Головна мета таких походів – оздоровлення, отримання задоволення від природи та соціалізації, а також стимулювання активного способу життя в літньому віці. Підготовка до походів вихідного дня

відбувається на щотижневих заняттях з оздоровчого туризму, а самі походи проводяться у вихідні дні, замість занять з оздоровчого туризму. Найбільш сприятливий період для походів з людьми похилого віку – це весна та рання осінь, коли погодні умови є оптимальними для комфортних фізичних навантажень. У цей час температура помірна, що сприяє безпечному та приємному проведенню часу на природі.

Підготовка до походу.

Перед походом усі учасники повинні пройти медичний огляд, особливо для перевірки стану серцево-судинної, опорно-рухової та дихальної систем. Дводенні походи можна проводити тільки для літніх людей із гарною фізичною підготовкою. Для початківців рекомендується починати з одноденних подорожей, щоб поступово збільшувати навантаження.

Під час підготовки до походу потрібно детально вивчити рельєф місцевості. Маршрут повинен бути адаптований для людей похилого віку, прокладаючи нитку маршруту по рівнинному рельєфу або з мінімальними підйомами та спусками. Обов'язково передбачити зупинки в місцях, де є можливість відпочити в комфортних умовах (столи, лавочки, природні укриття або зони відпочинку).

Літні люди повинні мати легкі рюкзаки з мінімальним навантаженням. Необхідно правильно розподілити вантаж між учасниками та керівниками походу, щоб не перевантажувати людей похилого віку. Учасники повинні мати зручне спортивне взуття з гарною амортизацією, одяг для різних погодних умов (дошовики, куртки), головні убори для захисту від сонця тощо. Рекомендовано під час походів використовувати трекінгові палиці, які допоможуть знизити навантаження на суглоби й забезпечити рівновагу.

Розминка та заминка. Перед виходом на маршрут, як у перший, так і в другий день, обов'язково потрібно проводити розминку. Також під час зупинок та наприкінці ходового дня рекомендовано виконувати легкі вправи для розтягування м'язів і зняття напруги.

Методичні рекомендації. Максимальна протяжність маршруту у дводенному поході для людей похилого віку залежить від їхнього фізичного стану, рівня підготовленості, рельєфу місцевості та умов походу. Загалом, рекомендована протяжність для літніх людей становить від 10 до 15 км за два дні, тобто приблизно 5–8 км на день.

Раціон харчування повинен бути легким, збалансованим і поживним. Для літніх людей рекомендується брати з собою продукти, які легко засвоюються, але дають достатньо енергії: фрукти, овочі, горіхи, каші. Бажано організовувати приготування гарячих страв й слід організовувати легкі перекуси. Обов'язково потрібно забезпечити учасників походу достатньою кількістю води.

Протягом усього походу інструктор повинен уважно спостерігати за самопочуттям учасників. Учасники повинні знати основи надання першої допомоги. Інструктор має мати з собою аптечку з необхідними медикаментами й засобами першої допомоги.

Після завершення походу важливо обговорити з учасниками їхні враження, самопочуття та можливі труднощі. Оцінка ефективності походу повинна передбачати аналіз морфофункціонального стану, а також емоційний і соціальний стан учасників.

4.5.2. Упровадження програми з фізкультурно-оздоровчої діяльності для людей похилого віку. У ході дослідження було проведено вимірювання морфофункціональних показників осіб похилого віку з Польщі та України, що займалися за розробленою програмою з використанням різних видів рухової активності, а саме: плавання, скандинавська ходьба, оздоровчий туризм.

Встановлено, що індекс маси тіла зменшився, як у жінок, так і у чоловіків з обох країн, серед яких проводилося дослідження (табл. 4.17, 4.18).

Таблиця 4.17

Вплив занять за комплексною програмою з використанням різних видів рухової активності на морфофункціональний стан жінок похилого віку з Польщі та України ($n_1 = n_2 = 30$)

Показники	Країни	Початок дослідження	Кінець дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Індекс маси тіла, кг/м ²	Польща ($n_1=n_2=30$)	22,1±1,42	18,2±1,36	1,98	>0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	26,9±1,92	19,7±1,84	2,71	<0,05
		t=2,01; p<0,05	t=0,66; p>0,05		
Індекс функціональних змін, у. о.	Польща ($n_1=n_2=30$)	2,92±0,14	2,45±0,13	2,46	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	3,07±0,17	2,52±0,15	2,43	<0,05
		t=0,68; p>0,05	t=0,06; p>0,05		
Індекс Робінсона, у. о.	Польща ($n_1=n_2=30$)	91,4±2,23	85,5±2,13	1,91	>0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	104,7±4,05	90,1±3,91	2,59	<0,05
		t=2,85; p<0,01	t=1,03; p>0,05		
Проба Скібінського, у.о.	Польща ($n_1=n_2=30$)	35,7±6,32	56,3±7,69	2,07	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	25,3±2,49	36,7±3,14	2,85	<0,01
		t=1,53; p>0,05	t=2,36; p<0,05		
Проба Руфф'є, у.о.	Польща ($n_1=n_2=30$)	9,2±1,14	5,9±1,02	2,16	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	13,1±2,03	7,2±1,36	2,42	<0,05
		t=1,68; p>0,05	t=0,76; p>0,05		

Таблиця 4.18

Вплив занять за комплексною програмою з використанням різних видів рухової активності на морфофункціональний стан чоловіків похилого віку з Польщі та України ($n_1 = n_2 = 30$)

Показники	Країни	Початок дослідження	Кінець дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Індекс маси тіла, кг/м ²	Польща ($n_1=n_2=30$)	23,5±1,54	18,9±1,31	2,28	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	26,1±1,68	19,3±1,61	2,92	<0,01
		t=1,14; p>0,05	t=0,19; p>0,05		

Продовж. табл. 4.18

Індекс функціональних змін, у. о.	Польща (n ₁ =n ₂ =30)	2,85±0,13	2,52±0,12	1,87	>0,05
	Україна (n ₁ =n ₂ =30)	2,93±0,16	2,49±0,15	2,01	>0,05
		t=0,39; p>0,05	t=0,16; p>0,05		
Індекс Робінсона, у. о.	Польща (n ₁ =n ₂ =30)	90,8±3,07	81,2±2,34	2,49	<0,05
	Україна (n ₁ =n ₂ =30)	97,8±3,46	84,1±2,92	3,03	<0,01
		t=1,51; p>0,05	t=0,78; p>0,05		
Проба Скібінського, у. о.	Польща (n ₁ =n ₂ =30)	37,2±5,86	54,9±6,47	2,03	>0,05
	Україна (n ₁ =n ₂ =30)	27,8±3,24	40,9±3,57	2,72	<0,05
		t=1,40; p>0,05	t=1,89; p>0,05		
Проба Руфф'є, у. о.	Польща (n ₁ =n ₂ =30)	8,4±1,08	5,8±0,95	1,81	>0,05
	Україна (n ₁ =n ₂ =30)	10,7±1,38	6,30±1,06	2,53	<0,05
		t=1,31; p>0,05	t=0,35; p>0,05		

За індексом функціональних змін встановлено, що під впливом занять за комплексною програмою з використанням різних видів рухової активності літні жінки мали достовірні ($p<0,05$) поліпшення на відміну від чоловіків ($p>0,05$). Водночас, наприкінці дослідження майже усі, хто брав участь у дослідженні, мали задовільний рівень адаптації, що свідчить про позитивний вплив занять регулярною руховою активністю.

У всіх учасників на початку дослідження встановлено показники індексу Робінсона в межах 90,8-105,8 у. о., що свідчить про низький рівень роботи серцево-судинної системи людей похилого віку з Польщі та України.

Завдяки регулярним заняттям руховою активністю помітні позитивні зрушення в роботі серцево-судинної системи. Так, у літніх жінок з Польщі показник індексу Робінсона покращився на 5,9 у. о. ($t=1,91$; $p>0,05$), з України – на 14,6 у. о. ($t=2,59$; $p<0,05$). Показники індексу Робінсона у літніх чоловіків наприкінці дослідження мали достовірно ($p<0,05-0,01$) позитивні зрушення.

На початку дослідження встановлено задовільний рівень показників

проби Скібінського в учасників дослідження з України. За час дослідження стан кардіореспіраторної системи покращився, що підтверджено результатами проби Скібінського ($p < 0,05-0,01$). Так, у жінок з Польщі він покращився на 20,6 у. о. ($t=2,07$; $p < 0,05$), з України – на 11,4 у. о. ($t=2,85$; $p < 0,01$); у чоловіків на 17,7 у. о. ($t=2,3$; $p > 0,05$) та 13,1 у. о. ($t=2,72$; $p < 0,05$) відповідно.

У більшості учасників на початку дослідження отримано нижче за середній рівень за пробою Руфф'є. У людей похилого віку завдяки регулярним заняттям руховою активністю покращився рівень до середнього. Так, у жінок з Польщі він покращився на 3,3 у. о. ($t=2,16$; $p < 0,05$), з України – на 5,9 у. о. ($t=2,42$; $p < 0,05$); у чоловіків на 2,6 у. о. ($t=1,18$; $p > 0,05$) та 4,4 у. о. ($t=2,53$; $p < 0,05$) відповідно.

Фізична активність протягом року занять дозволила підвищити показники самопочуття, активності та настрою, що покращилися в різній мірі ($p < 0,05-0,001$) у людей похилого віку (табл. 4.19, 4.20).

Таблиця 4.19

Вплив занять за комплексною програмою з використанням різних видів рухової активності на показники самопочуття, активності та настрою жінок похилого віку з Польщі та України (за методикою САН), бали ($n_1 = n_2 = 30$)

Показники	Країни	Початок дослідження	Кінець дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Самопочуття	Польща ($n_1=n_2=30$)	49,3±4,87	62,8±3,41	2,27	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	34,5±6,32	61,6±2,73	3,94	<0,001
		$t=1,85$; $p > 0,05$	$t=0,27$; $p > 0,05$		
Активність	Польща ($n_1=n_2=30$)	42,6±7,25	63,9±4,65	2,47	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	28,1±5,93	62,1±3,72	4,86	<0,001
		$t=1,55$; $p > 0,05$	$t=0,30$; $p > 0,05$		

Продовж. табл. 4.19

Настрій	Польща ($n_1=n_2=30$)	45,7±5,62	61,2±4,15	2,22	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	34,2±6,24	59,6±3,63	3,52	<0,01
		$t=1,37; p>0,05$	$t=0,29; p>0,05$		

Таблиця 4.20

Вплив занять за комплексною програмою з використанням різних видів рухової активності на показники самопочуття, активності та настрою чоловіків похилого віку з Польщі та України (за методикою САН), бали ($n_1= n_2=30$)

Показники	Країни	Початок дослідження	Кінець дослідження	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Самопочуття	Польща ($n_1=n_2=30$)	41,4±6,20	59,6±3,78	2,51	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	29,1±5,83	57,5±3,91	4,05	<0,001
		$t=1,45; p>0,05$	$t=0,39; p>0,05$		
Активність	Польща ($n_1=n_2=30$)	41,3±6,48	62,4±3,75	2,82	<0,01
	Україна ($n_1=n_2=30$)	30,2±6,24	55,7±2,46	3,80	<0,001
		$t=1,23; p>0,05$	$t=1,49; p>0,05$		
Настрій	Польща ($n_1=n_2=30$)	48,7±6,11	62,9±2,43	2,16	<0,05
	Україна ($n_1=n_2=30$)	34,1±5,32	61,6±3,67	4,25	<0,001
		$t=1,80; p>0,05$	$t=0,30; p>0,05$		

Так, у жінок з України більш значні зрушення мали показники активності ($t=4,86; p<0,001$) та самопочуття ($t=3,94; p<0,001$). У чоловіків з України рівень психоемоційного стану значно покращився за всіма показниками: самопочуття – на 28,4 бала ($t=4,05; p<0,001$), активності – на 25,5 бала ($t=3,80; p<0,001$) та настрою – на 27,5 бала ($t=4,25; p<0,001$).

У показниках психоемоційного стану жінок та чоловіків з Польщі також встановлено достовірні відмінності ($p<0,05$), але в меншій ступені, що свідчить про більш раннє залучення поляків до рухової активності протягом

життя.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я визнано, що недостатня фізична активність є серйозною проблемою здоров'я населення, зокрема й людей похилого віку. У дослідженні [465] зазначено, що здорове старіння - це здатність зберігати незалежність, цілеспрямованість, життєздатність і якість життя до похилого віку, незважаючи на захворювання, нещасні випадки та некорисні соціальні детермінанти здоров'я. Вправи або фізична активність є важливим компонентом здорового старіння, що дозволяє запобігати або пом'якшити наслідки старіння. Більшість людей похилого віку, на жаль, не дотримуються рекомендацій щодо регулярності фізичної активності, у зв'язку з чим виникають проблеми у здоров'ї, що відображено у роботах [150].

Таким чином, регулярна фізична активність є одним із найважливіших компонентів здорового старіння. Це запобігає або допомагає впоратися з болем, обмеженням рухливості, загальної слабкості, когнітивними порушеннями та багато інших недуг [418, 463].

Окрім досліджень щодо збереження і зміцнення здоров'я літніх людей, підвищення адаптаційних можливостей їх організму, зниження хронічних захворювань, приділяється увага вивченню впливу фізичних вправ та рухової активності на морфофункціональний та психоемоційний стан людей похилого віку.

За час річних занять найбільші зрушення ($p < 0,05-0,01$) отримано у жінок з України – в пробах Скібінського та Руфф'є. У чоловіків з України визначено найбільш значуще ($p < 0,05-0,01$) підвищення результатів в індексах Робінсона та маси тіла й пробі Скібінського. В показниках самопочуття, активності та настрою найбільші зрушення ($p < 0,01-0,001$) отримано у жінок та чоловіків з України ніж з Польщі [444].

На початку дослідження отримано низькі показники самопочуття, активності та настрою жінок і чоловіків з України, що може бути пов'язано з тривалим військовим станом у країні, а значні поліпшення наприкінці дослідження свідчать про позитивний вплив регулярних занять руховою

активність на психоемоційний стан та соціальну адаптацію літніх людей.

Низкою авторів [399, 493] вже вивчався вплив рухової активності на психічний стан різних груп населення. Виявлено, що фізичні вправи також впливають на зниження симптомів депресії та тривоги літніх людей. Зведені дослідження в усьому світі показали, що фізичні вправи є більш ефективними, ніж контрольна група, і є ефективним засобом від депресії. Фізичні вправи також допомагають при різних психоемоційних розладах, пов'язаних з різними життєвими негараздами. Поліпшення психоемоційного стану під впливом рухової активності людей похилого віку висвітлені в інших дослідженнях [255].

Можна стверджувати про те, що отримані результати дослідження підтверджують наявні літературні дані щодо поліпшення симптомів депресії та загального настрою у людей різного віку завдяки регулярній руховій активності. Аналогічні результати отримано у дослідженнях [32, 368].

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що заняття за комплексною програмою з використанням різних засобів рухової активності (скандинавська ходьба, оздоровчий туризм, плавання) позитивно впливають на морфофункціональні показники жінок і чоловіків похилого віку з Польщі та України. Також регулярні заняття руховою активністю дозволили підвищити показники самопочуття, активності та настрою в учасників дослідження.

Отримані результати свідчать про ефективність використання комплексної програми рухової активності серед жінок та чоловіків похилого віку з Польщі та України. Формування програми та застосування різних засобів рухової активності залежало від різних факторів (матеріально-технічної бази, мотивації людей похилого віку до занять руховими видами активності тощо). Незначні зміни за рік занять за розробленою програмою в показниках морфофункціонального та психоемоційного стану літніх людей з Польщі свідчать про те, що в країні Європейського Союзу більшою мірою популяризується здоровий спосіб життя та створюються умови для регулярних занять руховою активністю населення, зокрема і людей похилого віку.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

1. Рівень обізнаності про користь фізичної активності серед людей зрілого й похилого віку значно відрізняється між Польщею та Україною. У Польщі інформованість населення підтримується завдяки розвиненій інфраструктурі, державним програмам і систематичним кампаніям. В Україні ключовими бар'єрами залишаються обмежений доступ до спортивних об'єктів, низький рівень інформування та фінансові труднощі. Попри це, інтерес до фізичної активності зростає завдяки локальним ініціативам. Стан інформованості впливає на частоту участі у фізкультурно-оздоровчій діяльності, що підтверджує потребу в системному розвитку просвітницьких програм.

2. Мотивація людей зрілого й похилого віку до участі в оздоровчій активності залежить від віку, соціального середовища та доступності ресурсів. У Польщі сформоване інституційне середовище сприяє регулярним заняттям, особливо у вигляді скандинавської ходьби, плавання та велопрогулянок. В Україні, за обмеженої інфраструктури, мотивацію підтримують доступні форми, зокрема туризм і біг. У старшому віці фізична активність здебільшого орієнтована на підтримку незалежності, психоемоційної рівноваги та соціальних контактів. Виявлена залежність між зовнішніми умовами та готовністю до регулярних занять вимагає створення цільових умов для підтримки активного довголіття.

3. Мобільні додатки як інструмент мотивації до фізичної активності довели свою ефективність серед людей зрілого віку. Їх здатність адаптуватися до індивідуальних можливостей користувачів, забезпечувати візуалізацію прогресу та додаткову мотивацію через гейміфікацію, сприяє підвищенню регулярності занять. Додатки допомагають долати бар'єри, пов'язані з недостатністю часу, ресурсів або професійного супроводу. Результати

дослідження свідчать про їх позитивний вплив на фізичну форму, емоційний стан та соціальну залученість користувачів.

4. Оздоровче плавання, скандинавська ходьба та туризм позитивно впливають на фізичне, функціональне й емоційне здоров'я людей похилого віку. Кожен із цих видів діяльності продемонстрував поліпшення ключових показників: плавання – у зниженні маси тіла, ходьба – у підвищенні функціональних резервів, а туризм – у загальному фізичному самопочутті. Спільною рисою всіх видів є їхній позитивний соціальний вплив, що виявляється у підвищенні настрою та зниженні рівня стресу. Результати підтверджують доцільність використання таких активностей у програмі підтримки якості життя літніх людей.

5. Розроблена програма фізкультурно-оздоровчої діяльності для осіб похилого віку базувалася на індивідуалізації навантажень з урахуванням фізичних можливостей і стану здоров'я. Поєднання фізичних вправ, освітніх блоків та соціальної взаємодії забезпечило комплексний оздоровчий ефект. Учасники програми продемонстрували поліпшення функціональних показників, зниження рівня стресу та стабілізацію емоційного фону. Груповий формат занять сприяв формуванню сталої мотивації. Успішне упровадження програми підтверджує її практичну ефективність і актуальність для розширення в громадському, медико-соціальному та освітньому контекстах.

Результати за розділом подано в наукових працях: [150, 151, 153, 368, 438, 444].

РОЗДІЛ 5

ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ ПРОЄКТНОЇ

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ

СИСТЕМИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП

НАСЕЛЕННЯ

У сучасних умовах суспільство стикається з численними викликами, що негативно впливають на рівень здоров'я населення. Поширення малорухливого способу життя, зростання рівня хронічних неінфекційних захворювань, високий рівень стресу та психоемоційного навантаження, екологічні ризики й недостатня обізнаність про здоров'язбережувальні практики – всі ці чинники суттєво знижують якість життя людей та потребують негайного вирішення.

Незважаючи на активне поширення інформації про важливість фізичної активності, здорового харчування та профілактики захворювань, існує розрив між теоретичним розумінням проблеми та її практичною реалізацією. Нестача доступних і ефективних програм, розрахованих на різні соціальні та вікові групи, низька мотивація до занять фізичною активністю, а також недостатня інтеграція здоров'язбережувальних ініціатив у систему освіти та соціального розвитку населення залишаються серйозними бар'єрами на шляху до формування культури здорового способу життя.

Крім того, спостерігається фрагментарність існуючих заходів, що спрямовані на поліпшення здоров'я населення: окремі ініціативи не мають комплексного характеру, відсутня єдина стратегія щодо об'єднання освітніх, медичних, технологічних та соціальних ресурсів для досягнення сталого результату. Значна частина програм орієнтована на певні вікові або соціальні категорії, що обмежує їхній вплив на загальну тенденцію до зниження рівня фізичної активності та зростання захворюваності.

Представлений на рис. 5.1 комплексний підхід до збереження, підтримки та поліпшення здоров'я населення розкриває цілісну модель, яка поєднує ключові концептуальні блоки – основоположні принципи, сфери діяльності, механізми упровадження, засоби реалізації та очікувані результати. Такий підхід дає змогу забезпечити системне і водночас гнучке управління процесами здоров'язбереження в умовах динамічного суспільного розвитку, зростання хронічної захворюваності та посилення психоемоційних навантажень.

Базові принципи концепції охоплюють п'ять взаємопов'язаних напрямів, які виокреслюють основу для формування політики у сфері охорони громадського здоров'я.

Формування культури здоров'я розглядається як довготривалий процес трансформації суспільної свідомості, що охоплює розвиток знань, умінь та установок, які стимулюють відповідальне ставлення до власного здоров'я. Особливого значення набуває інтеграція здоров'язбережувальної тематики в освітні програми, масову інформаційну діяльність та побутову культуру.

Регулярна фізична активність позиціонується не лише як фактор первинної профілактики неінфекційних захворювань, а й як засіб підвищення адаптаційних можливостей організму, формування соціальних зв'язків та психоемоційного відновлення. Важливим є забезпечення доступу до спортивної інфраструктури, стимулювання фізичної активності серед різних вікових і соціальних груп, а також упровадження цифрових рішень для самоконтролю (фітнес-трекери, мобільні застосунки тощо).

Профілактика захворювань як складова медичної та соціальної політики передбачає систематичне упровадження превентивних програм: вакцинацію, скринінг, ранню діагностику й контроль ризиків. Наукові дані свідчать, що ефективна профілактика має значно більший вплив на зниження тягаря хвороб, ніж лікувальні заходи.

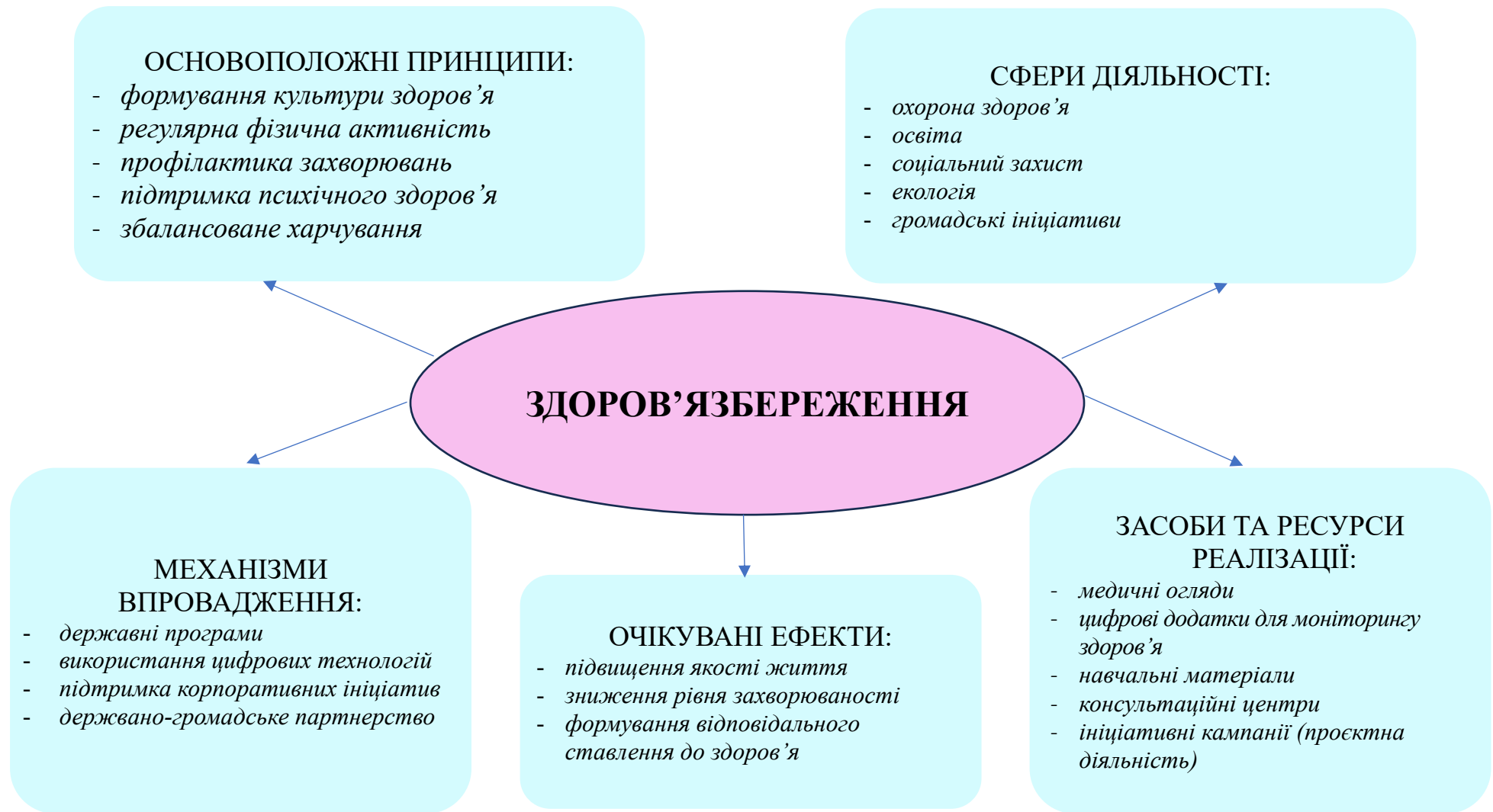


Рис. 5.1. Комплексний підхід до реалізації здоров'язбереження

Підтримка психічного здоров'я набуває дедалі більшої актуальності в умовах урбанізації, інформаційного перевантаження та зниження соціального контакту. Інтеграція послуг психологічної підтримки в систему охорони здоров'я, розвиток програм емоційної саморегуляції, просвіта щодо психічного благополуччя є критично важливими завданнями концепції.

Збалансоване харчування розглядається як основа метаболічного здоров'я. Окрім поширення знань про принципи здорового харчування, необхідно створити умови доступу до якісних продуктів, особливо в сільських і депресивних регіонах, з урахуванням економічної доступності та місцевої специфіки.

Реалізація здоров'язбережувальної політики передбачає міжсекторальну взаємодію. Визначено п'ять пріоритетних сфер:

- *охорона здоров'я* забезпечує медичну та профілактичну складову, координує діяльність у межах державних програм, здійснює контроль за дотриманням стандартів якості медичних послуг;
- *освіта* формує знання, навички та установки щодо здорового способу життя з раннього дитинства, інтегруючи здоров'язбережувальну тематику у зміст формальної та неформальної освіти;
- *соціальний захист* забезпечує інклюзивність політики, охоплення вразливих груп населення (людей з інвалідністю, осіб літнього віку, внутрішньо переміщених осіб), сприяє рівному доступу до ресурсів;
- *екологія* відіграє роль регулятора зовнішніх факторів впливу на здоров'я, у межах концепції передбачено упровадження заходів щодо моніторингу якості повітря, води, ґрунту, мінімізації ризиків техногенного та побутового походження;
- *громадські ініціативи* виступають каналом комунікації між державою та населенням, активізують волонтерський ресурс, просувають локальні програми здоров'я й залучають до процесу формування політики «знизу».

Ефективне функціонування здоров'язбережувальної політики потребує не лише наявності стратегічних цілей, а й дієвих інструментів їх реалізації. Саме тому визначення механізмів упровадження є критично важливим етапом формування системи охорони здоров'я нового типу — інтегрованої, адаптивної, орієнтованої на профілактику і міжсекторальну співпрацю. Механізми мають забезпечити стійкість, гнучкість і здатність до реагування в умовах динамічного соціального середовища.

Національні та регіональні програми збереження і зміцнення здоров'я є базовою платформою для реалізації системних змін. Їх створення та упровадження дозволяє сформулювати нормативно-правову основу, визначити цільові групи, забезпечити фінансування, а також розробити систему моніторингу й оцінки ефективності. Державні програми спрямовані на розвиток профілактичної медицини, підтримку здоров'я дітей, молоді, осіб похилого віку та інших вразливих груп населення, а також забезпечують розширення доступу до медичних і соціальних послуг.

Цифровізація є одним із найпотужніших каталізаторів трансформації системи охорони здоров'я. Використання мобільних додатків, телемедичних платформ, електронних медичних карток, засобів дистанційного моніторингу дозволяє підвищити оперативність, персоналізацію та охоплення профілактичних і лікувальних послуг. В умовах обмежених ресурсів і географічної віддаленості (наприклад, у сільських територіях) цифрові технології забезпечують рівний доступ до знань і послуг, підвищуючи ефективність інтервенцій.

Залучення бізнесу до реалізації політики здоров'язбереження відбувається через механізми корпоративної соціальної відповідальності. Компанії можуть впроваджувати програми для працівників (вакцинації, медогляди, фізична активність), підтримувати громадські ініціативи, брати участь у фінансуванні локальних проєктів. Економічні стимули, зокрема податкові пільги або публічне визнання соціально відповідального бізнесу, є важливими факторами підвищення їх мотивації.

Важливою умовою ефективності реалізації концепції є побудова відкритої системи взаємодії між державними структурами, громадськими організаціями, науковими установами, професійними спільнотами та місцевими громадами. Таке партнерство дозволяє залучати додаткові ресурси, враховувати інтереси і потреби різних соціальних груп, забезпечувати прозорість рішень і підвищувати рівень довіри до заходів, що впроваджуються.

Загалом, поєднання цих механізмів створює підґрунтя для стійкої реалізації політики здоров'язбереження як на макро-, так і на мікрорівнях, забезпечуючи системний підхід до реформування медико-соціального простору.

Для забезпечення практичного втілення цілей і завдань концепції необхідно сформувати набір ефективних, доступних і багатофункціональних засобів реалізації. Ці засоби є інструментальним вираженням політичної волі, наукових напрацювань, суспільного запиту і технологічного прогресу. Їх упровадження сприяє безперервності профілактичної роботи, формуванню навичок самодопомоги, активізації особистої відповідальності за стан здоров'я.

Систематичне проведення профілактичних медичних оглядів дає змогу виявляти відхилення у стані здоров'я на ранніх стадіях, своєчасно реагувати на потенційні ризики, знижувати імовірність ускладнень. Важливо, щоб огляди охоплювали всі вікові групи, проводилися з дотриманням сучасних стандартів доказової медицини та супроводжувалися індивідуальними рекомендаціями щодо способу життя.

Розвиток e-health сервісів сприяє персоналізації профілактики. Мобільні додатки дозволяють користувачам відстежувати показники (тиск, сон, пульс, рівень активності), формують індивідуальні програми оздоровлення, надсилають нагадування та рекомендації. У перспективі їх інтеграція з електронною системою охорони здоров'я забезпечить безперервність спостереження та підвищення медичної грамотності населення.

Доступ до достовірної, верифікованої та адаптованої інформації є основою формування мотиваційно-ціннісного ставлення до здоров'я. Це

можуть бути як традиційні друковані посібники, так і інтерактивні онлайн-платформи, відеокурси, віртуальні тренажери. Особливо ефективними є матеріали, які враховують вікові, гендерні та культурні особливості цільових груп.

Функціонування багатопрофільних центрів підтримки здоров'я дозволяє забезпечити індивідуальну медико-психологічну допомогу, профілактичне консультування, інформаційний супровід. Центри можуть діяти на базі медичних установ, освітніх закладів або в рамках громадських ініціатив. Їх роль особливо важлива для роботи з уразливими категоріями населення.

Широкомасштабні комунікаційні заходи сприяють зміні соціальних норм, створюють сприятливий інформаційний фон для запровадження здорових практик. Кампанії можуть включати телерадіопередачі, соціальну рекламу, тематичні флешмоби, онлайн-марафони, публічні лекції. Ефективність зростає при поєднанні емоційного впливу з достовірною інформацією та заклик до дії.

У сукупності зазначені засоби є каналами передачі змісту концепції до цільових груп населення, посилюють її практичну реалізацію, сприяють інституціалізації здоров'язбереження як суспільної цінності.

Реалізація комплексного підходу до здоров'язбереження, представлена в концептуальній моделі, передбачає досягнення низки соціально значущих, медико-біологічних та економічних результатів. Очікувані результати мають як короткостроковий, так і довготривалий характер, охоплюючи індивідуальний, груповий та суспільний рівні впливу. Їх доцільно розглядати у міждисциплінарному вимірі – через призму охорони здоров'я, освіти, соціальної політики, економіки та сталого розвитку.

Одним із базових критеріїв ефективності упровадження концепції є поліпшення якісних характеристик життя населення. Це передбачає зменшення частоти хронічних захворювань, поліпшення самопочуття, підвищення рівня енергійності, працездатності та життєвої задоволеності. Завдяки акценту на профілактичних заходах, формуванні культури здоров'я й

підтримці психоемоційного стану, забезпечується створення умов для повноцінного функціонування людини у соціумі. Підвищення якості життя розглядається не лише як медичний, а й як соціально-психологічний і культурний результат.

Упровадження профілактичних практик, регулярних медичних оглядів, цифрового моніторингу стану здоров'я, активного поширення знань про збалансоване харчування та фізичну активність сприятиме зменшенню частоти захворюваності, зокрема серцево-судинної, ендокринної, онкологічної й психосоматичної патології. Це особливо актуально в контексті боротьби з неінфекційними хворобами, які є провідною причиною втрати працездатності та передчасної смертності у світі. Статистично значуще зниження кількості нових випадків хвороб, а також загострень хронічних станів є прогнозованим ефектом реалізації концепції.

Через системну просвіту, активізацію громадської участі та розвиток інфраструктури для підтримки здорового способу життя формується середовище, в якому домінують поведінкові моделі відповідального ставлення до здоров'я. Це передбачає зростання рівня самодисципліни, самоконтролю, ініціативності та свідомого вибору на користь здоров'я – від відмови від шкідливих звичок до упровадження регулярної фізичної активності, раціонального харчування й психогігієнічної грамотності. Високий рівень відповідальності за власне здоров'я вважається основою для зниження тиску на систему охорони здоров'я.

Здоров'я населення тісно пов'язане із соціальними процесами. Реалізація концепції передбачає активне залучення громадських організацій, місцевих ініціатив, волонтерських об'єднань, що створює підґрунтя для соціального партнерства та колективної відповідальності. Участь у спільних заходах зі зміцнення здоров'я сприяє розвитку горизонтальних зв'язків, зростанню довіри між громадянами, державою та інституціями, що позитивно впливає на соціальну згуртованість.

Зменшення захворюваності, особливо на хронічні недуги, дозволяє скоротити державні та індивідуальні витрати на діагностику, лікування та реабілітацію. Зростає ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я, зменшується навантаження на медичні заклади, підвищується рентабельність профілактичних програм. Водночас поліпшення фізичного та психоемоційного стану населення безпосередньо впливає на рівень продуктивності праці, знижує рівень тимчасової непрацездатності, сприяє збереженню трудового потенціалу, що має позитивні макроекономічні наслідки.

Одним із важливих ефектів реалізації концепції є зміцнення координаційних механізмів між секторами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, екології та громадянського суспільства. Встановлення партнерських відносин, узгодження пріоритетів і обмін ресурсами сприяють підвищенню ефективності управління в галузі громадського здоров'я.

Комплексна реалізація здоров'язбережувальної політики узгоджується з Цілями сталого розвитку ООН. Такий підхід демонструє стратегічну орієнтацію політики на довготривалу трансформацію суспільства в напрямі гармонізації соціальних, економічних та екологічних інтересів.

Узагальнення теоретичних положень концепції здоров'язбереження, її структурних компонентів, механізмів реалізації та очікуваних результатів засвідчує необхідність пошуку практично орієнтованих форм втілення зазначених ідей. Відповіддю на цей запит є проєктна діяльність, яка розглядається як ефективний інструмент реалізації здоров'язбережувальної політики в умовах соціальних трансформацій.

5.1. Концептуальні засади проєктної діяльності у сфері збереження здоров'я населення

Сучасні виклики у сфері громадського здоров'я, зростання поширеності хронічних захворювань, зниження рівня фізичної активності та соціальна вразливість окремих категорій населення зумовили потребу у формуванні цілісного стратегічного підходу до зміцнення здоров'я. Саме необхідність

створення комплексної, скоординованої та ефективної моделі дій, що об'єднує профілактичні, освітні, соціально-інтеграційні та інноваційно-технологічні компоненти, стала основою розроблення концепції проєктної здоров'язбережувальної діяльності.

Представлена концепція базується на принципі міждисциплінарності та інтеграції – вона поєднує фізкультурно-оздоровчі програми, просвітницькі ініціативи, інструменти цифрових технологій, механізми соціальної підтримки та кращі міжнародні практики у єдину логічно структуровану систему. Такий підхід спрямований не лише на розв'язання актуальних проблем у сфері охорони здоров'я, а й на формування середовища, що заохочує до усвідомленого ставлення до власного здоров'я й підвищує рівень соціальної згуртованості.

У центрі цієї концепції – ідея про те, що здоров'я є комплексною характеристикою життєдіяльності людини, що формується під впливом медичних, освітніх, економічних, культурних і соціальних чинників. Тому проєктна діяльність у цій сфері повинна бути не лише реактивною, а й ініціативною: вона має створювати умови для запобігання захворювань, розвитку навичок самоорганізації, формування культури здоров'я й підвищення якості життя.

Таким чином, концепція проєктної здоров'язбережувальної діяльності постає як відповідь на системні трансформації у суспільстві та медичній сфері, як інструмент реалізації профілактичної політики, що ґрунтується на доказових засадах, інклюзивності, партнерстві та орієнтації на сталий розвиток.

На рис. 5.2 представлено узагальнену схему концепції, яка слугує структурною основою для планування, упровадження й оцінки проєктів, спрямованих на формування здорового способу життя серед різних категорій населення. Запропонований підхід передбачає поєднання зусиль різних секторів, використання інноваційних технологій, залучення громад до участі в реалізації проєктів і створення сталої інфраструктури підтримки фізичної активності.



Рис. 5.2. Концепція проєктної здоров'язбережувальної діяльності

Метою є розроблення і упровадження ефективної проєктної моделі, що дозволяє інтегрувати ресурси й механізми різних сфер діяльності задля поліпшення індивідуального та колективного здоров'я, формування навичок самоорганізації у сфері здорового способу життя й зміцнення культури відповідального ставлення до здоров'я.

З метою досягнення стратегічної мети концепції передбачено вирішення низки взаємопов'язаних **завдань**, кожне з яких охоплює окремий вектор впливу та має конкретне змістове наповнення, спрямоване на різні рівні реалізації – індивідуальний, груповий, інституційний і міжсекторальний:

1. Обґрунтування системи формування культури здоров'я для різних груп населення, що передбачає розробку структури, принципів і механізмів її реалізації з урахуванням вікових, соціальних і культурних особливостей цільових аудиторій.

2. Створення умов для ефективної реалізації здоров'язберезувальної проєктної діяльності, зокрема враховуючи нормативно-правову, ресурсну, кадрову та інформаційно-методичну підтримку.

3. Розвиток навичок самоорганізації та самоконтролю через участь у проєктах, що сприятиме підвищенню рівня індивідуальної відповідальності за власне здоров'я та активізації залучення громадян до соціально значущої діяльності.

4. Розроблення адаптивних програм фізкультурно-оздоровчої діяльності, орієнтованих на потреби різних категорій населення, зокрема осіб з обмеженими можливостями, людей похилого віку, дітей та молоді, з урахуванням рівня підготовленості та мотивації.

5. Посилення міжвідомчої та міжрівневої взаємодії задля розширення охоплення здоров'язберезувальних ініціатив, що передбачає координацію дій між органами влади, закладами освіти, охорони здоров'я, громадськими організаціями та бізнесом з метою консолідації зусиль у реалізації здоров'язберезувальної політики.

Успішне упровадження концепції проєктної здоров'язбережувальної діяльності ґрунтується на дотриманні низки базових **принципів**, які забезпечують наукову цілісність, соціальну релевантність, інституційну стабільність і практичну ефективність ініціатив у сфері охорони здоров'я. Ці принципи визначають ціннісну, методологічну та організаційну основу концепції, а також орієнтують її на досягнення реальних, сталих змін у поведінці та способі життя різних груп населення.

Принцип науковості базується на сучасних теоретико-методологічних основах медицини, соціальної гігієни, педагогіки, психології, соціальної роботи та управління проєктами. Проєктна діяльність повинна реалізовуватися з урахуванням доказової бази, передбачаючи етапи попередньої діагностики, аналізу ризиків, вибору найефективніших інтервенцій. Це забезпечує не лише актуальність змісту, але й достовірність отриманих результатів.

Системність реалізації передбачає узгоджене функціонування усіх елементів концепції: цілей, завдань, форм, методів, етапів і результатів. Проєктна діяльність має бути залученою до загальної системи підтримки здоров'я населення й передбачати логічну послідовність етапів – від аналізу потреб до евалуації. Крім того, вона повинна бути інтегрована у національні та місцеві програми розвитку охорони здоров'я, освіти й соціального захисту.

Інклюзивність як принцип реалізації означає врахування потреб різних вікових, соціальних, етнічних, гендерних та функціональних груп населення. Проєкти мають бути адаптовані до особливостей осіб з інвалідністю, представників вразливих категорій (людей похилого віку, внутрішньо переміщених осіб, дітей з особливими освітніми потребами тощо). Це передбачає доступність змісту, форм подачі, фізичного середовища та каналів комунікації.

Міжсекторальна співпраця. Оскільки проблеми збереження здоров'я мають комплексний характер, їх ефективне вирішення можливе лише за умов співпраці між представниками різних секторів – охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, місцевого самоврядування, громадянського суспільства,

інформаційних технологій тощо. Проектна діяльність має ініціювати створення партнерств, міжвідомчих робочих груп, локальних коаліцій, спільних ініціатив, що забезпечують консолідацію ресурсів і відповідальності.

Проектна адресність. Цей принцип передбачає спрямування кожного проекту на чітко визначену цільову аудиторію з урахуванням її соціальних, культурних, демографічних та поведінкових особливостей. Проекти мають відповідати реальним запитам населення, мати актуальну тематичну спрямованість, передбачати інструменти попереднього діагностування потреб. Проектна адресність підвищує ефективність, мотиваційний потенціал і рівень залученості учасників.

Інноваційність. Проектна діяльність повинна бути відкритою до упровадження нових підходів, технологічних рішень, методів роботи з цільовими групами. Це передбачає застосування мобільних застосунків для моніторингу здоров'я, цифрових платформ для просвіти, онлайн-програм профілактики, а також адаптацію міжнародного досвіду. Інноваційність дозволяє підвищити доступність, привабливість та інтерактивність заходів.

Спрямованість на сталий розвиток. Впроваджені проекти мають бути зорієнтовані на довготривалий вплив, що продовжується після завершення активної фази реалізації. Це передбачає формування стійких звичок, інституційне закріплення змін, створення локальних ресурсних центрів та механізмів подальшого функціонування ініціатив. Сталість також досягається шляхом навчання місцевих кадрів, створення умов для самофінансування або інтеграції в муніципальні програми.

Орієнтація на довготривалий ефект. Проекти не повинні зводитися до одноразових акцій чи короткотермінових кампаній. Вони мають бути спрямовані на зміну поведінкових установок, підвищення обізнаності, формування стійких навичок здорового способу життя. Досягнення довготривалого ефекту передбачає повторюваність впливу, етапність, а також підтримку результатів після завершення активної фази проекту через комунікаційні заходи, супровідні програми та менторські ініціативи.

Етапи реалізації проєктної діяльності в межах концепції здоров'язбереження мають чітку логічну послідовність і забезпечують комплексне управління всіма складовими ініціативи – від аналізу потреб до оцінки ефективності й масштабування. Кожен етап відіграє ключову роль у досягненні стратегічної мети та забезпеченні сталості результатів.

Діагностичний етап передбачає ґрунтовне вивчення проблемного поля, виявлення актуальних потреб і запитів цільової аудиторії, а також аналіз зовнішніх та внутрішніх умов, у яких планується реалізація проєкту. На цьому етапі здійснюється збір і систематизація соціально-демографічних, медико-біологічних, поведінкових та екологічних даних, які дозволяють визначити пріоритети втручання. Також відбувається оцінка наявних ресурсів – кадрових, фінансових, інфраструктурних і партнерських можливостей. Діагностика формує підґрунтя для науково обґрунтованого планування та адаптації проєкту до конкретного соціального контексту.

Організаційний етап – формується команда проєкту, визначаються її функціональні ролі, встановлюються механізми координації й комунікації між учасниками. Розробляється покроковий план дій із чітким календарним графіком, бюджетом, очікуваними результатами та системою моніторингу. Особлива увага приділяється залученню стратегічних партнерів – представників місцевих органів влади, освітніх і медичних закладів, громадських організацій та бізнесу. Визначаються шляхи інформаційного супроводу та просування проєкту.

Реалізаційний етап охоплює безпосереднє упровадження запланованих заходів відповідно до визначених цілей і завдань. Передбачає проведення тренінгів, освітніх кампаній, фізкультурно-оздоровчих програм, профілактичних оглядів, інтерактивних активностей тощо. У процесі реалізації здійснюється постійне ведення документації, контроль за виконанням завдань, моніторинг проміжних результатів, а також управління ризиками, що можуть вплинути на хід виконання. Комунікація з бенефіціарами та зворотний зв'язок забезпечують оперативне коригування дій.

Результативний етап містить аналіз досягнутих кількісних і якісних результатів. Оцінюється ступінь реалізації запланованих цілей, ступінь задоволеності учасників, рівень впливу на стан здоров'я цільової групи, зміни у поведінкових моделях. Важливою складовою цього етапу є публічна презентація результатів, підготовка аналітичного звіту, узагальнення набутого досвіду та формування пропозицій щодо подальшого упровадження.

Евалуаційний етап передбачає проведення незалежної оцінки ефективності проєкту зовнішніми експертами або із залученням міждисциплінарної групи. Оцінюються релевантність, ефективність, результативність, сталість та відтворюваність проєкту. Аналізується потенціал масштабування успішних практик на інші регіони, групи населення або сектори. Результати евалуації можуть стати основою для прийняття управлінських рішень, доопрацювання стратегії або залучення додаткових ресурсів для наступних етапів розвитку ініціативи.

З метою забезпечення цілісного підходу до формування, підтримки та відновлення здоров'я населення **проєктна діяльність реалізується за кількома стратегічними напрямками**, кожен з яких має свою функціональну специфіку, цільові групи впливу та інструменти реалізації.

Освітньо-просвітницький напрям відіграє фундаментальну роль у формуванні культури здоров'я, сприяючи підвищенню обізнаності населення щодо основ ведення здорового способу життя. Основними векторами діяльності є упровадження навчально-виховних програм для різних вікових категорій у закладах освіти, реалізація просвітницьких ініціатив на рівні громад, створення інформаційно-комунікаційного контенту (онлайн-курси, відеоролики, інтерактивні платформи), а також організація лекцій, тренінгів і заходів з популяризації здорових звичок. Особлива увага приділяється формуванню в учнівської та студентської молоді мотиваційно-ціннісних орієнтацій на здоровий спосіб життя, а також розвитку навичок самоконтролю та відповідального ставлення до власного здоров'я.

Мотиваційно-інноваційний напрям передбачає активне упровадження персоналізованих підходів до залучення різних груп населення до регулярної рухової активності. До інноваційних інструментів належать використання мобільних застосунків для фітнесу та моніторингу здоров'я, інтерактивні програми самотестування, віртуальні тренінгові платформи та ігрові технології. Створення умов для внутрішньої мотивації до змін у поведінці відбувається через залучення учасників до індивідуальних і групових оздоровчих проєктів, упровадження системи особистих цілей, зворотного зв'язку, а також публічного визнання досягнень. Такий підхід сприяє не лише підвищенню рівня фізичної активності, а й забезпеченню її стійкості в часі.

Міжнародно-проєктний напрям охоплює ініціативи, реалізовані в межах міжнародного співробітництва, партнерських програм, грантових проєктів та транскордонних ініціатив. Він дозволяє інтегрувати кращі європейські та світові практики, адаптувати їх до національного контексту, а також розширювати можливості для професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, освіти та соціального захисту. Основними формами діяльності є участь у міжнародних тренінгах, стажуваннях, обмінах, реалізація спільних програм з питань зміцнення здоров'я, адаптації уразливих груп, розвитку молодіжних і волонтерських ініціатив. Це сприяє зміцненню інституційної спроможності та формуванню глобального бачення проблем здоров'я.

Діяльність у *медико-профілактичному напрямі* зосереджується на формуванні компетентностей з медичної грамотності, раннього виявлення ризиків, профілактики захворювань та зміцнення первинної медико-санітарної допомоги. Серед основних завдань – навчання навичкам надання першої домедичної допомоги, просування інформації про профілактику хронічних неінфекційних захворювань, розвиток умінь з використання базових засобів самопостереження та самодіагностики. Важливим компонентом є створення освітніх програм і кампаній для населення, спрямованих на формування відповідального ставлення до регулярних медичних оглядів, вакцинації та дотримання режиму здорового харчування і активності.

Реабілітаційно-адаптаційний напрям орієнтований на підтримку осіб, які мають тимчасові або постійні порушення здоров'я у процесі повернення до активного життя. Основна увага приділяється впровадженню програм фізичної реабілітації, ерготерапії, адаптивної фізичної культури та спорту, а також заходів психосоціальної підтримки. Особливої актуальності ці ініціативи набувають для ветеранів бойових дій, осіб з інвалідністю, осіб із досвідом травматичних подій, хронічних захворювань та людей похилого віку. Залучення до інклюзивних програм сприяє не лише фізичному відновленню, а й соціальній інтеграції, підвищенню якості життя та відновленню особистісного ресурсу.

Реалізація концепції проєктної здоров'язбережувальної діяльності передбачає досягнення системних змін, спрямованих на поліпшення фізичного, психоемоційного та соціального здоров'я населення. Завдяки впровадженню цілісного підходу, який поєднує профілактику, освіту, соціальну активність і міжсекторальну взаємодію, очікується формування сприятливого середовища для розвитку індивідуального та суспільного потенціалу здоров'я. Концепція орієнтована на довготривалі ефекти, що забезпечують не лише зниження рівня захворюваності, а й підвищення якості життя, активне громадянство, відповідальне ставлення до здоров'я та стійкий розвиток громад. У цьому контексті визначено низку ключових очікуваних результатів:

Підвищення рівня фізичної активності серед населення. Реалізація концепції сприятиме активному залученню представників різних вікових, соціальних та професійних груп до регулярної фізичної активності. Завдяки впровадженню доступних програм фітнесу, рекреаційно-оздоровчих заходів та масових акцій на засадах проєктної діяльності очікується формування стійких мотивацій до рухової активності. Це дозволить знизити поширеність гіподинамії як одного з основних чинників ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань, підвищити адаптаційні можливості організму та загальний рівень енергійності, працездатності й життєвого тону.

Зниження рівня захворюваності та профілактика хронічних неінфекційних хвороб. Упровадження системних профілактичних заходів,

зокрема через освітні кампанії, ранню діагностику, медичні огляди, вакцинацію та моніторинг стану здоров'я, дозволить зменшити кількість нових випадків захворювань, особливо серцево-судинної, ендокринної, опорно-рухової систем, а також психосоматичних розладів. Профілактика, як стратегічний пріоритет, дозволяє зменшити навантаження на систему охорони здоров'я, підвищити тривалість життя та поліпшити його якість.

Формування культури здоров'я. Одним із ключових результатів концепції є стале формування ціннісно-мотиваційної установки на здоровий спосіб життя. Йдеться про розвиток знань, навичок та поведінкових практик, що сприяють усвідомленому збереженню та зміцненню здоров'я. Очікується підвищення рівня відповідальності громадян за власний стан здоров'я, активне використання доступних ресурсів самоконтролю, а також поширення позитивних соціальних моделей поведінки в родині, навчальних колективах, трудових колективах і громадах.

Поліпшення та профілактика соціального здоров'я населення. Через участь у колективних формах здоров'язбережувальної активності, реалізацію проєктів у громадах, залучення до волонтерства та партнерських ініціатив очікується зміцнення соціального капіталу, розвиток горизонтальних зв'язків і соціальної взаємодії. Це сприятиме зниженню рівня соціальної ізоляції, конфліктності та тривожності, підвищенню відчуття приналежності, довіри та згуртованості в громадах. Особливого значення набуває підтримка соціально вразливих груп, створення інклюзивного середовища, зниження дискримінаційних бар'єрів.

Таким чином, концепція проєктної здоров'язбережувальної діяльності є системною інноваційною моделлю, яка поєднує міждисциплінарні підходи, інтеграцію ресурсів та міжсекторальну взаємодію задля формування культури здоров'я, зниження рівня захворюваності та підвищення якості життя населення.

5.2. Теоретичне обґрунтування створення системи формування культури здоров'я різних груп населення

Розгляд питання здоров'язбереження розпочинається з визначення понятійного апарату. У науковій літературі наводиться безліч визначень поняття «здоров'я», різноманітних за напрямом, структурою та змістом.

Здоров'я – це стан організму людини, що характеризується збалансованістю з довкіллям і відсутністю захворюваності. Здоров'я людини зумовлюється комплексом різноманітних факторів (біологічних та соціальних). Виділяють основні риси здоров'я: готовність до трудової діяльності; раціональне виконання життєвих функцій організму; високий рівень працездатності організму до умов життєдіяльності; відновлення фізичного, духовного і соціального стану організму [60].

Здоров'я є однією з основоположних цінностей не тільки для кожної людини, але і для всього суспільства. Якість життя людини безпосередньо залежить від стану здоров'я, від рівня використання її психофізіологічного потенціалу. Всі аспекти життя людини в кінцевому підсумку визначаються станом здоров'я [128, 252, 484].

Здоров'я – явище багатовимірне і багатовимірне поняття. У науковій літературі наводиться безліч визначень цього терміну, що відображають авторські поняття.

З точки зору фізіології здоров'я - це певний, якісно конкретний стан людини, яке визначається нормальним перебігом фізіологічних процесів, що забезпечують його оптимальну життєдіяльність.

У філософському аспекті здоров'я розглядається як гармонійне поєднання фізичних і духовних якостей людини, як мірило внутрішньої і зовнішньої рівноваги.

Процес формування культури здоров'я відбувається через послідовне оволодіння різними складовими, що утворюють її структуру. Це передбачає формування знань, умінь і навичок, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, засвоєння принципів здорового харчування, усвідомлену й

систематичну участь у фізкультурно-оздоровчій діяльності, а також розвиток культури здорового способу життя і спілкування.

Розвиток культури здоров'я кожної людини є фундаментом для створення здорового способу життя серед різних соціальних груп населення [38]. Вирішальним засобом формування культури здоров'я є підвищення загального рівня культури особистості. Це передбачає творчу діяльність, спрямовану на гармонійний розвиток людини та інтеграцію досягнень суспільства у сфері оздоровлення і самовдосконалення за допомогою фізкультурно-оздоровчої діяльності [165].

Зміцнення здоров'я населення є одним із головних завдань сучасної науки, що невід'ємно пов'язане з формуванням культури здоров'я особистості. Здоров'я займає другу позицію в ієрархії потреб людини, поступаючись лише самому життю. Цю ідею підтверджує вислів античного філософа Сократа: «Здоров'я – це не все, але все без здоров'я – це ніщо» [165, с. 79–84].

Поняття «здоров'я» багатогранне і розглядається як стан добробуту та благополуччя організму, здатність протистояти негативним впливам зовнішнього середовища та як найвища життєва цінність як для окремої людини, так і для суспільства в цілому. Науковці зазначають, що у сучасній літературі немає єдиного трактування поняття «здоров'я» як цілісної системи, і на сьогодні нараховується близько трьохсот його визначень [11].

Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я є станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороб або фізичних вад. Це визначення здоров'я містить кілька ключових аспектів, які роблять його комплексним і всеосяжним:

1. Фізичне благополуччя: це стан організму, коли всі його системи функціонують нормально, без ознак захворювань або фізичних дефектів. Здоровий спосіб життя, фізична активність, збалансоване харчування та профілактика хвороб є основними елементами цього аспекту здоров'я.

2. Психічне благополуччя: психічне здоров'я охоплює емоційну стабільність, здатність контролювати стрес, підтримувати нормальні відносини з оточуючими та вміння адаптуватися до різних життєвих ситуацій. Це також здатність до самореалізації, саморозвитку та здобуття позитивних емоцій.

3. Соціальне благополуччя: соціальний аспект здоров'я полягає у здатності особи інтегруватися в суспільство, ефективно взаємодіяти з іншими людьми та підтримувати соціальні зв'язки. Важливі чинники цього аспекту передбачають належне середовище, доступ до освіти, працевлаштування та загальний соціальний статус.

4. Не лише відсутність хвороб або фізичних вад: це важливе доповнення до визначення ВООЗ. Воно підкреслює, що здоров'я – це не просто відсутність симптомів хвороби. Людина може бути фізично здоровою, але водночас зазнавати психічних або соціальних проблем, які впливають на її загальний стан благополуччя. Здоров'я охоплює гармонію між усіма аспектами життя.

5. Комплексний підхід до здоров'я: ВООЗ акцентує увагу на тому, що для повноцінного здоров'я необхідний комплексний підхід, де фізичне, психічне і соціальне благополуччя взаємопов'язані. Порушення одного з цих аспектів може призвести до дисбалансу в інших сферах.

На здоров'я людини впливають різні чинники, а саме: генетичний, стан навколишнього середовища (екологія), система медичного обслуговування, а також умови і спосіб життя, яких дотримується людина. Прийнято вважати, що найбільш виражений вплив на здоров'я має спосіб життя – соціальна категорія. Саме тому основним напрямом збереження і зміцнення здоров'я людини є її орієнтація на здоровий спосіб життя

Здоровий спосіб життя – це поняття діяльності людини, спрямоване на поліпшення і підтримку здоров'я. Такий спосіб життя містить основні елементи: дотримання раціонального режиму праці та відпочинку, викорінення шкідливих звичок, підтримання оптимального фізичного режиму, особиста гігієна, раціональне харчування, загартовування, формуванню культури профілактики захворювань шляхом самостереження та ін.

Для визначення цілей здорового способу життя, зазвичай, керуються двома альтернативними підходами.

Перший підхід до формування здорового способу життя зосереджується на досягненні єдиної поведінки, яка вважається правильною для всіх. Це передбачає відмову від шкідливих звичок, підвищення рівня фізичної активності, обмеження споживання шкідливої їжі та підтримання оптимальної маси тіла. Ефективність цього підходу оцінюється за кількістю людей, які дотримуються таких рекомендацій.

Другий підхід має інші пріоритети: здоровий стиль життя розглядається як такий, що сприяє досягненню бажаної тривалості та необхідної якості життя. У цьому випадку ефективність визначається не зміною поведінки, а реальним зростанням стану здоров'я. Для оцінки стану здоров'я розроблено методику, яка дозволяє людині самостійно визначати, яка поведінка є здоровою, враховуючи індекс здоров'я та його місце на шкалі.

Кінцевою метою формування здорового способу життя є створення кращих умов для життя та побуту на основі валеологічної підготовки та виховання. Це передбачає вивчення власного тіла та особистості, розвиток гігієнічних навичок, розуміння факторів ризику та здатність практично використовувати весь спектр засобів і методів для забезпечення здорового способу життя.

Отже, організація здорового способу життя будь-якої людини повинна встановлювати такі основні повідомлення: індивідуальними типологічними спадковими факторами; об'єктивні соціальні та соціально-економічні умови; конкретними обставинами життя, в яких здійснюється професійна діяльність; особистісними та мотиваційними чинниками, що визначаються життєвими принципами і культурою людини, рівнем її орієнтації на здоров'я та здоровий спосіб життя.

Таким чином, вищезазначене підкреслює, що здоров'я є багатовимірним

феноменом, що охоплює фізичний, психічний, духовний та соціальний аспекти. Кожен із цих видів здоров'я має свої особливості в різних вікових групах, зокрема серед дітей, молоді, дорослого населення та людей похилого віку. Визначення та підтримка оптимального рівня здоров'я у кожній з цих категорій вимагає розуміння специфічних потреб і викликів, що виникають на кожному етапі життя (рис. 5.3).

Фізичне здоров'я є фундаментом загального благополуччя і стосується стану тіла, його функціонування та здатності протистояти захворюванням. У дитячому віці фізичне здоров'я пов'язане з процесами активного росту і розвитку, що потребує адекватного харчування, фізичної активності та профілактичних заходів, таких як вакцинація. У підлітковому періоді важливо підтримувати гармонійний фізичний розвиток, враховуючи зміни, пов'язані зі статевим дозріванням та посиленою активністю. Доросле населення має фокусуватися на профілактиці хронічних захворювань та підтримці фізичної активності для збереження працездатності. Люди похилого віку стикаються зі зниженням фізичних можливостей та підвищеним ризиком захворювань, що вимагає особливої уваги до профілактичних заходів та реабілітаційних програм.

Психічне здоров'я охоплює емоційний та когнітивний добробут і формується під впливом життєвих умов та соціальних взаємодій. Для дітей важливою є стабільність емоційної підтримки з боку батьків і педагогів, що сприяє розвитку базових психічних навичок. У молоді психічне здоров'я часто піддається випробуванням через кризи ідентичності, соціальний тиск та академічні виклики, що потребує розвитку стійкості та адаптаційних механізмів. Для дорослих психічне здоров'я пов'язане зі стресовими факторами на робочому місці та балансом між особистим і професійним життям. У літньому віці основними факторами, що впливають на психічний стан, є соціальна ізоляція та ризик розвитку когнітивних розладів, що вимагає підтримки соціальних зв'язків і професійної психологічної допомоги.



Рис. 5.3. Особливості здоров'я різних груп населення

Духовне здоров'я відображає систему цінностей, сенс життя та здатність до самоусвідомлення. У дитячому віці духовне здоров'я формується через розвиток базових моральних орієнтирів та пізнавальні процеси, у яких важливу роль відіграють батьки та вчителі. У підлітковому віці особа активно шукає сенс життя та власну ідентичність, формуючи свою систему цінностей. Для дорослих духовне здоров'я тісно пов'язане з відчуттям самореалізації та гармонії між особистими цілями і суспільними очікуваннями. У похилому віці духовне здоров'я набуває важливого значення через переосмислення життєвого шляху, пошук внутрішньої гармонії та підготовку до нових викликів, пов'язаних з фінальним етапом життя.

Соціальне здоров'я визначається здатністю людини ефективно взаємодіяти з іншими людьми та брати участь у суспільному житті. Для дітей це передбачає процес соціалізації та встановлення базових навичок спілкування, які формуються через гру та навчання. У підлітковому віці особа зазнає соціального тиску, пов'язаного з необхідністю інтеграції в соціум та пошуком власного місця у суспільстві. Для дорослих соціальне здоров'я пов'язане з професійною взаємодією, сімейними відносинами та участю в громадському житті. Для людей похилого віку соціальне здоров'я залежить від підтримки соціальних зв'язків і залученості до життя громади, що допомагає боротися з ізоляцією та підвищує якість життя.

Таким чином, кожен аспект здоров'я відіграє особливу роль на різних етапах життя людини, вимагаючи комплексного підходу, що враховує фізичні, психічні, духовні та соціальні потреби для забезпечення гармонійного розвитку та благополуччя.

Отже, фізичне здоров'я відображає функціонування організму та стан його систем; психічне здоров'я характеризує здатність людини регулювати та підтримувати емоційний стан у взаємодії з навколишнім середовищем; соціальне здоров'я визначає наскільки індивід комфортно почувається у суспільстві та взаємодіє з іншими людьми; духовне здоров'я слугує основою для всіх інших аспектів, об'єднуючи їх та забезпечуючи розуміння їх взаємозв'язків. Усі ці аспекти формують цілісну концепцію здоров'язбереження, яка лежить в

основі ефективних оздоровчих, освітніх і соціальних програм, спрямованих на підтримку гармонійного розвитку особистості [152].

Формування культури здоров'я є однією з ключових складових концепції здоров'язбереження, оскільки саме цей компонент визначає загальне ставлення суспільства до здорового способу життя, профілактики захворювань та збереження фізичного і психічного благополуччя. Тому, вивчивши досвід науковців, які розглядали формування культури здоров'я майбутніх учителів фізичної культури [100] та здобувачів вищої освіти [93] нами було розроблено систему формування культури здоров'я.

Культура здоров'я охоплює культуру знань, умінь і навичок, культуру здорового харчування, фізкультурно-оздоровчої діяльності, здорового способу життя, спілкування та інших складових, які сприяють повноцінному життю та благополуччю людини.

На рисунку 5.4 представлено розроблену систему формування культури здоров'я різних груп населення, яка передбачає комплексний підхід до забезпечення фізичного, психічного та соціального благополуччя. Формування культури здоров'я розглядається як поетапний процес, що охоплює різні аспекти життєдіяльності людини та адаптується до специфічних потреб окремих вікових і соціальних груп. Така система передбачає інтеграцію освітніх, соціальних, фізичних, психологічних та профілактичних заходів, спрямованих на створення умов для зміцнення здоров'я та підвищення якості життя населення.

Система формування культури здоров'я складається з організаційно-змістовного, методично-цільового та результативного блоків. Організаційно-змістовний блок визначає ключові напрями діяльності, що містять освітні програми, фізичну активність, формування раціональних харчових звичок, психологічну підтримку, профілактичні заходи та соціальну взаємодію. Упровадження освітніх програм передбачає підвищення рівня обізнаності про основи здорового способу життя через лекції, тренінги, інформаційні кампанії та профілактичні консультації. Особлива увага приділяється поширенню знань про чинники ризику та засоби їх нейтралізації, що сприяє формуванню усвідомленого ставлення до власного здоров'я.

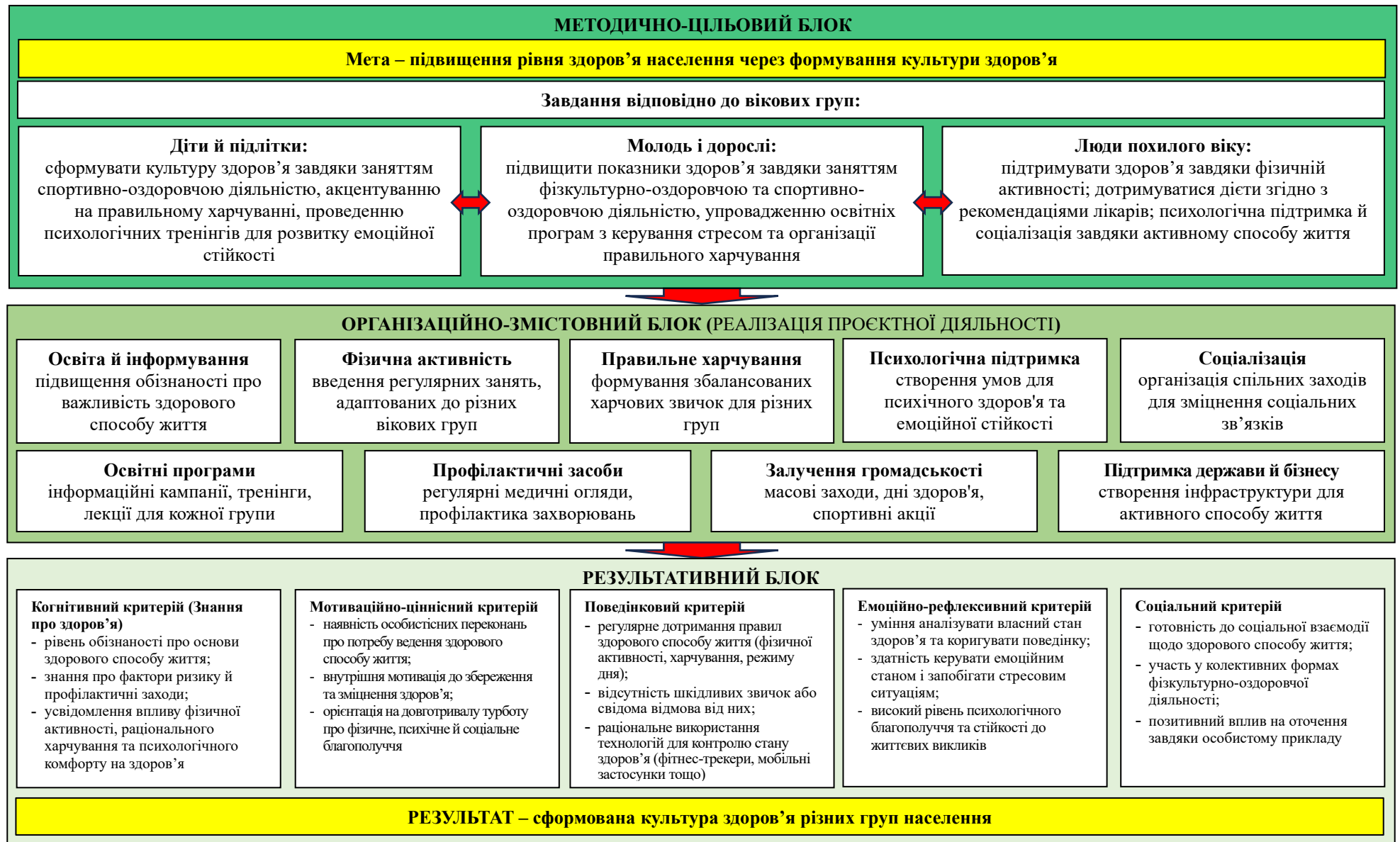


Рис. 5.4. Система формування культури здоров'я різних груп населення

Соціальний компонент відіграє важливу роль у зміцненні культури здоров'я, адже участь у спільних заходах сприяє соціалізації, покращенню психологічного клімату та мотивації до здорового способу життя. Організація масових акцій, днів здоров'я, спортивних заходів та проєктної діяльності дозволяє не лише створювати сприятливе середовище для ведення активного способу життя, а й формувати відповідальне ставлення до збереження власного здоров'я. Особливу роль у цьому відіграє підтримка державних і приватних структур, які сприяють створенню належної інфраструктури для реалізації оздоровчих програм.

Збереження та зміцнення здоров'я населення є одним із пріоритетних завдань сучасного суспільства. У зв'язку з динамічними змінами соціально-економічного середовища, урбанізацією, зміною способу життя та зростанням рівня стресу, значення проєктів, спрямованих на здоров'язбереження, набуває стратегічної важливості. Ефективна реалізація таких ініціатив дозволяє запобігати розвитку хронічних захворювань, покращувати якість життя населення та підвищувати рівень медичної та здоров'язбережувальної грамотності.

Проєкти у сфері здоров'язбереження мають комплексний характер та орієнтовані на різні вікові й соціальні групи, що дозволяє враховувати індивідуальні потреби населення. Зокрема, для дітей і підлітків особливу увагу приділяють формуванню здорових звичок, що забезпечує профілактику захворювань у майбутньому. Для молоді та дорослого населення проєкти спрямовані на оптимізацію фізичної активності, збалансованого харчування та управління стресом, що безпосередньо впливає на їхню працездатність та психологічний стан. Для людей похилого віку здоров'язбережувальні програми зосереджуються на підтримці фізичної активності, профілактиці вікових захворювань та соціалізації, що дозволяє зберігати якість життя на високому рівні.

Фізична активність є фундаментальним елементом системи та передбачає введення регулярних занять, адаптованих до особливостей різних

вікових груп. Серед пріоритетних завдань – забезпечення доступу до фізкультурно-оздоровчих програм у навчальних закладах, на підприємствах та в громадських організаціях. Раціональне харчування розглядається як ключовий фактор профілактики захворювань та підтримки нормального функціонування організму, тому важливим аспектом є навчання основам збалансованого харчування, популяризація корисних харчових звичок та забезпечення якісного харчування в закладах освіти й на робочих місцях.

Збереження психологічного здоров'я та профілактика стресових станів є невід'ємною складовою культури здоров'я. Для цього в межах системи передбачено проведення психологічних тренінгів, консультування та упровадження методик саморегуляції емоційного стану. Важливим аспектом є підвищення рівня стресостійкості населення через навчання методам психопрофілактики, що сприяє адаптації до складних життєвих ситуацій [140].

Методично-цільовий блок передбачає індивідуалізацію підходів до різних категорій населення. Для людей похилого віку акцент робиться на підтримці рухової активності, дотриманні лікарських рекомендацій щодо харчування та створенні умов для соціальної взаємодії, що позитивно впливає на емоційний стан та якість життя. Для дітей та підлітків система формування культури здоров'я передбачає розвиток фізичної активності, виховання здорових харчових звичок та психоемоційне навчання, спрямоване на розвиток стресостійкості. Молодь і доросле населення потребують підходів, що спрямовані на поєднання професійної діяльності та здорового способу життя, а також на управління стресом і підтримку оптимального рівня фізичної активності.

Результативний блок передбачає оцінку ефективності формування культури здоров'я за кількома критеріями: когнітивним, мотиваційно-ціннісним, поведінковим, соціальним та емоційно-рефлексивним. Когнітивний критерій визначається рівнем знань про здоровий спосіб життя та розумінням його основних складових. Мотиваційно-ціннісний критерій відображає рівень

внутрішньої мотивації до ведення здорового способу життя та усвідомлення його важливості. Поведінковий критерій оцінюється за частотою та сталістю виконання здорових практик, таких як фізична активність, правильне харчування, режим дня та відмова від шкідливих звичок. Соціальний критерій передбачає активну взаємодію в межах оздоровчих програм та залучення до колективних форм здорової діяльності. Емоційно-рефлексивний критерій визначається здатністю особистості аналізувати власний стан здоров'я, регулювати емоційний стан та долати стресові ситуації.

Система формування культури здоров'я є динамічною та гнучкою, що дозволяє адаптувати її до соціально-економічних змін та потреб суспільства. Її реалізація базується на комплексному підході, що поєднує освітні, профілактичні, фізичні, соціальні та психологічні заходи. Важливою умовою ефективності системи є підтримка державних, громадських та бізнесових ініціатив, що дозволяє забезпечити рівний доступ до якісних оздоровчих програм для всіх категорій населення.

Таким чином, формування культури здоров'я є багатовимірним процесом, що охоплює фізичний, психологічний, соціальний та поведінковий аспекти життєдіяльності людини. Інтеграція цих складових сприяє створенню умов для сталого розвитку суспільства та забезпечує підвищення рівня здоров'я населення, що є стратегічною метою сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я.

Термін «здоров'язбереження» достатньо часто використовується науковцями освітньої галузі [10, 274, 313, 474], порівнюючи його із синонімами «збереження здоров'я», «охорона здоров'я», «зміцнення здоров'я» та ін. Але на сьогодні досі немає однозначного визначення терміну «здоров'язбереження» яке б стосувалося різних груп населення. По-перше, це пов'язано з тим, що поняття здоров'язбереження донедавна використовувалося лише в медичній галузі, а по-друге, здоров'язбереження особистості розглядалось, як результат освітньої діяльності та достатньо

детально обговорювалося саме в педагогіці, не застосовуючи цей термін для іншої категорії осіб.

Узагальнюючи вищезазначене, можна зауважити, що здоров'я – це цілісна та динамічна концепція, яка містить взаємодію різноманітних фізичних, психічних, емоційних, соціальних факторів та чинників навколишнього середовища. Досягнення та підтримка оптимального здоров'я вимагає балансу та інтеграції різних аспектів благополуччя.

Здоров'язбереження – це виховний процес різних верств населення, спрямований на розвиток культури здоров'я особистості, що створює безпечні й комфортні умови перебування особистості в соціумі, запобігає стресам, перевантаженню, втомленості, що, своєю чергою, сприяє зміцненню та збереженню їхнього здоров'я. Розвиток культури здоров'я є безперервним процесом, що вимагає постійного вдосконалення і самовдосконалення кожної особистості. Це не лише допомагає зберегти здоров'я, але й покращити якість життя та подовжити його тривалість, забезпечуючи загальний розвиток людини.

Таким чином, аналіз питання здоров'я населення, його збереження і зміцнення, дозволяє констатувати той факт, що проблема здоров'язбереження перебуває в центрі уваги сучасних дослідників. Підвищений інтерес науковців до цієї проблеми зумовлений посиленням соціального запиту на формування у населення ціннісного ставлення до власного здоров'я; формування мотивації, яка спрямована на здоров'язбережувальну діяльність та розвиток культури здоров'я населення, що вимагає постійного самовдосконалення кожної особистості.

Ефективне формування культури здоров'я серед різних груп населення базується на взаємодії трьох структурних блоків: методично-цільового, організаційно-змістовного (через реалізацію проєктної діяльності) та результативного. Кожен із них відіграє важливу роль у комплексному підході до підвищення рівня здоров'я населення. Реалізація цієї системи передбачає

застосування сучасних фізкультурно-оздоровчих технологій, що сприяють досягненню сталих змін у ставленні до власного здоров'я, формуванню позитивної мотивації та здоров'язбережувальної поведінки серед різних вікових категорій населення.

Культура здоров'я охоплює знання, уміння та навички, пов'язані з підтриманням і зміцненням здоров'я, а також культуру здорового харчування, фізкультурно-оздоровчу діяльність, дотримання здорового способу життя та культуру здорового спілкування. Знання про оздоровчі справи та дотримання принципів здорового способу життя є важливими складовими фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Фізкультурно-оздоровча діяльність є фундаментальним елементом культури здоров'я. Термін "культура", який еволюціонував від античності до сучасності, у своєму ядрі об'єднує загальнолюдські цілі та цінності, а також історично сформовані способи їх досягнення. Це багатогранне поняття, що охоплює матеріальні та духовні цінності, створені людством, і є невід'ємною частиною суспільного розвитку.

Культура здоров'я як багатодисциплінарна галузь знань досліджує та вирішує завдання гармонійного розвитку фізичних, психічних, духовних і соціальних аспектів людини, сприяючи формуванню оптимального біосоціального середовища. Вона також виконує роль невід'ємної частини загальнолюдської культури.

Термін «культура здоров'я», запропонований В. Скумінім у 1968 році, набув поширення в науковій літературі. Згідно з його концепцією, культура здоров'я є частиною духовно-моральної культури, яка містила аспекти праці, відпочинку та особистісного розвитку. Це поняття об'єднує знання, практичну реалізацію здорового способу життя та турботу про себе та інших.

Формування культури здоров'я передбачає засвоєння знань, умінь і навичок, пов'язаних із підтриманням здоров'я, здорового харчування, участю у фізкультурно-оздоровчій діяльності, дотриманням здорового способу життя

та культурою здорового спілкування. Здоров'я розглядається як фізіологічне, психологічне та духовне благополуччя, гармонія організму з навколишнім середовищем, що є передумовою розвитку фізичних, інтелектуальних і моральних здібностей.

Таким чином, культура здоров'я є складовою фізичної культури та загальної культури, яка забезпечує збереження індивідуального здоров'я та сприяє формуванню гармонійної особистості в умовах суспільного розвитку.

Водночас фізкультурно-оздоровча культура особистості різних груп населення є складним і багатогранним процесом педагогічної діяльності, що спрямований на формування важливих для життя навичок, знань і вмінь. Цей процес забезпечує високий рівень та якість життя, структурно-змістовними компонентами якого є:

1) культура здоров'я особистості, яка складається з фізичного здоров'я, що визначає функціональний стан організму, передбачає оптимальне функціонування різних систем організму для представників різних груп населення; психічного здоров'я, що відображає емоційний комфорт, стійкість до стресу та здатність зберігати психічний баланс; соціального здоров'я, яке характеризує благополуччя людини у суспільстві, її здатність налагоджувати гармонійні стосунки та соціальні зв'язки; духовного здоров'я, що визначає рівень творчого потенціалу і здатність людини до самовдосконалення, рефлексії та подальшого особистісного розвитку;

2) культура мотиваційних і ціннісних настанов та переконань передбачає розвиток волевих якостей особистості, формування мотивації до діяльності для досягнення особистих цілей, а також розвиток потреби вдосконалення фізичної форми; допомагає людині усвідомити значущість здоров'я як ключової життєвої цінності;

3) культура навчально-оздоровчої діяльності передбачає набуття базових знань з фізичної культури, освоєння методик розвитку фізичних і

психічних якостей; охоплює навички самостійного використання фізкультурно-оздоровчих практик, знання техніки безпеки під час виконання вправ різної спрямованості; сприяє здатності брати участь у навчально-оздоровчих програмах і правильно використовувати сучасні технології фізичного виховання;

4) культура фізкультурно-оздоровчої діяльності визначає гармонійний розвиток м'язової системи, який відповідає антропометричним параметрам, морфофункціональному стану організму та рівню розвитку основних фізичних якостей; забезпечує пропорційний розвиток тіла, сприяючи здоровому й естетичному вигляду;

5) культура рухової оздоровчої діяльності охоплює естетику й ефективність виконання рухів, а також уміння застосовувати різноманітні засоби фізкультурно-оздоровчої діяльності для підтримання здоров'я; формує здатність до грамотного використання фізичної активності для досягнення оздоровчих цілей.

Отже, складники культури здоров'я людини можна розділити на декілька елементів: культура особистого здоров'я – це сукупність знань і навичок, які сприяють підтриманню та поліпшенню фізичного, психічного, соціального й духовного стану; культура мотиваційно-ціннісних настанов – розвиває прагнення до фізичного вдосконалення, формує ціннісні орієнтації та вольові якості; культура навчальної діяльності – забезпечує здатність до самостійного використання знань і методик у сфері фізичної культури та спорту, вміння брати участь у фізкультурно-оздоровчих програмах.

Таким чином, формування культури здоров'я різних груп населення – це триетапний процес, спрямований на підтримання й вдосконалення всіх аспектів здоров'я протягом життя. Цей процес забезпечує гармонійний розвиток людини, сприяючи підвищенню якості її життя та довголіття.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5

1. Комплексна концепція здоров'язбереження, сформована у відповідь на виклики сучасного суспільного розвитку, пропонує міжсекторальну, інтегровану модель, яка поєднує профілактичні, освітні, соціальні, культурні та цифрові інструменти для формування культури здоров'я населення. Вона ґрунтується на принципах доступності, адресності, наукової обґрунтованості, інноваційності та орієнтації на довготривалий ефект. Концепція враховує соціальні детермінанти здоров'я та спрямована на забезпечення системного, гнучкого управління процесами збереження і зміцнення здоров'я населення. Реалізація цієї моделі сприяє зменшенню захворюваності, покращенню якості життя, підвищенню соціальної згуртованості та ефективному використанню ресурсів охорони здоров'я. Особливе значення має упровадження концепції через інституційно підтриману проєктну діяльність, що дозволяє адаптувати загальнонаціональні цілі до конкретних потреб і умов життя різних соціально-вікових груп, тим самим забезпечуючи передумови для стійкого розвитку суспільства.

2. Концептуальні засади проєктної діяльності у сфері збереження здоров'я населення ґрунтуються на розумінні здоров'я як багатофакторного соціального явища, що формується під впливом фізичних, освітніх, економічних, екологічних та культурних чинників. Запропонована модель реалізації проєктної діяльності передбачає міждисциплінарний і поетапний підхід, який передбачає діагностику потреб цільових груп, розробку адаптованих програм, моніторинг процесу упровадження та оцінку ефективності. Діяльність у межах концепції базується на принципах інклюзивності, партнерства, інноваційності, адресності, науковості та орієнтації на сталий розвиток. Це дозволяє не лише підвищити рівень фізичної активності та профілактики неінфекційних хвороб, а й створити умови для зміцнення соціального капіталу громад, розвитку громадянської участі та

формування культури здоров'я як суспільної норми. Особливої ваги набуває здатність проєктної діяльності адаптуватися до локального соціального контексту, що забезпечує сталість результатів навіть після завершення фінансування програм.

3. Теоретичне обґрунтування створення системи формування культури здоров'я різних груп населення спирається на цілісний підхід до здоров'я як до інтегральної складової життєвої якості людини, яка охоплює фізичну, психічну, соціальну та духовну компоненти. Такий підхід передбачає не лише медичне забезпечення, а й розвиток внутрішньої мотивації, ціннісного ставлення до здоров'я, відповідального вибору способу життя, здатності до самоуправління й адаптації до викликів сучасного світу. В умовах зростання психоемоційного навантаження, розриву між теоретичним знанням і реальними практиками, низької фізичної активності та фрагментарності здоров'язбережувальних ініціатив, система культури здоров'я постає як механізм соціального розвитку, що потребує особистісно-орієнтованого, віково-диференційованого, інклюзивного і ціннісно вмотивованого підходу до формування відповідної поведінкової моделі у населення.

4. Система формування культури здоров'я різних груп населення розглядається як інструмент упровадження сучасної здоров'язбережувальної стратегії, яка базується на синтезі валеологічних знань, освітньо-просвітницької роботи, фізкультурно-оздоровчої діяльності, цифрових сервісів та методів самоменеджменту. Структура системи містить три блоки: методично-цільовий, організаційно-змістовий і результативний, що забезпечує її цілісність, наукову логіку і функціональність. У системі особливу увагу приділено адаптації програм до соціальних особливостей різних вікових груп: дітей, молоді, дорослих, літніх людей, осіб з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб тощо. Завдяки цьому вона дозволяє не лише формувати здоров'язбережувальні компетентності, а й сприяє розвитку персональної відповідальності, стійких навичок самодопомоги та формуванню суспільного

ідеалу – свідомої, активної, здорової особистості як бази для збереження людського капіталу та сталого соціального прогресу.

Результати за розділом подано в наукових працях: [152, 343].

РОЗДІЛ 6

РОЛЬ ПРОЄКТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФОРМУВАННІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Збереження та зміцнення здоров'я населення є одним із ключових завдань сучасного суспільства, оскільки воно безпосередньо впливає на якість життя, соціально-економічну стабільність та тривалість активного періоду людини. Умови сучасного світу, зокрема швидкий темп життя, екологічні загрози, психоемоційні навантаження та малорухливий спосіб життя, висувують нові виклики, які потребують комплексного підходу до здоров'язбереження. Реалізація ефективних програм у цій сфері потребує не лише розробки державних стратегій, а й активного залучення громадських організацій, наукової спільноти та міжнародних партнерів, що забезпечують обмін передовими практиками та розширення доступу до інноваційних методик.

Саме проєктна діяльність відіграє ключову роль у цьому процесі, оскільки вона дозволяє впроваджувати ефективні інструменти та адаптувати світовий досвід до локальних умов. Проєкти, спрямовані на здоров'язбереження, є платформою для інтеграції новітніх технологій, упровадження профілактичних заходів, підвищення обізнаності населення щодо здорового способу життя та створення сприятливих умов для його ведення. Завдяки системному підходу такі ініціативи не лише сприяють зниженню рівня захворюваності, а й формують культуру відповідального ставлення до власного здоров'я.

Одним із основних завдань проєктної діяльності у сфері здоров'язбереження є формування культури здорового способу життя серед населення. Для досягнення цієї мети реалізуються численні освітні програми, які охоплюють різні аспекти здоров'я – від раціонального харчування та фізичної активності до психологічного благополуччя та профілактики хронічних захворювань.

Освітні заходи, зокрема лекції, семінари, тренінги та інформаційні кампанії, сприяють підвищенню рівня знань громадян про фактори ризику та методи їх запобігання. Особливу увагу приділяють інтерактивним методам навчання, які дозволяють не лише засвоїти теоретичну інформацію, а й набути практичних навичок, що можуть бути використані у повсякденному житті.

Важливим напрямом є також організація спортивно-оздоровчих ініціатив, що передбачають масові фізкультурні заходи, марафони, йога-фестивалі, адаптивні спортивні програми для людей з обмеженими можливостями тощо. Такі дії не лише підвищують фізичну активність населення, а й сприяють соціалізації, об'єднуючи людей різних вікових та соціальних груп навколо спільної мети – поліпшення здоров'я.

Проекти у сфері здоров'язбереження не обмежуються лише теоретичними знаннями – їхня практична складова є одним із найважливіших аспектів. Досвід показує, що ефективне засвоєння та упровадження нових навичок відбувається саме через безпосередню участь у реальних заходах та активностях.

Важливим чинником у розвитку здоров'язбереження є створення сучасної інфраструктури, яка сприяє впровадженню та підтримці здорового способу життя. Вона охоплює як фізичні об'єкти – спортивні майданчики, реабілітаційні центри, адаптивні простори для фізичної активності, так і технологічні рішення, зокрема цифрові платформи для моніторингу здоров'я, мобільні додатки для контролю фізичної активності та онлайн-програми здорового способу життя.

Такі ініціативи мають тривалий ефект, оскільки забезпечують безперервну реалізацію оздоровчих програм, сприяють підвищенню рівня фізичної активності серед населення та стимулюють формування культури здоров'я на рівні громад. Важливим аспектом є доступність цих об'єктів та послуг для різних соціальних груп, що дозволяє залучати до здоров'язбережувальних заходів людей різного віку, рівня фізичної підготовки та соціального статусу.

Крім того, розвиток відповідної інфраструктури сприяє активному залученню місцевих громад та ініціативних груп до її використання та подальшого вдосконалення. Наприклад, у рамках міжнародних проєктів у Польщі, Казахстані та Україні було створено центри ерготерапії та адаптивного спорту, які стали платформами для соціалізації, фізичної активності та реабілітації людей із різними потребами. Подібні ініціативи не лише покращують якість життя громадян, а й сприяють розвитку інклюзивного суспільства, у якому здоров'я розглядається як пріоритетна цінність.

Таким чином, інфраструктурна підтримка здорового способу життя відіграє важливу роль у забезпеченні стійкості оздоровчих програм, формуванні сприятливого середовища для фізичної активності та підвищенні загального рівня здоров'я населення.

Однією з ключових переваг проєктного підходу є його гнучкість та можливість адаптації під специфічні потреби різних цільових груп. Молодіжні ініціативи зазвичай орієнтовані на профілактику шкідливих звичок, підвищення обізнаності щодо здорового харчування та формування відповідального ставлення до фізичної активності. Для людей старшого віку акцент робиться на підтримці рухової активності, зниженні ризиків серцево-судинних захворювань, боротьбі зі стресом та ізоляцією.

Важливим чинником успішної реалізації проєктів є ефективна співпраця між державними структурами, громадськими організаціями та бізнесом. Таке міжсекторне партнерство забезпечує необхідні ресурси, сприяє фінансуванню проєктів та допомагає забезпечити їхню довготривалу сталість.

Реалізація проєктів у сфері здоров'язбереження демонструє, що їхня ефективність значною мірою залежить від науково обґрунтованого підходу до їхньої розробки та упровадження. Використання доказових методів, системний аналіз цільової аудиторії, адаптація програм до локальних умов та оцінка результативності – все це є основними складовими успішної проєктної діяльності.

Саме тому подальший аналіз зосереджений на теоретико-методологічних засадах проєктної діяльності, що дозволяють не лише підвищити ефективність впроваджуваних ініціатив, а й забезпечити їх довгостроковий позитивний вплив.

6.1. Теоретико-методологічні засади проєктної діяльності

У сучасних умовах організаційного розвитку та міжнародного співробітництва проєктна діяльність є стратегічно важливим інструментом, що сприяє реалізації реформ у сфері освіти, охорони здоров'я, соціальної політики та громадянського суспільства. Ця діяльність характеризується багаторівневим підходом, який охоплює концептуальне моделювання, детальне планування, механізми фінансування, управління ресурсами, моніторинг ефективності та упровадження отриманих результатів у стале середовище.

На підставі значного досвіду реалізації проєктів автором дисертаційного дослідження зазначено, що «написати проєкт складно, ще складніше його виграти в конкурсі, а найскладніше – правильно його завершити, забезпечивши всі необхідні етапи реалізації та звітності». Успішне управління проєктом вимагає систематичного врахування численних змінних, зокрема відповідності пріоритетним напрямам фінансуючих організацій, ефективного залучення партнерських структур, досягнення високої результативності та забезпечення довгострокового впливу реалізації проєкту.

Суттєва характеристика ефективної проєктної діяльності полягає у здатності адаптуватися до соціальних викликів та змінюваних економічних умов. Наприклад, у сфері охорони здоров'я проєкти спрямовують зусилля на інтеграцію превентивних заходів, що сприяють зниженню рівня захворюваності, тоді як у спортивних ініціативах проєктна діяльність стимулює створення інфраструктури для масового залучення громадян до здорового способу життя.

Концепція спільних проєктів ґрунтується на припущенні, що кожен окремий проєкт є не лише узагальненням запланованих заходів, але й

стратегічним механізмом для розвитку організації. Реалізація проєкту розглядається як поетапний процес, що дозволяє:

1. Здобувати новий досвід та удосконалювати управлінські підходи. Наукове обґрунтування цього елемента базується на теорії безперервного удосконалення, згідно з якою упровадження інноваційних управлінських методів сприяє формуванню організаційної культури, орієнтованої на навчання та адаптацію до нових умов. Практичне застосування сучасних технологій, методів аналізу та планування дозволяє інтегрувати накопичений досвід у внутрішні управлінські процеси, що сприяє підвищенню ефективності прийняття рішень та оптимізації використання ресурсів.

2. Посилювати партнерські зв'язки через інтеграцію з іншими суб'єктами. Інтеграція в партнерські мережі забезпечує синергійний ефект, коли об'єднання ресурсів, компетенцій та знань декількох організацій створює додаткову вартість, недоступну окремим суб'єктам. Теорія колективної дії свідчить, що взаємодія між партнерами сприяє більш глибокому аналізу проблем, швидшій адаптації до змін і розробці спільних стратегій, що є критично важливими для успішної реалізації інноваційних ініціатив.

3. Оптимізувати використання грантових ресурсів задля розширення матеріальної бази та підвищення кваліфікації кадрів. Використання грантових коштів у рамках спільних проєктів дозволяє сконцентрувати фінансові ресурси на пріоритетних напрямках, що сприяє модернізації матеріально-технічної бази. Дослідження підтверджують, що систематичне інвестування у підвищення кваліфікації кадрів через навчання, тренінги та обмін досвідом є ключовим чинником підвищення конкурентоспроможності організацій. Оптимізація ресурсів через конкурсний відбір і ефективне розподілення коштів сприяє не лише збереженню, але й примноженню капіталу знань, що є основою стійкого розвитку.

Грантові проєкти класифікують залежно від їхнього масштабу, тривалості реалізації, розміру додаткового фінансування, форми реалізації, тематики, суб'єктів, що можуть брати участь, а також кількості партнерів та

строків реалізації. Згідно з аналізом багаторічної діяльності в написанні та реалізації проєктів на рисунку 6.1 представлено класифікацію проєктів.

К Л А С И Ф І К А Ц І Я П Р О Є К Т І В	<i>За географічним діапазоном реалізації:</i> - локальні проєкти (спрямовані на реалізацію в межах окремого регіону чи міста); - державні проєкти (охоплюють реалізацію на рівні окремої країни); - міжнародні проєкти (реалізовані в кількох країнах із залученням транснаціональних партнерств).
	<i>За розміром додаткового фінансування:</i> - проєкти з повним покриттям видатків (повне грантове фінансування); - проєкти з частковим додатковим фінансуванням (грантове фінансування, що покриває лише частину видатків, а решта забезпечується власним внеском або коштами з інших джерел)
	<i>За формою реалізації:</i> - тверді проєкти: характеризуються чіткими, заздалегідь визначеними заходами та жорстким дотриманням строків і бюджетних обмежень; - м'які проєкти: допускають більшу гнучкість у плануванні й реалізації, що дає змогу пристосовуватися до змін зовнішнього середовища.
	<i>За тематикою:</i> - вільна тематика: проєкти, що реалізують поза межами визначених тематичних напрямів; - конкретизована тематика: проєкти, спрямовані на розв'язання специфічних проблем або реалізацію певних завдань у конкретній галузі (наприклад, у сфері фізичної культури та спорту)
	<i>За суб'єктами, що можуть брати участь:</i> - недержавні організації; - університети; - приватні компанії (zareєстровані чи ні); - фонди, об'єднання, центри; - спортивні клуби й федерації тощо
	<i>За наявністю партнерів:</i> - проєкти без партнерів; - проєкти з партнерами, де можуть брати участь представники однієї чи кількох країн
	<i>За строками реалізації:</i> - строк реалізації може коливатися від 3 до 36 місяців, до того ж проєкти, що тривають не більше ніж 12 місяців, класифікують як малі, а проєкти тривалістю до 3–5 років – як великі
	<i>За розміром грантового фінансування:</i> - малі проєкти: характеризуються тривалістю до 12 місяців і сумарним додатковим фінансуванням, що не перевищує 50 000 євро, до того ж кількість партнерів може бути обмеженою або відсутньою; - великі проєкти: передбачають тривалість до 3, а іноді й 5 років, з додатковим фінансуванням, яке перевищує 50 000 євро (часто сягає кількох мільйонів євро) і зазвичай реалізуються за участю багатьох партнерів

Рис. 6.1. Класифікація проєктів

Розуміння різноманітності проєктів за їх видами є надзвичайно важливим інструментом для правильного вибору проєкту, що відповідає конкретним завданням та стратегічним цілям організації. Зокрема, у сфері фізичної культури та спорту, де специфіка завдань може вимагати як швидких, гнучких рішень, так і масштабних, довгострокових ініціатив, така класифікація дозволяє першочергово визначити оптимальний формат реалізації заходів з урахуванням доступних ресурсів та очікуваних результатів, а також забезпечити ефективне планування та розподіл фінансових коштів, оскільки різні типи проєктів потребують різних моделей фінансування. Крім цього дозволяє обрати відповідну форму партнерства, що сприятиме максимальному використанню наявних компетенцій та ресурсів, а також забезпечити конкурентоспроможність і стійкість організації в умовах змін зовнішнього середовища.

Таким чином, детальна класифікація грантових проєктів є ключовим інструментом для формування правильної стратегії реалізації проєктних ініціатив у сфері фізичної культури та спорту, що сприяє підвищенню ефективності використання грантових ресурсів та досягненню стратегічних цілей організації.

Програма RITA «Przemiany w regionie» є однією з провідних грантових ініціатив, спрямованих на комплексну підтримку міжнародного співробітництва. Основні характеристики програми передбачають підтримку демократичних, суспільних та економічних трансформацій у країнах Східної Європи, Кавказу та Центральної Азії; інтеграцію польського досвіду у сферах освіти, виховання, розвитку підприємництва та збереження культурної спадщини; сприяння створенню партнерських мереж між польськими неурядовими організаціями та установами країн-учасниць [417].

Програма забезпечує повний цикл підтримки проєктної діяльності – від розробки концепції та налагодження партнерських зв'язків до фінансування інноваційних ініціатив та надання постійної інформаційної підтримки.

Партнерські проекти виступають центральним компонентом стратегії міжнародного співробітництва, оскільки дозволяють синтезувати досвід та ресурси різних організацій задля досягнення спільних стратегічних цілей. Основні переваги партнерства полягають у можливості комплексної діагностики потреб цільових груп через залучення місцевих партнерів; обміні досвідом, що сприяє впровадженню найкращих практик з урахуванням регіональних особливостей; спільному плануванню та реалізації проєктних заходів, що забезпечує рівномірний розподіл відповідальності між учасниками.

Критерії оцінки проєктів охоплюють відповідність заявленим цілям, достовірність аналізу ситуації, адекватність запропонованих рішень, правильний вибір цільової аудиторії, стійкість отриманих результатів та мультиплікативний ефект реалізації проєкту. Значну роль відіграють також професійна компетентність партнерів і прозора структура бюджету.

Участь у грантових конкурсах, зокрема за програмою RITA, передбачає суворе дотримання встановлених правил подання заявок та вимог до проєктної документації. Основні вимоги передбачають:

- детальний опис організації, її попередніх досягнень та партнерської мережі;
- обґрунтування актуальності проблематики та формулювання кінцевих цілей проєкту;
- чітке визначення методів реалізації заходів і плану дій, що містить етапи, строки та місця проведення заходів;
- прозорий бюджет із детальним розрахунком витрат, зокрема адміністративних та власного внеску організації.

Дотримання цих вимог є визначальним фактором для підвищення ймовірності отримання грантового фінансування та забезпечення високої якості реалізації проєкту.

Підготовка проєктної заявки є складним багатоступеневим процесом, що вимагає системного підходу, глибокого аналізу та детальної документації. На основі десятилітнього досвіду розробки проєктної документації, зокрема в рамках програми RITA та інших грантових ініціатив, можна виділити такі ключові кроки та рекомендації:

1. *Формулювання назви та тематики проєкту.* Назва має бути лаконічною, інформативною та відображати основну ідею проєкту. Чітке визначення тематичного напрямку є критично важливим, адже воно впливає на подальший вибір методів, ресурсів та партнерів. *Рекомендація:* необхідно уникати загальних назв, що не розкривають специфіку завдань, і варто надати перевагу конкретним формулюванням, які однозначно відображають сутність проєкту.

2. *Визначення кінцевих цілей і завдань.* Формулювання цілей має бути конкретним, вимірюваним, досяжним, релевантним та обмеженим у часі (SMART). Цей етап формує основу для подальшого планування заходів і встановлення критеріїв оцінки ефективності реалізації проєкту. *Рекомендація:* варто уникати розмитих і надто амбіційних цілей, які не можуть бути об'єктивно перевірені у межах визначеного періоду.

3. *Покроковий опис заходів.* Розроблення детального плану дій повинна охоплювати послідовність заходів, розподіл відповідальності між учасниками, встановлення чітких термінів виконання та визначення місць проведення заходів. Кожен етап має бути логічно зв'язаний із загальною метою проєкту. *Рекомендація:* необхідно структурувати план таким чином, щоб кожен захід мав конкретно визначені дедлайни і відповідальних осіб, що дозволить здійснювати контроль за виконанням і оперативно реагувати на зміни. Варто уникати неструктурованих планів без конкретних термінів реалізації.

4. *Складання детального бюджету.* Бюджет проєкту має охоплювати всі передбачувані витрати: адміністративні, витрати на реалізацію заходів, матеріально-технічне забезпечення, транспортні витрати та витрати на

звітність. Необхідно окреслити, який відсоток витрат покривається грантовими коштами, а який – власним внеском організації. Дотримання нормативів (наприклад, адміністративні витрати до 20% від вартості субсидії та власний внесок не менше 15% від загальної вартості проєкту) є обов’язковим. *Рекомендація:* варто дбати про прозорість і деталізацію розрахунків, уникати надмірно завищених або занадто занижених цифр, що можуть викликати сумніви у грантодавців щодо реалістичності бюджетного планування.

5. *Оцінка фінансових обмежень.* Важливо чітко визначати категорії витрат, які не можуть бути профінансовані за рахунок грантових коштів (наприклад, інвестиції в нерухомість, комерційну діяльність або політичні заходи). Чітке розмежування фінансових потоків забезпечує відповідність проєкту вимогам грантодавця та сприяє ефективному управлінню ресурсами. *Рекомендація:* важливо чітко і ретельно фіксувати та обґрунтовувати всі витрати, які не передбачені грантовим фінансуванням, із зазначенням їх суті, призначення та джерел покриття, щоб уникнути неоднозначного трактування під час розгляду заявки.

Підготовка проєктної заявки є інтегральним процесом, який вимагає високої дисципліни, системності та наукової обґрунтованості. На основі накопиченого досвіду можна зробити такі висновки:

- **аналітична обґрунтованість:** кожен етап має ґрунтуватися на достовірних даних, статистичних показниках і результатах попередніх досліджень; це створює фундамент для об’єктивної оцінки запропонованої стратегії та підвищує довіру до проєкту;
- **прозорість і деталізація:** чітке документування всіх етапів, зокрема бюджетні розрахунки та опис методології, є критичною умовою для ефективного контролю та успішної реалізації проєкту; прозорість є одним із ключових критеріїв оцінки проєктів грантодавцями;

- **гнучкість і адаптивність:** незважаючи на необхідність детального планування, проєкт повинен зберігати здатність адаптуватися до змін у зовнішньому середовищі; надто жорстке планування може призвести до невідповідності реальним умовам, тому важливо забезпечити достатню гнучкість для оперативного реагування на непередбачувані обставини;
- **уникнення помилок:** найбільші труднощі виникають через недокументовані припущення, недостатню деталізацію або некоректно оцінені витрати; варто уникати розмитих цілей та невизначених бюджетних розрахунків, що можуть негативно вплинути на рішення грантодавця.

Підсумовуючи вищезазначене, можна зазначити, що написання та подання проєктної заявки є процесом, який інтегрує кращі практики, системний аналіз та постійне вдосконалення. Використання цих рекомендацій сприятиме створенню конкурентоспроможного та науково обґрунтованого проєкту, який відповідає вимогам сучасних грантових програм, зокрема програми RITA, а також інших ініціатив, і дозволить ефективно реалізувати стратегічні цілі організації.

Таким чином, реалізація проєктної діяльності є ключовим інструментом для розвитку стратегічних ініціатив у сферах освіти, охорони здоров'я, соціальної політики та фізичної культури. Грантові програми дозволяють створювати стійкі партнерства, розширювати можливості міжнародного співробітництва та забезпечувати ефективне використання ресурсів для досягнення суспільно значущих результатів.

Значний досвід реалізації проєктів свідчить, що успіх ініціатив залежить не лише від правильного планування, а й від чіткої структури виконання, адаптивності до змін і здатності генерувати довготривалий вплив. Вдало реалізовані проєкти є не лише завершеним етапом певної діяльності, а й джерелом нових можливостей для подальшого розвитку. Вони формують міцну платформу для упровадження інновацій, зміцнення міжорганізаційної співпраці та підвищення рівня кваліфікації учасників.

У таблиці 6.1 представлено перелік вже реалізованих міжнародних проєктів, що демонструють практичну цінність партнерських ініціатив та їхній вплив на різні сфери суспільного життя [437]. Ці проєкти не лише сприяли досягненню конкретних цілей, а й забезпечили низку додаткових ефектів, таких як розширення професійних зв'язків, підвищення компетентності фахівців, розвиток матеріально-технічної бази та залучення нових грантових ресурсів.

Таблиця 6.1

Перелік міжнародних проєктів, що були реалізовані в ході дослідження

Назва програми	Назва проєкту	Рік реалізації	Країна реалізації (заклад вищої освіти)
RITA – Przemiany w regionie	Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування	2020, 2022, 2024	Казахстан (Університет імені Жубанова в Актобе, Академія фізичної культури та масового спорту в Астані)
RITA – Przemiany w regionie	Самодіагностика раку грудей у молодих українок	2020	Україна (Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, Харківська державна академія фізичної культури, Житомирський державний університет імені Івана Франка, Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія, Херсонський державний університет)
RITA – Przemiany w regionie	Освіта з самодіагностики раку грудей серед казахської молоді	2022	Казахстан (Університет імені Шакаріма, м. Сімей, Медичний університет у Сімей)
RITA – Przemiany w regionie	Український центр ерготерапії через адаптаційні ігри	2023	Україна (Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, Харківська державна академія фізичної культури, Міжнародний економічний гуманітарний університет імені Степана Дем'янчука)

Продовж. табл. 6.1

RITA – Przemiany w regionie	Освіта інструкторів з навчання плаванню немовлят у Казахстані за методикою м'якого ставлення до дітей "Swim With Love"	2024	Казахстан (Казахстанська академія спорту і туризму в Алмати)
RITA – Przemiany w regionie	Український центр ерготерапії через спорт осіб зі спеціальними потребами	2025	Україна (Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, Харківська державна академія фізичної культури, Міжнародний економічний гуманітарний університет імені Степана Дем'янчука)
Wspieramy Ukraine	Академічний пункт незламності (обладнання укриття)	2022, 2023	Україна (Харківська державна академія фізичної культури)
Wspieramy Ukraine	Зони психологічного релаксу та фізичної активності для біженців, які проживають у гуртожитку ХДАФК	2024	Україна (Харківська державна академія фізичної культури)

Таким чином, аналіз реалізованих міжнародних проєктів підтверджує важливість комплексного підходу до упровадження здоров'язбережувальних ініціатив, розвитку інклюзивного простору та формування сучасного освітнього середовища. Ефективна взаємодія між закладами освіти, громадськими організаціями та міжнародними партнерами сприяє довготривалому впливу проєктів на рівень здоров'я населення та соціальну інтеграцію різних груп суспільства.

Отже, проєктна діяльність є одним із найефективніших інструментів формування культури здорового способу життя та здоров'язбереження серед різних груп населення. Вона об'єднує освітні, практичні, інфраструктурні та психологічні аспекти, забезпечуючи комплексний підхід до вирішення проблем здоров'я. Завдяки міжнародному співробітництву та міжсекторному партнерству, такі проєкти мають потужний вплив на підвищення якості життя,

зменшення поширеності хронічних захворювань та популяризацію здорових звичок у суспільстві. Тому одним із завдань нашого дослідження було проаналізувати та довести ефективність реалізації міжнародних проєктів протягом 2020-2024 рр.

6.2. Вплив реалізації проєкту «Центр ерготерапії через адаптаційні ігри» на прикладі Польщі та України

За час пандемії люди тривалий час вимушені були більшу частину часу перебувати вдома. Це стосувалось різних верств населення, зокрема найбільш вразливих категорій осіб, таких як людей з інвалідністю та людей похилого віку. Тому відкриття Академічного спортивно-оздоровчого центру активізації людей з особливими потребами в Університеті економіки в Бидгощі в рамках реалізації міністерського проєкту «Społeczna odpowiedzialność nauki – Popularyzacja nauki i promocja sportu» було надзвичайно актуальним.

Реалізація абсолютно нового підходу до реабілітації та соціалізації різних груп населення, зокрема людей з особливими потребами, відбувалася завдяки застосування адаптивних ігор, що дозволяють розвивати нові навички та інтегруватися в соціальне життя через спорт. Залучення та активізація людей з особливими потребами, є важливим кроком, як для науки, так і для спорту.

Основна мета проєкту – популяризація адаптивних спортивних ігор для різних груп населення, зокрема людей з особливими потребами, з метою досягнення їх психологічної та фізичної реабілітації в процесі соціальної адаптації.

Конкретні цілі передбачають:

- 1) забезпечення належних умов психологічної підтримки людей з інвалідністю для їх соціалізації через діяльність Центру;
- 2) підвищення мотивації людей з потребами займатися іграми, сприяючи таким чином подоланню їхніх страхів, відчуження та труднощів;
- 3) здобуття віри у власних силах та можливостях, збагатитися новим

досвідом та можливостями спілкування;

4) сприяння використанню адаптивних ігор у соціальній та фізичній реабілітації людей з особливими потребами;

5) зміцнення здоров'я, фізичного тону, координації рухів, підвищення функціональних можливостей організму, що сприяє підвищенню витривалості, спілкування, психофізичної активності, взаємодопомоги та пропаганді здорового способу життя.

Проект тривав з листопада 2021 року по грудень 2022 року.

З метою створення належних умов для соціалізації та психологічної підтримки в Центрі проводилися заняття для різних груп населення (дітей, молоді, людей похилого віку), серед яких і люди з інвалідністю. До програми занять було заплановано комплекси ігор: «Матрьошка», «Кульбутто», «Шафлборд», «Корнхол», «Керлінг» та інші, що сприяли розвитку адаптивного фізичного виховання та спорту, адаптації й соціалізації, через набуття ігрових навичок, змагального досвіду, встановлення дружби та групової співпраці. Існують як індивідуальні, так і колективні варіанти гри, що дозволяють задовольнити індивідуальні потреби в змаганні та сприяють розвитку компетенцій командної роботи. Протягом року проходили навчання інструкторів-суддів, заняття, тренінги, показові виступи для студентської молоді, різноманітні онлайн та офлайн турніри.

Під час реалізації проекту в 16 центрах Куявсько-Поморського воєводства були проведені навчальні курси, семінари та міні-турніри, які виявили великий інтерес до цього інноваційного виду адаптації.

Адаптивні спортивні ігри є занадто новою концепцією в напрямку активного проведення вільного часу. Тому проведення детальних досліджень у цьому руслі є необхідним для подальшого використання адаптивних спортивних ігор у процесі фізичного виховання, реабілітації, рухової активності, а також покращенню самопочуття та якості життя людей різних соціальних груп.

Для виявлення ефективності використання адаптивних спортивних ігор у Польщі проведено дослідження серед різних груп населення, зокрема й людей похилого віку та осіб з особливими потребами. Дослідження здійснювалося серед учасників одноденних спортивних заходів з використанням адаптивних спортивних ігор у Куявсько-Поморському воєводстві, організованих Академічним центром спортивно-оздоровчих ігор на базі Університету економіки в Бидгощі за підтримки Міністерства освіти та наука республіки Польща в період з квітня по червень 2022 року [441].

Особливості психологічного стану оцінювалися за допомогою стандартного тесту ТРАНС перед початком та наприкінці спортивного заходу, що дозволило визначити динаміку таких показників як тривожність, працездатність, активність, настрій і самопочуття. В опитуванні взяли участь 127 респондентів (65 жінок та 62 чоловіки). Вік учасників дослідження: 18-29 років – 18,1%; 30-49 років – 32,2%; 50-60 років – 20,5%; 60 років і старше – 29,2%. Серед респондентів 62,2% проживало в місті, а 37,8% – у сільській місцевості. Жоден з учасників дослідження не мав досвіду гри в адаптаційні ігри.

У таблиця 6.2 наведено зміни психологічного стану учасників дослідження під впливом адаптивних спортивних ігор. Встановлено, що заняття із використанням адаптивних спортивних ігор позитивно вплинули як на жінок, так і на чоловіків.

Таблиця 6.2

Показники тривожності, працездатності, активності, настрою та самопочуття учасників за період проведення заходу із використання адаптивних спортивних ігор (за методикою ТПАНС), бали

Показники		На початку заходу	Наприкінці заходу	Оцінка достовірності	
		$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	p
Тривожність	жінки ($n_1=n_2=65$)	75,8±8,42	52,3±5,74	2,31	p<0,05
	чоловіки ($n_1=n_2=62$)	80,4±9,61	65,8±4,93	1,35	p>0,05

Продовж. табл. 6.2

Працездатність	жінки ($n_1=n_2=65$)	16,4±6,38	30,4±4,27	1,82	$p>0,05$
	чоловіки ($n_1=n_2=62$)	18,8±5,94	32,7±3,83	1,97	$p>0,05$
Активність	жінки ($n_1=n_2=65$)	26,4±7,83	58,6±4,95	3,48	$p<0,001$
	чоловіки ($n_1=n_2=62$)	23,8±8,15	51,6±5,39	2,85	$p<0,01$
Настрій	жінки ($n_1=n_2=65$)	33,2±5,37	50,6±3,25	2,77	$p<0,01$
	чоловіки ($n_1=n_2=62$)	31,6±6,02	48,3±3,74	2,36	$p<0,05$
Самопочуття	жінки ($n_1=n_2=65$)	24,9±5,37	43,6±3,95	2,81	$p<0,01$
	чоловіки ($n_1=n_2=62$)	22,3±6,14	39,8±4,26	2,34	$p<0,05$

Так, у жінок під впливом адаптивних ігор більшою мірою підвищилися показники активності – на 32,2 бала ($t=3,48$; $p<0,001$), настрою – на 17,4 бала ($t=2,77$; $p<0,01$), самопочуття – на 18,7 бала ($t=2,81$; $p<0,01$) та знизилися показники тривожності – на 23,5 бала ($t=2,31$; $p<0,05$), у чоловіків достовірно поліпшились лише показники активності ($t=2,85$; $p<0,01$), настрою ($t=2,36$; $p<0,05$) та самопочуття ($t=2,34$; $p<0,05$).

Рівень працездатності, як у жінок, так і у чоловіків, також мав позитивні зрушення, але достовірність не була виявлена ($p>0,05$).

Таким чином, можна зробити висновок, що адаптивні спортивні ігри позитивно вплинули на психологічний стан та самопочуття респондентів. Опитування учасників щодо їх самопочуття на початку та наприкінці спортивних заходів з адаптивних ігор також виявило позитивні зміни респондентів. Цікавим виявлено той факт, що учасники спортивних заходів, які мали захворювання та вади, перестали відчувати внутрішні бар'єри: страх, сором, несприйняття суспільством. Також заслуговують на увагу позитивні зміни в контролі над емоціями та стресом. Більшість респондентів помітили

зменшення конфліктних ситуацій, особливо з боку тих, хто й спричинив ці конфлікти. Наприкінці спортивного заходу з адаптивними іграми респонденти відчували поліпшення настрою та помітили, що стали більш відкритими для спілкування. Більшість респондентів зазначили, що вподобали цей вид рухової активності та із зацікавленістю засвоювали нові знання та уміння. Таким чином, можна стверджувати про позитивний вплив спортивних заходів із використанням адаптивних ігор на самопочуття, як елемент якості життя, різних груп населення.

У зв'язку із вдалою реалізацією цього проєкту та підтвердженою ефективністю застосування адаптивних ігор для поліпшення якості життя населення, було подано заявку та виграний проєкт в рамках конкурсу «RITA - Przemiany w regionie» фонду Edukacja dla Demokracji під назвою «Ukraińskie centrum terapii zajęciowej poprzez gry adaptacyjne».

Проєкт спрямований на запровадження польського досвіду у сфері ерготерапії засобами адаптивних ігор в Україні шляхом відкриття трьох українських центрів ерготерапії в трьох університетах-партнерах (Львів, Рівне, Харків). Діяльність центрів спрямована в першу чергу на тимчасово переміщених осіб різного віку, статі та фізичних здібностей, зокрема інвалідів. Ефективність цього методу та його позитивний вплив на психічний та фізичний стан цієї категорії людей було доведено роботою такого центру в Польщі протягом 2022 року.

Проєкт передбачав навчання майбутніх співробітників центру в Польщі, придбання необхідних наборів адаптивних ігор, відкриття центрів у трьох містах України (Львів, Рівне, Харків) та безкоштовне їх функціонування. Проєкт тривав з січня 2023 року по травень 2024 року. Безпосередніми учасниками роботи Центрів стало понад 1000 осіб різної статі, віку та соціального положення. Від загальної кількості учасників проєкту 70% склали внутрішньо переміщені особи, серед яких діти; 18% –

люди з особливими потребами; 12% – військовослужбовці, які знаходились на реабілітації.

У процесі роботи Центрів проводилося соціологічне опитування внутрішньо переміщених осіб щодо самооцінки власного самопочуття за допомогою методики САН (Самопочуття. Активність. Настрій). Учасникам дослідження було запропоновано заповнити типову карту щодо самооцінки самопочуття, активності та настрою на початку та наприкінці заняття з адаптивних ігор. Усі учасники були розподілені на дві вікові групи: 6-17 років – група дітей (n=126); 18 років і старше – група дорослих (n=89). Отримані дані представлені в табл. 6.3.

Таблиця 6.3

Оцінка самопочуття, активності та настрою дітей і дорослих до та після заняття адаптивними спортивними іграми, бали (за методикою САН)

№	Шкали		До заняття	Після заняття	Оцінка достовірності	
			$\bar{X}_1 \pm m_1$	$\bar{X}_2 \pm m_2$	t	P
1	Самопочуття	Діти (n=126)	32,9±5,81	51,3±4,62	2,48	<0,05
		Дорослі (n=89)	28,7±6,27	54,2±4,81	3,23	<0,01
2	Активність	Діти (n=126)	45,1±4,62	61,2±2,31	3,12	<0,01
		Дорослі (n=89)	36,4±5,27	49,8±2,31	2,33	<0,05
3	Настрій	Діти (n=126)	41,5±4,34	64,1±2,19	4,65	<0,001
		Дорослі (n=89)	38,4±5,72	57,4±3,95	2,73	<0,01

Встановлено, що заняття адаптивними спортивними іграми в цілому позитивно вплинули на усіх учасників дослідження. До початку дослідження у дітей було встановлено середню оцінку самопочуття, активності та настрою, у дорослих самопочуття було на низькому рівні, а активність і настрої мали також, як і у дітей, середню оцінку. Наприкінці дослідження (після заняття адаптивними іграми) найбільші зрушення були в самооцінці настрою як у

дітей, так і у дорослих. Так, у дітей показники настрою від занять адаптивними іграми підвищилися на 22,6 бала ($t=4,65$; $p<0,001$), а у дорослих – на 19,0 бала ($t=2,73$; $p<0,01$). Після повторного опитування наприкінці заняття з використанням адаптивних ігор було встановлено, що у дітей оцінка самопочуття покращилася на 18,4 бала ($t=2,48$; $p<0,05$), а активності – на 16,1 бала ($t=3,12$; $p<0,01$), тоді як у дорослих ці показники змінилися – на 25,5 бала ($t=3,23$; $p<0,01$) та 13,4 бала ($t=2,33$; $p<0,05$) відповідно (табл. 6.3).

Також було проведено дослідження щодо рівня соціальної адаптації дітей шкільного віку під час воєнного стану в Україні. Вік дітей склав $10,8 \pm 2,49$ років. Дітей було умовно поділено на дві групи: до групи 1 увійшли діти вимушено переміщених осіб ($n=32$), а до групи 2 їх однолітки, які не змінювали постійного місцеперебування ($n=46$) під час воєнного стану в Україні. На рис. 6.2. представлено рівні соціальної адаптації дітей до та після заняття адаптивними спортивними іграми.

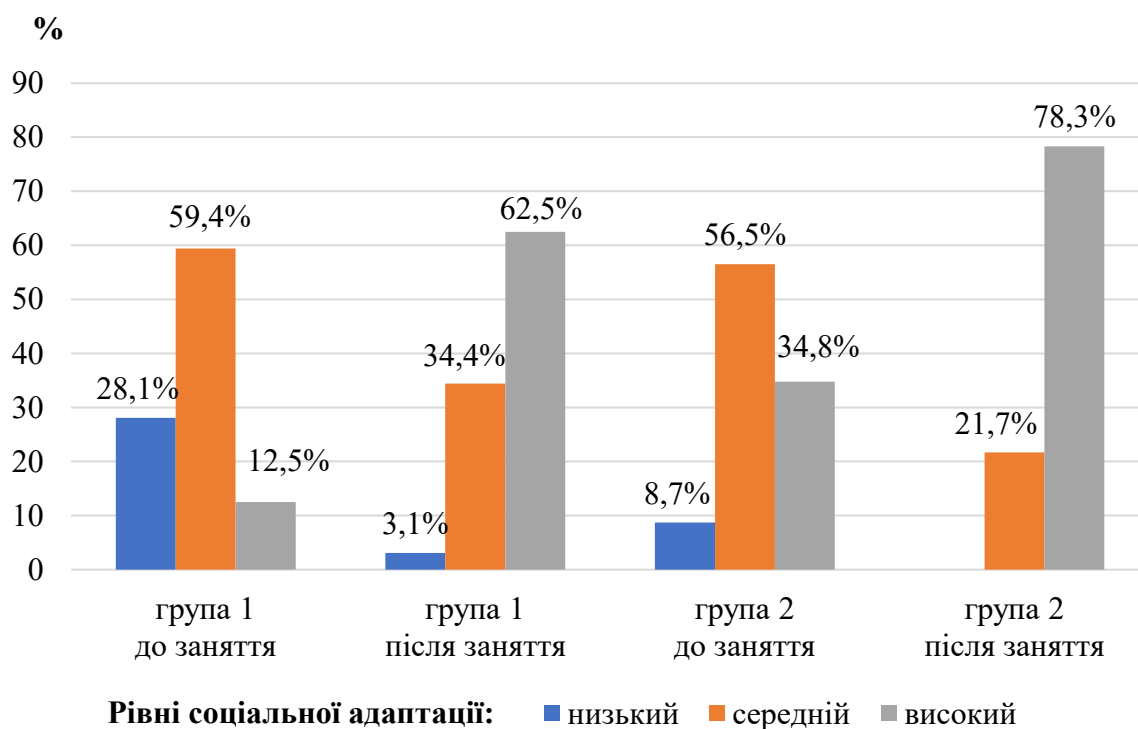


Рис. 6.2. Рівень соціальної адаптації дітей групи 1 (вимушені переселенці) та групи 2 (які не змінювали постійного місцеперебування) до та після занять адаптивними спортивними іграми

Так, зменшилась кількість дітей з сімей вимушених переселенців, у яких було виявлено низький рівень соціальної адаптації: до заняття адаптивними іграми було 28,1%, після заняття стало 3,1%. Своєю чергою, значно збільшилася кількість дітей цієї категорії з високим рівнем соціальної адаптації (до заняття – 12,5%, після заняття – 62,5%). Аналогічні зміни соціальної адаптації відбулися й у дітей з групи 2, тобто кількість дітей з високим рівнем адаптації значно збільшилась через тих, що мали середній та низький рівень на початку заняття, а дітей з низьким рівнем соціальної адаптації після заняття взагалі не було виявлено.

Отримані дані свідчать про позитивний вплив навіть нетривалих занять адаптивними іграми на психічний стан та соціальну адаптацію дітей, що, перш за все, підтверджує ефективність упровадження цього проєкту на території України, що спрямований на зменшення негативних явищ переселення, появи депресії, тривоги та побудови зв'язків й інтеграції.

Для дорослої людини, а дитини особливо, вимушене переселення з рідного дому викликає багато особистісних проблем, таких як тривожність, дратівливість, невпевненість, розчарування, та можуть стати причиною розвитку різноманітних захворювань, таких як депресія тощо. Тому дуже важливим є забезпечення цієї категорії осіб різноманітними терапевтичними методами та засобами, здійснювати низку заходів соціальної адаптації, інтеграції, групової терапії та постійного контакту з іншими людьми для усунення явища соціальної ізоляції. Наразі саме реалізація цього проєкту дозволила вирішити психологічні проблеми соціально незахищених верств населення, а саме, внутрішньо переміщених осіб.

Негативний вплив воєнного стану має значний вплив на різні аспекти здоров'я людини. Постійний стрес, що виникає внаслідок небезпеки, віддаленості від дому, фізичних та психологічних випробувань, може призвести до розвитку різних психологічних проблем, таких як тривога,

депресія, посттравматичний стресовий розлад, що своєю чергою впливає на фізичне здоров'я людини [172, 274].

Посттравматичний стресовий розлад (Post-traumatic stress disorder (PTSD) є наслідком переживання травматичної події під час війни, наприклад бойових дій, або травматичної події [258]. Люди з посттравматичним стресовим розладом ще тривалий час можуть відчувати психологічні наслідки травми, зокрема повторне переживання симптомів, уникнення подібних подразників, негативний настрій, а також підвищене фізичне збудження [218, 430, 448].

Військовослужбовці щодня стикаються зі стресом. Основними вимірами стресу осіб, які знаходяться на військовій службі є: небезпека, робоче навантаження, ізолюваність, двозначність, безсилля та іноді нудьга [251, 279]. У зв'язку з технологічним розвитком усі військові знаходяться під постійною загрозою життя. Учасники сучасної війни стикаються з порушенням глобальних цінностей та своїми переконаннями, що іноді підриває основне почуття людяності, не дивлячись на всебічну підготовку військовослужбовців, зокрема і психологічну [186, 323].

На сьогодні понад 500 тисяч українців отримали статус учасника бойових дій в Україні. Вже понад 75% з них потребують психологічної реабілітації, а 32% потребують довготривалих реабілітаційних заходів. Дослідженнями Abramov et al., 2020 [176] встановлено, що бойовий травматичний досвід негативно позначається на здоров'ї учасників бойових дій. Багато військовослужбовців не знають, як впоратися зі стресом та іншими негативними станами. Навіть під час повернення до мирного життя вони переживають нові стреси, що пов'язані із соціальною адаптацією, труднощами у спілкуванні з рідними та оточенням, самореалізацією тощо.

Тому дуже важливим є забезпечення підтримки військових, завдяки пошуку нових технологій, щоб вони могли краще впоратися з психологічними проблемами та зберегти власне здоров'я.

У низці робіт висвітлено аспекти психологічної реабілітації військовослужбовців. Наприклад, психологічні чинники впливу бойових дій на стан військовослужбовців проаналізовано в дослідженнях [19, 89, 90], різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями вивчали [13, 216].

Емоції є одним із основних механізмів внутрішньої регуляції психічної діяльності та поведінки людини. Емоції – це різноманітні переживання людини, які відображають життєві стосунки з навколишнім світом та іншими людьми. Prib et al. [416] досліджують вивчення проявів емоцій військовослужбовців у воєнний час.

Позитивні емоції можуть мати важливий вплив на психічний стан військовослужбовців, як в умовах військової служби, так і під час реабілітації. Завдяки позитивним емоціям знижується рівень стресу та тривоги, що допомагає у впорядкуванні з воєнними викликами та труднощами; підвищується настрій та емоційний стан, що сприяє підтримці психічного здоров'я військових; збільшується мотивація та внутрішні сили для подолання труднощів і досягнення поставлених цілей. Тобто культивування позитивних емоцій серед військовослужбовців може бути корисним для їх загального благополуччя та впорядкування з посильними викликами військової служби.

Тому подальше наше дослідження було присвячене виявленню впливу занять адаптивними іграми на військовослужбовців, які знаходяться на реабілітації. Адаптаційні ігри впливають на соціалізацію та інтеграцію особистості, що дозволяє їй активно поширюватися в різні соціальні середовища, посилено брати участь у праці та суспільному житті колективу, влаштовувати свій побут відповідно до норм і правил соціуму. Основним завданням адаптивних ігор, як засобу ерготерапії, є реалізація психолого-педагогічної, реабілітаційної та соціальної функцій, зокрема функції фізичного виховання, як для громадян з обмеженими можливостями та працездатних осіб, так і для суспільства в цілому.

У дослідженні взяли участь 64 військовослужбовці чоловічої статі, які знаходилися на реабілітації у лікувально-оздоровчому закладі після поранення різного характеру: ураження опорно-рухового апарату (35,3%), часткова ампутація верхніх кінцівок (5,9%), черепно-мозкові травми різного ступеня, зокрема контузії (58,8%). Усі учасники дослідження були руховоактивними, тобто самостійно переміщувались по території лікувально-оздоровчого закладу. Середній вік учасників склав $49,1 \pm 9,82$ років. Військовослужбовці були поділені на дві групи: контрольну ($n=30$) та експериментальну ($n=34$). За загальною характеристикою та станом здоров'я учасників дослідження групи були однорідними. Контрольну групу склали військовослужбовці, які відвідували лише заняття з реабілітації. До експериментальної увійшли військовослужбовці, які протягом трьох тижнів, додатково до реабілітаційного процесу, брали участь у заняттях із використанням адаптивних ігор (Cornhole, Jacollo, Elastik, Kulbutto, Boccia, Paka laka). Заняття проводилися волонтерами Польсько-українського адаптаційного центру Харківської державної академії фізичної культури, який створено в рамках реалізації проєкту «RITA - Region in Transition» та під наглядом лікарів фізичної та реабілітаційної медицини й психологів лікувально-оздоровчого закладу (три рази на тиждень, тривалістю 90 хв кожне).

Дослідження тривало три тижні та передбачало визначення психологічного стану та швидкості сенсомоторної реакції військовослужбовців, які знаходяться на реабілітації, на початку та наприкінці дослідження.

Особливості психологічного стану оцінювалися за допомогою стандартного тесту ТРАНС, що дав змогу визначити динаміку таких показників як тривожність, працездатність, активність, настрої і самопочуття. Інструмент для самооцінки особистості представлений у вигляді реєстраційного бланку, що складався з 40 рядків, в кожному з яких було два прикметники, протилежних за значенням, та чисел, що означають ступінь

виразності кожної ознаки: 3 (сильно виражена), 2 (виражена в середньому ступені), 1 (слабо виражена).

Для оцінки сенсомоторних реакцій військовослужбовців, які знаходяться на реабілітації, використовувалась комп'ютерна програма визначення реакції вибору – Visuomotor Choice Reaction; визначення реакції на об'єкт, що рухається – Reaction RMO Pro, що розроблена Romanenko V., 2017 та встановлена на планшетних комп'ютерах під управлінням iOS.

За результатами тесту ТПАНС встановлено, що заняття з використанням адаптивних ігор позитивно впливають на рівень психологічного стану військовослужбовців, які знаходяться на реабілітації у лікувально-оздоровчому закладі. Усі показники мали позитивні зрушення, але в різному ступені. Так, в експериментальній групі показники тривожності знизились на 25,9 бала ($t=2,23$; $p<0,05$); підвищились показники активності – на 31,7 бала ($t=2,90$; $p<0,01$); настрою – на 17,2 бала ($t=2,89$; $p<0,01$) та самопочуття – на 22,0 бала ($t=2,73$; $p<0,05$); показники працездатності також покращились, але достовірність не була виявлена ($p>0,05$) (табл. 6.4).

Таблиця 6.4

Показники тривожності, працездатності, активності, настрою та самопочуття військовослужбовців експериментальної та контрольної груп на початку та наприкінці дослідження (за методикою ТПАНС), бали

Показники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$X_1 \pm m_1$	$X_2 \pm m_2$	t	p
Тривожність	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	74,1 $\pm$ 9,61	48,2 $\pm$ 6,48	2,23	$p<0,05$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	73,2 $\pm$ 8,79	64,8 $\pm$ 5,04	0,83	$p>0,05$
		$t=0,07$; $p>0,05$	$t=2,02$; $p<0,05$		
Працездатність	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	14,8 $\pm$ 7,53	34,9 $\pm$ 6,42	2,03	$p>0,05$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	15,3 $\pm$ 6,29	29,6 $\pm$ 5,39	1,73	$p>0,05$
		$t=0,05$; $p>0,05$	$t=0,63$; $p>0,05$		
Активність	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	25,0 $\pm$ 8,08	56,7 $\pm$ 7,36	2,90	$p<0,01$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	24,6 $\pm$ 7,93	32,4 $\pm$ 6,92	0,74	$p>0,05$
		$t=0,04$; $p>0,05$	$t=2,41$; $p<0,05$		

Продовж. табл. 6.4

Настрій	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	30,6±5,07	47,8±3,12	2,89	$p<0,01$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	29,7±6,23	36,9±4,27	0,95	$p>0,05$
		$t=0,11; p>0,05$	$t=2,06; p<0,05$		
Самопочуття	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	20,1±6,28	42,1±5,03	2,73	$p<0,05$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	21,4±5,93	30,7±4,62	1,24	$p>0,05$
		$t=0,15; p>0,05$	$t=1,67; p>0,05$		

Військовослужбовці контрольної групи також мали позитивні зрушення в показниках тривожності, працездатності, активності, настрою та самопочуття, але достовірність не була виявлена ($p>0,05$). Водночас наприкінці дослідження виявлено міжгрупові відмінності в показниках тривожності ($t=2,02; p<0,05$), активності ($t=2,41; p<0,05$) та настрою ($t=2,06; p<0,05$) на користь експериментальної групи.

У ході визначення прояву простої реакції військовослужбовців, які знаходяться на реабілітації, встановлено, що застосування адаптивних ігор позитивно впливає на швидкість та точність сенсомоторної реакції. Так, завдяки заняттям із використанням адаптивних ігор час реакції зменшився на 25,8% ($t=3,18; p<0,01$), а якість реакції покращилася на 15,4% ($t=2,64; p<0,05$) (табл. 6.5).

Таблиця 6.5

Результати часу реакції вибору військовослужбовців експериментальної та контрольної груп на початку та наприкінці дослідження

Показники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$X_1 \pm m_1$	$X_2 \pm m_2$	t	p
Час реакції, ms	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	302,9±22,19	224,7±10,63	3,18	$p<0,01$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	308,2±23,14	273,4±17,53	1,20	$p>0,05$
		$t=0,17; p>0,05$	$t=2,38; p<0,05$		
Кількість точних реакцій, %	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	69,2±4,83	84,6±3,26	2,64	$p<0,05$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	70,9±4,27	76,3±3,22	1,01	$p>0,05$
		$t=0,26; p>0,05$	$t=1,81; p>0,05$		

Показники часу реакції вибору також мали позитивні зрушення у військовослужбовців завдяки адаптивним іграм (табл. 6.6). Найбільш значні зміни виявлено в показниках реакції на кольорові стимули та реакції на фігури. Так, показники реакції на кольорові стимули поліпшились на 23,6% ($t=3,10$; $p<0,01$), а реакція на фігури скоротилась на 21,2% ($t=2,87$; $p<0,01$).

Таблиця 6.6

Результати часу реакції вибору військовослужбовців експериментальної та контрольної груп на початку та наприкінці дослідження, ms

Показники		На початку дослідження	Наприкінці дослідження	Оцінка достовірності	
		$X_1 \pm m_1$	$X_2 \pm m_2$	t	p
Реакція на кольорові стимули	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	1078,7 $\pm$ 78,31	824,2 $\pm$ 24,78	3,10	$p<0,01$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	1085,2 $\pm$ 63,90	975,2 $\pm$ 54,71	1,31	$p>0,05$
		$t=0,04$; $p>0,05$	$t=2,51$; $p<0,05$		
Реакція на кольорові стимули при протидії стимулам, що відволікають	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	1034,1 $\pm$ 70,93	819,7 $\pm$ 36,49	2,69	$p<0,05$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	1048,4 $\pm$ 72,47	961,6 $\pm$ 62,75	0,91	$p>0,05$
		$t=0,14$; $p>0,05$	$t=1,95$; $p>0,05$		
Реакція на фігури	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	1202,1 $\pm$ 85,60	946,7 $\pm$ 28,24	2,87	$p<0,01$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	1194,7 $\pm$ 74,36	1062,8 $\pm$ 45,81	1,51	$p>0,05$
		$t=0,07$; $p>0,05$	$t=2,16$; $p<0,05$		
Реакція на фігури при протидії стимулам, що збивають	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	1191,5 $\pm$ 87,23	974,6 $\pm$ 30,41	2,35	$p<0,05$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	1182,3 $\pm$ 74,36	1075,4 $\pm$ 46,93	1,22	$p>0,05$
		$t=0,08$; $p>0,05$	$t=1,80$; $p>0,05$		
Середнє значення за весь тест	ЕГ ($n_1=n_2=34$)	1126,6 $\pm$ 80,52	891,3 $\pm$ 29,98	2,74	$p<0,05$
	КГ ($n_1=n_2=30$)	1105,2 $\pm$ 79,40	1003,4 $\pm$ 46,73	1,10	$p>0,05$
		$t=0,19$; $p>0,05$	$t=2,02$; $p<0,05$		

Реакція військовослужбовців на кольори та фігури з відволікаючими ефектами також мала позитивні зміни. Показники реакції на кольорові стимули

при протидії стимулам, що відволікають, зменшились на 20,7% ($t=2,69$; $p<0,05$), а на фігури при протидії стимулам, що збивають – на 18,2% ($t=2,35$; $p<0,05$). Загальний результат тесту має також достовірні відмінності ($t=2,74$; $p<0,05$).

Показники сенсомоторної реакції у військовослужбовців контрольної групи також мали позитивні зрушення під час реабілітації, однак достовірність не була виявлена ($p>0,05$). Водночас, наприкінці дослідження виявлені достовірні ($p<0,05$) відмінності між показниками контрольної та експериментальної груп, на користь останніх.

Психоемоційна допомога військовослужбовцям є надзвичайно важливою, оскільки допомагає забезпечити їхнє психічне благополуччя та підтримати їх у важких ситуаціях, з якими вони можуть зіштовхуватися під час військової служби. Головними причинами, чому психоемоційна допомога військовослужбовцям є дуже важливою це: підтримка психічного здоров'я (психологічна підтримка допомагає військовослужбовцям керувати стресом, відчувати підтримку та розвивати стресостійкість, що сприяє збереженню психічного здоров'я); підтримка під час травматичних подій (надання важливої підтримки та допомоги військовослужбовцям, які стикаються з травматичними подіями чи посттравматичним стресовим розладом); поліпшення взаєморозуміння та спілкування (психоемоційна допомога сприяє покращенню міжособистісних стосунків та сприяє позитивному спілкуванню у колективі); збільшення мотивації та ефективності (допомога військовослужбовцям підтримувати високий рівень мотивації та концентрації на виконанні завдань). Отже, психоемоційна допомога військовослужбовцям є ключовим елементом забезпечення їхнього добробуту, психічного здоров'я та успішної служби [367].

Misiura et al. [356] вивчали процес реабілітації чоловіків 25-42 років з наслідками бойових поранень. Kerestei et al. [311] досліджували динаміку

відновлення ходьби, рівноваги та якості життя осіб після гострого порушення мозкового кровообігу у тривалому реабілітаційному періоді.

Дослідження психоемоційного стану військовослужбовців висвітлені у роботах інших авторів. Так, Flood et al. [251] встановили, що постійні зміни технологій і природи війни призводять до певних перетворень факторів стресу, з якими стикаються військовослужбовці. Науковці підкреслили, що існуючі теоретичні моделі залишаються актуальними для розуміння когнітивної стійкості у воєнних умовах, а також важливості оцінки та подолання суб'єктивного досвіду стресу.

Hall et al. [278] вивчали вплив моральної травми на відновлення ветеранів після бойової травми. Науковці припустили, що взаємодія між супутніми захворюваннями, є подвійною: кумулятивний гнів, який виникає через військове життя та досвід бойових дій, має великий вплив на одужання від супутніх захворювань, а уникнення тривожних емоцій шкодить одужанню військовослужбовців.

Аналогічний дизайн дослідження є достатньо поширеним у науці. Piatysotska et al. [135, 136] досліджували рівень сенсомоторних реакцій (проста зорово-моторна і слухово-моторна реакції, реакція вибору, реакція на об'єкт, що рухається, почуття темпу, реакція розрізнення) таяквондистів.

Kozhyna et al. [71] запропонували батарею тестів для визначення психологічного стану, зокрема й тест ТПАНС, що дозволяє визначити динаміку таких показників як тривожність, працездатність, активність, настрій і самопочуття.

У цьому дослідженні вивчалась ефективність та актуальність впровадження проєкту «Український центр ерготерапії адаптаційними іграми» за програмою «RITA - Region in Transition». Завдяки реалізації проєкту в Україні імплементовано польський досвід у галузі ерготерапії шляхом застосування методу адаптивної гри та створення Польсько-українських

адаптаційних центрів. Аналіз реалізації проєктів за програмою «RITA - Region in Transition» висвітлювалися у попередніх дослідженнях [369, 489] .

Метою занять з використанням адаптивних ігор є розвиток таких психофізіологічних якостей, як: власний інтерес; усвідомлення себе як особистості; самоуправління; повага до чужої думки; допитливість і залучення до діяльності; емоційна стійкість; мотивація дій і вчинків.

Науковцями [64, 313, 314] доведено, що адаптаційні ігри мають величезний вплив на нервово-психічний розвиток і формують важливі риси особистості (волю, розум, мужність, чесність, витримку, солідарність). Вони також сприяють розвитку інтуїції, здатності передбачати траєкторію руху, концентрації, мислення, орієнтації в просторі в ігровій ситуації, що постійно змінюється. Таким чином регулярні заняття дають людям можливість для максимальної адаптації, гармонійного розвитку, контакту з духовно-моральними цінностями та інтеграції в суспільство.

Тому дуже важливим є застосовування адаптаційних ігор серед соціально незахищених верств населення, таких як ветерани війни, людей з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, людей похилого віку та пенсіонерів.

Отримані результати доводять ефективність реалізації проєкту «Український центр ерготерапії адаптаційними іграми» за програмою «RITA - Region in Transition» фонду «Освіта для демократії». Завдяки проведеним заходам із використанням адаптивних ігор, що спрямовані на рухову активність, дрібну моторику та увагу позитивно змінився психоемоційний стан та сенсомоторна реакція військовослужбовців, які знаходяться на реабілітації. Представлені результати свідчать про позитивний вплив адаптивних ігор на психоемоційний стан та загальний процес реабілітації військовослужбовців. Тому, можна стверджувати, що адаптаційні ігри є

потужним засобом психологічної реабілітації, а також психоемоційної та соціальної адаптації.

Тому отримані результати дозволяють продовжити реалізацію проєкту «Український центр ерготерапії адаптаційними іграми» за програмою «RITA - Region in Transition» та рекомендувати аналогічні проєкти для реалізації в інших державах.

6.3. Формування умінь надання першої долікарської допомоги в рамках реалізації польсько-казахського проєкту «Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування»

Basic Life Support (BLS) (Базове забезпечення життєдіяльності) означає послідовність долікарської допомоги, яка надається пацієнтам із зупинкою дихання, зупинкою серця або обструкцією дихальних шляхів. Згідно з рекомендаціями Американської кардіологічної асоціації (АНА), кожна пропущена хвилина застосування дефібриляції при зупинці серця знижує рівень виживання на 70–10%. За даними Європейської ради з реанімації (ERC), рання реанімація та негайна дефібриляція (протягом 1-2 хв) можуть призвести до >60% виживання [223].

Дослідники з різних країн [295, 414, 456] вивчали проблематику щодо знань та вмінь оперативної реанімації серця саме серед медичних робітників, зокрема медичних сестер та здобувачів вищої освіти медичних університетів. Під час дослідження встановлено, що ставлення до отримання знань про BLS було дуже позитивним, проте їхні знання з теми були середніми.

Деякі наукові дослідження присвячені вивченню різноманітних методів навчання для засвоєння навичок надання першої долікарської допомоги, а саме використання відеоматеріалу під час самостійного навчання дало змогу збільшити ефективність засвоєння рятувальних дій [382]; застосування

плакатів більш ефективно вплинуло на рівень знань та вмінь, ніж повторна підготовка під керівництвом інструктора [181, 231].

Науковцями встановлене тривале збереження теоретичних знань щодо серцево-легеневої реанімації, тоді як через деякий час знижуються практичні навички, що вимагає більш інтенсивного практичного навчання на повторних курсах [208]. Тому обов'язково необхідно періодично проводити повторні курси серцево-легеневої реанімації лише з компресією та автоматичного зовнішнього дефібрилятора.

В Європейських державах, зокрема в Польщі, навички BLS починають розвивати в дітей у дитячих садках, школах, університетах, а також у людей похилого віку, наприклад, в університетах третього віку. Величезна кількість безкоштовних тренінгів, майстер-класів і навіть конкурсів означає, що фактично кожна людина здатна цілком правильно відреагувати у разі необхідності надання першої долікарської допомоги [447, 486, 487, 488].

Республіка Казахстан має високі показники Sudden Cardiac Arrest (SCA). Провідною особливістю цього стану є раптовість виникнення та короткочасність, коли проміжок від початку симптомів до смерті людини становить лише кілька хвилин. SCA відбувається, коли серце раптово перестає битися і перестає надавати кров до органів, що може призвести до смерті, якщо не надана негайна допомога. Один зі способів зменшення цих ризиків полягає у високому рівні громадської свідомості щодо оперативної реанімації серця (Basic Life Support – BLS) та використання автоматизованих зовнішніх дефібриляторів (AED) свідками подій SCA. Поінформованість свідків події щодо роботи BLS/AED можуть вплинути на зниження смертельних випадків. Встановлено, що у Казахстані ідея освіти за допомогою обладнання, такого як манекени, для навчання високоякісним навичкам компресії грудної клітки на час початку проекту не була достатньою.

Запропонований проєкт мав на меті продовжити втілювати польський досвід у галузі освіти щодо надання першої долікарської допомоги казахському суспільству. Нині Казахстан позиціонує себе як сучасна країна, що стрімко розвивається, використовуючи кращі світові практики і тренди. Водночас, деякі сегменти суспільного життя, на жаль, все ще мають ознаки старої посткомуністичної спадщини і не реформуються швидкими темпами. Таким сегментом є освіта населення з першої долікарської допомоги.

Навчання першої долікарської допомоги в Казахстані проходить в більшості навчальних закладів в основному на основі теорії, часто із застарілих підручників, описуючи старі або неефективні методи допомоги.

Під час попередніх досліджень було встановлено, що з 1000 респондентів, які пройшли опитування щодо знань алгоритму дій надання першої долікарської допомоги, лише 2 зазначили, що можуть використовувати AED, і лише 21 знають, що таке безпечне положення. Ніхто з цих людей не був знайомий з процедурою BLS, незважаючи на те, що знав про необхідність компресії грудної клітки. Це відображає проблему упровадження навчання долікарської допомоги та призводить до зменшення шансів на порятунок потерпілого професійними рятувальними службами [178, 394, 443].

Існуюча проблема настільки важлива, що в серпні 2019 року Міністерство охорони здоров'я Казахстану видало спеціальний закон про встановлення стандартів використання BLS, які ґрунтуються на польському досвіді. З іншого боку, в Казахстані BLS все ще відчувається дефіцит кваліфікованих фахівців та інструкторів за цією спеціальністю.

У рамках програми «RITA – Region in Transition» в Університеті Жубанова в Актобе (Республіка Казахстан) спільно з Європейським спортивно-рятувальним центром реалізовано два партнерські проєкти «Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування»

(тривалість з червня 2020 року по вересень 2021 року) «Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування VOL. 2.0.» (тривалість з червня 2022 року по травень 2023 року). Завдяки реалізації цих проєктів в Університеті Жубанова в Актюбе було відкрито Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування, який обладнано високоякісним спеціалізованим спорядженням Little Family (дорослий, дитя, немовля) (рис. 6.3).



Рис. 6.3. Манекени для відпрацювання серцево-легеневої реанімації у дорослих та дитини (виробник Laerdal Medical AS, Норвегія)

Головною метою проєкту було організувати масовий тренінг і охопити близько 1000 безпосередніх реципієнтів та розширити коло учасників, які пройдуть навчальні курси з надання першої долікарської допомоги, залучивши до нього вихователів дитячих садків, шкільних вчителів і викладачів не тільки з м. Актюбе та Актюбінської області, але і з інших міст Казахстану.

Враховуючи зазначене вище, метою дослідження було оцінити вплив реалізації проєкту «Польсько-казахський регіональний навчальний центр

безпеки та рятування» в рамках програми «RITA – Region in Transition» на рівень знань, навичок та вмінь в галузі домедичної допомоги.

У дослідженні взяли участь 646 учасників тренінгу з навчання надання першої долікарської допомоги з використанням алгоритму BLS на базі Non-Profit Joint Stock Company «K. Zhubanov Aktobe Regional University». Інструктори (представники Асоціації AZS WSG) проводили навчальні заняття протягом трьох днів. Усі учасники були розподілені на групи (по 30–35 осіб). Кожний учасник пройшов 2-годинний тренінг із використанням фантомів Laerdal Medical AS. У тренінгу брали участь усі за бажанням, різного віку, статі, соціального положення та професії (здобувачі вищої освіти – 31,7%, працівники освітніх закладів – 51,2%, медичні працівники – 7%, пенсіонери – 10,1%). Середній вік учасників навчання склав $34,4 \pm 0,35$ років. Гендерний розподіл склав: 80,1% – жінки та 19,9% – чоловіки. Серед учасників 28,8% зазначили, що колись доводилося здійснювати заходи, спрямовані на порятунок життя людини, 3% з яких не були успішними.

Дослідження передбачало тестування на початку та наприкінці навчання надання домедичної допомоги:

- шляхом самооцінки визначався рівень стресу при потраплянні в ситуацію, коли необхідно надати допомогу людині, що втратила свідомість (за 10-бальною шкалою, де 10 балів означає найвищий ступінь стресу);
- оцінку знань алгоритму дій надання BLS за методикою KISS (keep it short and simple) (табл. 6.7);

Таблиця 6.7

**Алгоритм дій надання першої долікарської допомоги
за методикою KISS**

Step 1	Потрясти потерпілого за плечі та звернутися до нього. Сказати – Немає реакції!
Step 2	Одну руку покласти на лоб потерпілого, двома пальцями другої руки підняти підборіддя потерпілого.

Продовж. табл. 6.7

Step 3	Нахилити голову над потерпілим так, щоб вухо було наближене до обличчя потерпілого (в ділянці носа та рота). Перевірити дихання (протягом 10 с). Сказати – Немає дихання!
Step 4	Вказати рукою на інструктора і сказати: - телефонуй 112! - не реагує! - не дихає! - GO DEFI!
Step 5	Покласти зап'ястя однієї руки на тильний бік кисті іншої; нахилитися над постраждалим, не згинаючи руки в ліктях, натискати всім тілом на глибину 5-6 см 30 разів поспіль з частотою 100-120 натискань за хв у (натискання повинні бути імітаційними!)
Step 6	Одну руку покласти на лоб потерпілого, затиснувши ніс, двома пальцями другої руки підняти підборіддя потерпілого та зробити два імітаційні вдихи.
Step 7	3 рази повторити Steps 5 та 6 все швидше і швидше

- оцінку ефективності натискань (у %) на грудну клітку на фантомі (ефективність визначалася мобільним додатком Q CPR, що встановлюється на мобільному пристрої та підключається до фантому через Bluetooth) (рис. 6.4).

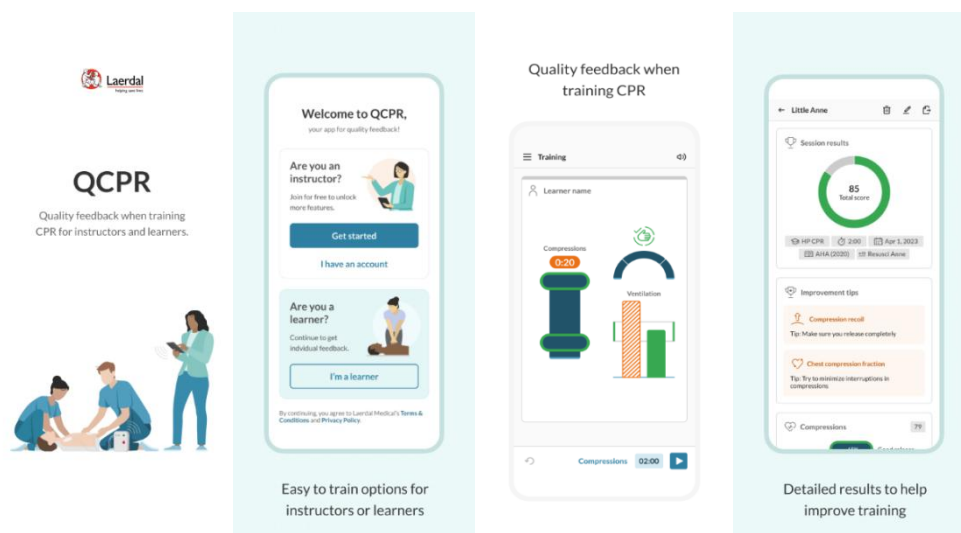


Рис. 6.4. Додаток Q CPR для визначення ефективності натискань на грудну клітку на фантомі фірми Laerdal Medical AS.

Безпосереднє навчання передбачало послідовне засвоєння таких етапів:

I етап – інструктор розповідає та показує алгоритм дій надання першої долікарської допомоги без коментарів за методикою KISS (keep it short and simple) (табл. 1); потім почергово виконує дії проговорюючи їх.

II етап – інструктор показує імітацію з одночасним промовлянням дій, учасники виконують кожну дію разом з інструктором.

III етап – група учасників розподіляються парами та відпрацьовують дії під наглядом інструктора.

За результатами анкетування щодо рівня стресу в разі потрапляння в ситуацію, коли необхідно надати допомогу людині, яка втратила свідомість встановлено, що до навчання 14,7% респондентів мали найвищий ступінь стресу, а після навчання цей показник значно знизився (2,8%). Також встановлено, що після проходження тренінгу велика кількість осіб (65,8%) мали низький рівень стресу (0-3 бали) (рис. 6.5).

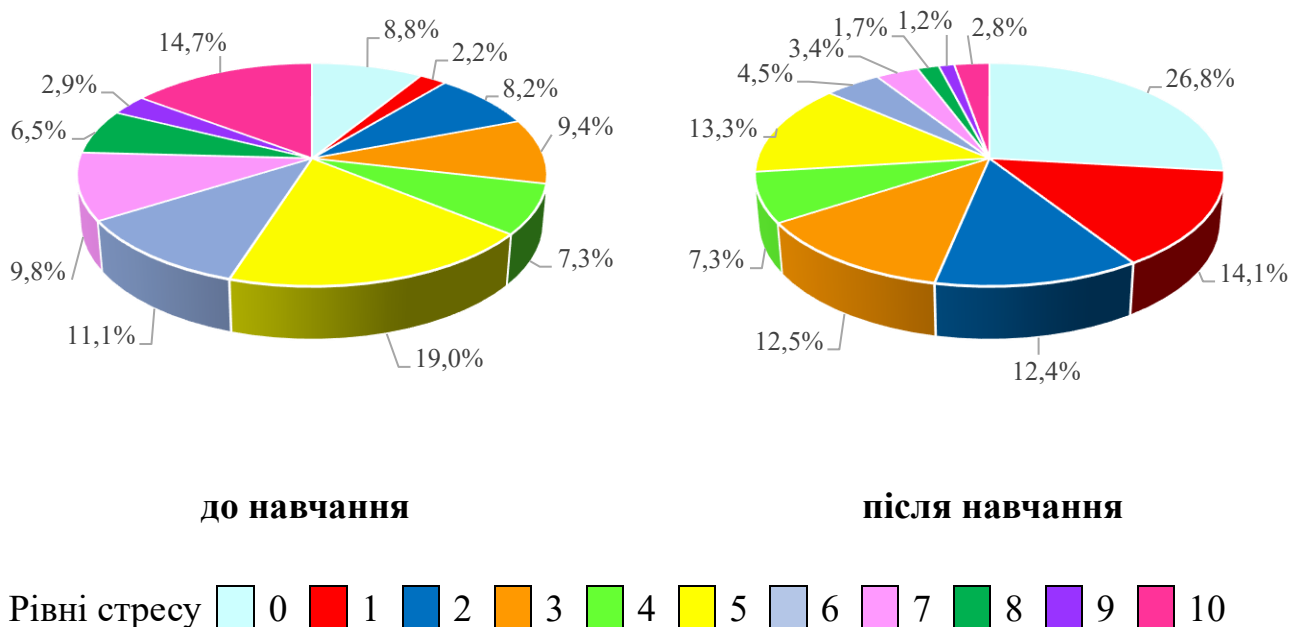


Рис. 6.5. Рівень стресу учасників проєкту в разі потрапляння в ситуацію, коли необхідно надати допомогу людині, яка втратила свідомість, до та після навчання

Середньогруповий рівень стресу достовірно ($t=2,35$; $p<0,05$) знизився після проходження тренінгу. Дані показники свідчать про те, що учасники проєкту стали більш впевненими в ситуації, коли необхідно рятувати життя людини, завдяки надбанням теоретичних знань та практичних навичок BLS (табл. 6.8).

Таблиця 6.8

Оцінка ефективності засвоєння компетенцій надання домедичної допомоги ($n_1=n_2=646$)

Оцінка	До навчання		Після навчання		Оцінка достовірності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	S_1	$\bar{X}_2 \pm m_2$	S_2	t	p
Рівень стресу (за 10-бальною шкалою), бали	4,88±0,69	3,11	2,76±0,58	2,61	2,35	p<0,05
Алгоритм дій BLS, бали	0,38±0,26	1,18	5,69±0,33	1,49	7,11	p<0,001
Ефективність Q CPR, %	26,6±7,08	31,90	79,9±5,19	23,38	6,08	p<0,001

За результатами тестування оцінки алгоритму дій Basic Life Support (BLS) встановлено, що рівень знань та вмінь щодо надання першої долікарської допомоги покращився на 5,31 бала ($t=7,11$; $p<0,001$) (табл. 6.8).

У ході оцінки ефективності натискань на грудну клітку на фантомі до та після навчання також виявлено достовірні ($t=6,08$; $p<0,001$) зрушення учасників проєкту після проходження навчання (табл. 6.8). Так, перед навчанням середньогрупова ефективність Q CPR була 26,6%, після навчання вона вже склала 79,9%.

Важливість послідовного виконання окремих дій алгоритму BLS зумовила необхідність реалізації покрокового аналізу, результати якого наведено на рис. 6.6.

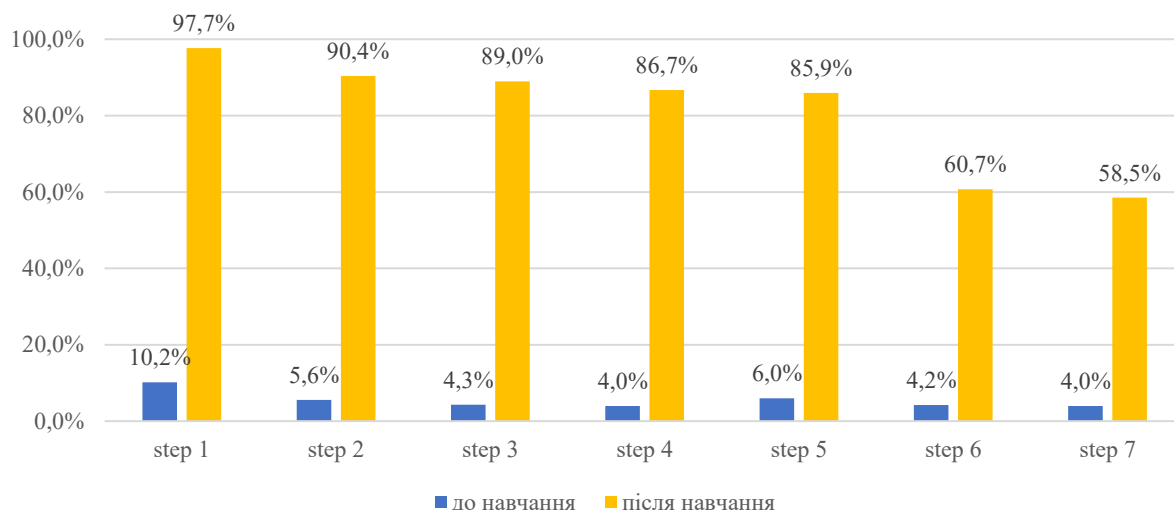


Рис. 6.6. Аналіз знань покрокового алгоритму дій BLS (n=646)

Примітка: 1 – перевірка реакції; 2 – оцінка дихання (нахилити голову і підняти підборіддя); 3 – оцінка дихання (за допомогою зору, слуху та дотику оцінити нормальне дихання протягом 10 с); 4 – виклик швидкої допомоги; 5 – компресії грудної клітки; 6 – рятувальні вдихи; 7 – повторення компресій грудної клітки та рятувальних вдихів.

Так, до навчання 10,2% учасників проєкту знали, що потрібно перевірити реакцію постраждалого, 6% – вміли робити компресії грудної клітки, про інші дії знала мала кількість учасників проєкту (4–5,6%). Після отримання теоретичних знань та практичних навичок більшість (85,9%) учасників проєкту добре засвоїли перші п'ять кроків, 60,7% – виконали весь алгоритм дій BLS, але без повторення компресій грудної клітки та рятувальних вдихів та 58,5% – повністю відтворювали весь цикл рятувальних дій.

Відомості, наведені на рис. 6.6, однозначно доводять суттєве зростання обізнаності учасників відповідно до усіх кроків алгоритму надання домедичної допомоги.

Встановлено, що рівень стресу (як початковий, так і кінцевий) має пряму кореляцію з оцінкою алгоритму Basic Life Support. Так, до навчання надання першої долікарської допомоги кореляційний взаємозв'язок був вищий ($r=0,11$), ніж після отримання знань та навичок ($r=0,15$), що свідчить про підвищення

впевненості в разі потрапляння у ситуацію, коли необхідно рятувати життя людини (табл. 6.9). Також встановлено взаємозв'язок між ефективністю натискань на грудну клітку фантому та оцінкою алгоритму BLS до ($r=0,12$) та після ($r=0,23$) тренінгу. Підвищення взаємозв'язку між цими показниками після проходження навчання доводить про впевненість дій в екстремальній ситуації та ефективність навчання.

Таблиця 6.9

Оцінка кореляції показників рівня стресу, алгоритму дій BLS та ефективності Q CPR учасників проєкту до та після тренінгу ($n_1=n_2=646$)

До навчання				Після навчання			
	1	2	3		1	2	3
1		$r=-0,11^*$	$r=0,02$	1		$r=-0,15^{***}$	$r=-0,01$
2			$r=0,12^{**}$	2			$r=0,23^{***}$
3				3			

Примітка: 1 – рівень стресу в разі потрапляння в ситуацію, коли необхідно надати допомогу людині, що втратила свідомість; 2 – алгоритм дій BLS; 3 – ефективність Q CPR. Критичні значення вибіркового коефіцієнта кореляції: $*0,088$; $**0,115$; $***0,147$.

Взаємозв'язки між 1 та 2 показниками відображають зменшення рівня стресу у зв'язку із підвищенням рівня підготовленості учасників. Це дає підставу стверджувати, що мета проєкту виконана, оскільки підвищення компетентностей учасників проєкту призвело до зменшення їх невпевненості у собі при наданні допомоги. Взаємозв'язок між 1 та 3 показниками свідчить про те, що зменшення рівня стресу також сприяє більш ефективному наданню допомоги. Взаємозв'язок 2 та 3 показників демонструє, що навчання сприяло більш ефективному проведенню реанімаційних заходів. Достовірний характер зв'язків підтверджує зроблені припущення.

Завдяки реалізації проєкту «Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування» в рамках програми «RITA – Region in

Transition» імплементовано досвід польських інструкторів-науковців щодо надання першої долікарської допомоги населенню Казахстану, який був сформований на досвіді провідних фахівців порятунку. Аналіз реалізації проєкту «RITA – Region in Transition» висвітлювався у попередніх дослідженнях [369].

Завдяки курсу BLS відбувається навчання швидко реагувати та виконувати чіткі дії з порятунку життя людини у надзвичайній ситуації, а саме: виконувати високоякісні компресії грудної клітки, проводити відповідну легеневу вентиляцію і забезпечувати раннє використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED). Цей курс є достатньо поширеним та актуальним, тому багато науковців займалися цим питанням [223, 295, 387, 456].

Зворотній дизайн дослідження є доволі частим у науці. Bylow et al. [214] дослідили ефективність різних підходів до навчання BLS, зокрема порівняли самостійне опрацювання матеріалу з навчанням під керівництвом інструктора. Встановлено, що через шість місяців після навчання практичні навички були кращими у тих, хто навчання проводив з інструктором.

Учасниками дослідження стали усі, хто виявив бажання взяти участь у проєкті не залежно від віку, статі, соціального становища, рівня та типу освіти. Не зважаючи на той факт, що 7,0% від загальної кількості учасників мали медичну освіту, загальногруповий приріст результатів знань алгоритму дій BLS покращився на 75,9%. Аналогічні результати дослідження були отримані під час участі у тренінгу, тільки за участю тих, хто мав обмежений або взагалі не мав попереднього досвіду надання першої долікарської допомоги. Результатом 15-хвилинного тренінгу стало поліпшення результатів знань та умінь BLS на 70% [257].

Ще однією перевагою реалізованого проєкту є використання технічних засобів та елементів гейміфікації. Це дозволяє підвищити практичну спрямованість проєкту, полегшити засвоєння навичок та вмінь завдяки

формуванню спеціального динамічного стереотипу. Використання мобільного додатку для оцінки ефективності проведення реанімаційних заходів ілюструє практичну реалізацію принципу зворотного зв'язку, який є основним у оцінці дієвості системи.

Li F. et al. [338] також використовували манекена Laerdal Little Anne Q CPR у своїх дослідженнях. Автори аналізували якість та інтенсивність натискань на грудну клітку манекена з використанням відео перегляду та періодичним відпочинком. Результати цього дослідження показали, що коротке навчальне відео серцево-легеневої реанімації (cardiopulmonary resuscitation) лише для компресії грудної клітки може покращити якість компресії грудної клітки для недосвідчених учасників тренінгу шляхом зменшення втоми та швидкості стиснення грудної клітки (chest compression rate), а також збільшення фракції стиснення (compression fraction) та відсотка правильного ступеня стиснення (percent of correct compression rate). За результатами оцінки ефективності натискання на грудну клітку манекена в ході реалізації проєкту також були отримані достовірні ($t=6,08$; $p<0,001$) зрушення після проходження навчання BLS. Так, загально груповий показник ефективності натискання на грудну клітку манекена після навчання склав 79,9%, тобто покращився на 53,3%.

У нашому дослідженні було отримано не суттєву різницю ($p>0,05$) результатів, однак мали місце відмінності, зумовлені національними особливостями регіону. На наш погляд, результат мав бути значно вищим, оскільки під час реалізації проєкту в деяких учасників було помічено скутість дій за релігійним переконанням.

Важливість дослідження динаміки рівня стресу при потраплянні у екстремальну ситуацію не викликає сумнівів. Людина у такій ситуації повинна діяти автоматично, відволікання мають бути мінімальними. Саме тому навчання спрямоване на формування алгоритму дій, які виконуються незалежно від власного стану. Високий рівень стресу перешкоджає

своєчасності надання допомоги, суттєво знижує якість заходів. Такий страх в екстремальній ситуації від необхідності надавати першу долікарську допомогу було описано раніше [252, 396, 470].

Завдяки навчальним заняттям з надання першої домедичної допомоги було досягнуто вірогідне зниження рівню стресу в разі потрапляння в ситуацію, коли необхідно надати допомогу людині, яка втратила свідомість. Встановлено, що наприкінці дослідження найвищий рівень стресу знизився на 11,9%, також встановлено, що більшість учасників проєкту завдяки проходженню навчання отримали впевненість у своїх діях щодо порятунку життя людини.

Велика кількість наукових досліджень присвячено тривалості збереження навичок надання першої долікарської допомоги. Jadidi et al. [299] досліджували вплив часу та формату повторного навчання BLS на збереження психомоторних навичок, пов'язаних із серцево-легеневою реанімацією. Виявлено, що повторне навчання серцево-легеневої реанімації через шість місяців після початкової підготовки сприяє збереженню навичок через 12 місяців. De Vries et al. [231] довів, що повторна самопідготовка з використанням наочних матеріалів також є ефективною та більш гнучкою, ніж запланована повторна підготовка під керівництвом інструктора.

So et al. [447] результатами власних досліджень демонструють доцільність збільшення кількості шкіл, що навчатимуть діям надання першої долікарської допомоги, зокрема в рамках шкільної програми.

Підсумовуючи вищезазначене, можна стверджувати, що навчання BLS є дуже актуальною темою дослідження, оскільки стосується життя людини, потрібно популяризувати цей освітній напрямок та проводити якомога більше навчальних курсів з BLS задля охоплення великого кола населення, що підтверджено попередніми дослідженнями. Автори проєкту спільно з казахстанськими партнерами планують поступово збільшувати обсяг освітніх

послуг центру освіти казахського суспільства на основі взаємної довіри партнерів та обміну спільним досвідом.

6.4. Реалізація польсько-українського та польсько-казахського проєктів «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок»

Рак молочної залози займає значне місце в структурі онкологічної захворюваності жіночого населення більшості країн світу. Це зумовлює актуальність і важливість пошуку та розробки нових методів протипухлинного лікування. Через велике поширення у світі і перше місце в структурі злоякісних новоутворень у жінок, проблема лікування раку молочної залози є однією з найактуальніших у сучасній онкології. Протягом останнього часу у всьому світі спостерігається підвищення захворюваності і смертності від раку молочної залози. Щорічно у світі реєструється понад 1 млн. нових випадків раку молочної залози [312, 377, 386, 390, 440].

Аналіз динаміки ураження населення України злоякісними новоутвореннями свідчить про зростання рівня захворюваності на рак молочної залози за період з 1993-2003 рр. від 40,0 до 60,9 на 100 тис. населення, або більше ніж у 1,5 рази. За даними Національного канцер-реєстру, 2018 року в Україні зареєстровано 15 017 випадків раку молочної залози (14 872 жінки та 145 чоловіків), а 5 726 людей померли внаслідок цієї недуги (5 679 жінок і 47 чоловіків). Найвищі показники захворюваності на рак молочної залози – серед українок віком понад 60 років, хоча вже з 30 років істотно частішають випадки захворювання. Кожній четвертій жінці рак грудей діагностують уже на III–IV стадії, коли ефективність лікування значно знижується [164].

Станом на 2023 рік рівень захворюваності на рак молочної залози в Україні залишається значним викликом для системи охорони здоров'я. Загалом, рівень захворюваності на рак молочної залози в Україні протягом останніх років має тенденцію до зростання. Водночас, спостерігаються позитивні зміни в підвищенні обізнаності населення та покращенні доступу до

діагностичних та лікувальних послуг, що є ключовим для своєчасного виявлення та лікування цього захворювання [179, 391].

Рівень захворюваності на рак молочної залози в Казахстані також зростає з кожним роком. За даними Міністерства охорони здоров'я Казахстану, рак молочної залози є найбільш поширеним видом раку серед жінок у країні, що становить приблизно 20% всіх випадків раку. Це пов'язано як з покращенням діагностики, так і з реальним збільшенням кількості випадків захворювання. На 2023 рік рівень захворюваності на рак молочної залози в Казахстані продовжує зростати, відображаючи загальносвітову тенденцію до збільшення кількості випадків цього захворювання. Зокрема, за даними епідеміологічних досліджень, що охоплюють попередні роки, з 2014 по 2019 рік, рівень захворюваності на рак молочної залози зріс з 4,7 до 5,4 випадків на 10 000 населення. Це зростання частково пов'язане з підвищенням точності діагностики та проведенням скринінгових програм, які охоплюють жінок у віці від 40 до 70 років.

Також важливо зазначити, що хоча захворюваність зростає, рівень смертності від раку молочної залози залишається стабільним. Це може свідчити про поліпшення методів лікування та раннього виявлення захворювання.

У 2021 році рівень захворюваності досяг 49,6 випадків на 100 000 населення, що є результатом різних факторів, зокрема, й демографічних змін, збільшення населення та підвищений ризик захворювання, пов'язаний з такими факторами, як урбанізація та вплив факторів ризику, таких як ожиріння і куріння [117, 461].

Ці тенденції підкреслюють необхідність подальшого розвитку програм раннього виявлення і лікування раку молочної залози в Україні та Казахстані для зменшення смертності та поліпшення результатів лікування.

Виявлення раку молочної залози під час профілактичних оглядів в цілому залишається низьким, а показник занедбаності, який є провідним

критерієм якості діагностики, навпаки – високим. Реальний шлях поліпшення результатів лікування пухлин молочної залози – рання, а в низці випадків – доклінічна діагностика. Вирішити цю проблему можна тільки за умови застосування комплексних методів діагностики [118, 135, 246, 284, 385].

Заходи щодо раннього виявлення раку молочної залози – це перш за все первинна та вторинна профілактика. Виявлення раку молочної залози на ранніх термінах особливо важливо і може пришвидшити його процес лікування та зменшити смертність.

Обізнаність про ризики розвитку та раннє виявлення раку молочної залози є основою для зменшення смертності від цієї хвороби. Регулярне самообстеження грудей – одне з найбільш економічно вигідних методів раннього виявлення раку молочної залози у жінок. На жаль, практика самоперевірки здоров'я молочних залоз в Україні залишається низькою і вимагає популяризації.

Проект «Навчання самодіагностиці раку молочної залози у молоді» спрямований на обмін польським досвідом у галузі самоаналізу грудей жінок, упровадження навчальної діяльності в університетах України та Казахстану, а також формування культури здоров'я та самоспостереження. Найважливіший аспект цього проекту – врятувати людське життя, оскільки підвищення обізнаності громадськості та здобуття практичних знань неодмінно змінить долю багатьох людей.

В Україні проєкт тривав з червня 2020 року по травень 2021 року в п'яти містах (Житомирі, Харкові, Запоріжжі, Херсоні Львові), що дало можливість охопити усі регіони країни. У Казахстані він тривав з січня 2022 року по травень 2023 року в м. Семей (колишній Семипалатинськ) – місце колишнього Радянського полігону ядерної зброї, де захворюваність на 100 тис. населення є найвищою в Казахстані. Територія безпосередньо біля колишнього ядерного полігону вважається екстремальною зоною найбільшого радіаційного

опромінення. Більш віддалені території – це середньо-крайні зони. Місто Семей знаходиться в зоні максимальних рівнів радіації.

У рамках проєкту всі університети-партнери (Житомирський державний університет імені Івана Франка, Харківська державна академія фізичної культури, Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія, Херсонський державний університет, Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, Університет імені Шакарима міста Семей, Медичний університет Семей) отримали навчальні моделі та навчальні матеріали (рис. 6.7), необхідні для проведення навчальних занять для здобувачів вищої освіти, науково-педагогічних працівників та співробітників.

Метою дослідження було довести ефективність формування культури профілактики захворювання на рак молочної залози шляхом самоспостереження та самодослідження молодих українок та казашок під час реалізації польсько-українського та польсько-казахського проєктів «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок».



Рис. 6.7. Навчальні матеріали та моделі для навчання обстеження молочних залоз в рамках проєкту RITA – Зміни в регіоні «Самодіагностика раку молочної залози»

В Україні у дослідженні взяли участь 965 осіб: 496 здобувачів вищої освіти та 468 науково-педагогічних працівників і співробітників п'яти закладів вищої освіти України, які прослухали лекції з питань епідеміології та профілактики, факторів ризику та клінічних особливостей раку молочної залози; взяли участь у практичних заняттях з наочних методів скринінгу раку молочної залози та формування навичок самообстеження. Брали участь як жінки, так і чоловіки: серед здобувачів вищої освіти дівчата склали 69%, а хлопці – 31%, серед викладачів та співробітників взяли участь 84% жінок, а чоловіків – 16%. Участь у навчанні самообстеження молочних залоз взяли здобувачі вищої освіти віком від 16 до 45 років, відповідно різних курсів та рівнів вищої освіти; науково-педагогічні працівники та співробітники віком від 20 до 73 років. Визначення рівня обізнаності населення України щодо факторів ризику та клінічних особливостей раку молочної залози й процедури самообстеження відбувалося через процедуру заповнення опитувального бланку (Додаток І) на початку та наприкінці навчальних занять.

У ході проведення тестування встановлено, що обізнаність українських здобувачів вищої освіти та співробітників щодо факторів ризику й клінічних особливостей раку молочної залози, а також процедури самообстеження підвищилась на 68% та 67% відповідно. Так, встановлено, що на початок реалізації польсько-українського проєкту «Самодіагностика раку молочної залози у молодих українських жінок» рівень обізнаності, як здобувачів вищої освіти, так і співробітників щодо факторів ризику й клінічних особливостей раку молочної залози, а також процедури самообстеження був на низькому рівні. У процесі відвідування лекцій з питань епідеміології, клінічних особливостей і профілактики раку молочної залози та практичних занять з наочних методів скринінгу раку молочної залози та формування навичок самообстеження, рівень знань та вмінь достовірно підвищився, у здобувачів вищої освіти – на 13,5 бала ($t=4,99$; $p<0,001$), а у співробітників – на 13,3 бала ($t=5,51$; $p<0,001$) (табл. 6.10).

Таблиця 6.10

Рівень обізнаності здобувачів вищої освіти та співробітників ВНЗ України щодо факторів ризику й клінічних особливостей раку молочної залози, бали (максимальна кількість балів за одне тестування складала 20 балів)

Особи, що взяли участь у проєкті	На початку навчання		Наприкінці навчання		Оцінка достовірності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	%	$\bar{X}_2 \pm m_2$	%	t	p
Здобувачі вищої освіти ($n_1=n_2=496$)	4,2±2,16	21%	17,7±1,63	89%	4,99	p<0,001
Науково-педагогічні працівники та співробітники ($n_1=n_2=468$)	4,6±1,92	23%	17,9±1,46	90%	5,51	p<0,001

У Казахстані в дослідженні взяли участь 1323 особи: 1098 здобувачів вищої освіти та 225 науково-педагогічних працівників і співробітників. Гендерний розподіл співробітників склав: 94,1% – жінки та 5,9% – чоловіки, а у здобувачів вищої освіти: 74,9% – дівчата та 25,1% – хлопці [111].

У таблиці 6.11 наведено результати засвоєння знань щодо факторів ризику й клінічних особливостей раку молочної залози та процедури самообстеження здобувачів вищої освіти та співробітників університетів Казахстану. На початку дослідження рівень обізнаності здобувачів вищої освіти склав 39,0%, а співробітників – 43%, що, своєю чергою, вище за результати, отримані під час дослідження серед українських здобувачів вищої освіти та співробітників. Це пояснюється тим, що у Казахстані участь у проєкті брали переважно представники медичних спеціальностей. Але не зважаючи на цей факт, рівень обізнаності здобувачів вищої освіти та співробітників університетів Казахстану наприкінці дослідження, також як і в Україні, мав достовірні ($p<0,001$) відмінності. Так, у процесі участі в проєкті, а саме: відвідування лекцій щодо клінічних особливостей і профілактики раку молочної залози та практичних занять з формування навичок самообстеження, рівень

знань та вмінь достовірно підвищився, у здобувачів вищої освіти – на 10,4 бала ($t=3,37$; $p<0,001$), а у співробітників – на 10,8 бала ($t=4,11$; $p<0,001$).

Таблиця 6.11

**Рівень обізнаності здобувачів вищої освіти та співробітників ВНЗ
Казахстану щодо факторів ризику й клінічних особливостей раку
молочної залози, бали (максимальна кількість балів за одне тестування
складала 20 балів)**

Особи, що взяли участь у проєкті	На початку навчання		Наприкінці навчання		Оцінка достовірності	
	$\bar{X}_1 \pm m_1$	%	$\bar{X}_2 \pm m_2$	%	t	p
Здобувачі вищої освіти ($n_1=n_2=1098$)	7,8 $\pm$ 2,41	39,0%	18,2 $\pm$ 1,93	91,0%	3,37	$p<0,001$
Науково-педагогічні працівники та співробітники ($n_1=n_2=225$)	8,6 $\pm$ 2,17	43,0%	19,4 $\pm$ 1,48	97,0%	4,11	$p<0,001$

Таким чином, можна стверджувати, що реалізація польсько-українського та польсько-казахського проєктів «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок» ефективна та повинна мати своє тривале продовження для популяризації методики та практики самодіагностики молочної залози, як одного з ефективного засобу профілактики раку молочної залози.

Рак молочної залози – найпоширеніший вид онкологічного захворювання серед жінок у всьому світі. Існує багато досліджень щодо самообстеження молочної залози [202, 246, 385]. Доведено, що раннє виявлення та лікування захворювання знижують рівень смертності [239, 464], але більшість хворих на рак молочної залози дізнаються про свій діагноз на пізній стадії захворювання, що негативно впливає на рівень виживання [347]. Тому процедура раннього виявлення є дуже важливою, а самообстеження молочної залози є однією з найкращих методів виявлення проблеми. Особливо в країнах із низьким та

середнім рівнем доходу, де ресурси, пов'язані зі здоров'ям, обмежені і де соціально-культурний вплив, зазвичай, робить жінок більш нерішучими щодо обговорення питань, пов'язаних зі здоров'ям молочної залози, важливим першим кроком є надання жінкам можливості самостійно обстежувати їх [293, 400, 443].

Висновки цього дослідження дозволяють зробити припущення, що реалізація проєкту «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок» в рамках програми RITA – Region in Transition підвищить рівень обізнаності щодо факторів ризику й клінічних особливостей раку молочної залози, а також процедури самообстеження, оскільки рівень знань підвищився у учасників проєкту на 51–67%.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6

1. Проєктна діяльність виявилася ефективним інструментом формування культури здорового способу життя серед різних груп населення. У процесі реалізації міжнародних ініціатив у 2018–2024 роках зафіксовано зростання обізнаності щодо здоров'язбереження, поширення практичних навичок та розвиток інфраструктури для активної діяльності. Комплексний підхід до організації проєктів, який поєднує освітні, психологічні, практичні й інфраструктурні компоненти, дозволяє охопити широку аудиторію та забезпечити індивідуалізований вплив. Освітні заходи, тренінги та кампанії, що супроводжують проєкти, формують нові компетентності, сприяють набуттю поведінкових змін і мотивації до здорового способу життя. Підтримка з боку держави, громадських організацій та бізнесу створює умови для розширення впливу проєктів та зменшує бар'єри доступу до активного дозвілля. Реалізовані ініціативи демонструють потенціал у зменшенні ризиків, пов'язаних із малорухливістю, стресом і низьким рівнем обізнаності, а також сприяють підвищенню якості життя.

2. Досвід проєкту «Центр ерготерапії засобами адаптивних ігор» підтвердив значення адаптивних ігор як ефективного засобу впливу на психоемоційний стан, соціальну інтеграцію та фізичну активність різних категорій населення. Учасники програми демонстрували зниження тривожності, поліпшення настрою, зростання активності та загального самопочуття. Ігрова форма дозволяла створити безпечне середовище для розвитку комунікації, подолання страхів і залучення людей, які мають обмеження у повсякденній соціальній взаємодії. Модель була успішно адаптована до умов в Україні, де стала частиною реабілітаційної підтримки для внутрішньо переміщених осіб, осіб з інвалідністю та військовослужбовців. Високий рівень прийняття програми серед учасників свідчить про її актуальність і практичну користь у системі соціально-психологічної та фізичної реабілітації. Такий досвід відкриває перспективи для поширення адаптивних ігор як складника комплексної реабілітації в різних регіонах.

3. Польсько-казахський проєкт із формування навичок першої долікарської допомоги виявив значну результативність у підвищенні рівня підготовки серед педагогів, студентів, працівників соціальної сфери та рятувальних служб. Структура проєкту базувалася на симуляціях реальних ситуацій, інтерактивному навчанні та практичних заняттях, що дозволило ефективно засвоїти знання та відпрацювати алгоритми дій у кризових обставинах. Окрім базових навичок (реанімація, обробка ран, транспортування), учасники демонстрували поліпшення в емоційній стійкості, готовності до швидких рішень та командній взаємодії. Додатково було охоплено дитячу аудиторію через освітні програми з безпеки, що дозволило сформувати у молоді базові уявлення про відповідальність за життя й здоров'я. Співпраця з польськими партнерами сприяла адаптації міжнародного досвіду до місцевого контексту, підвищенню міжінституційної координації та розбудові освітньої платформи з питань безпеки.

4. У рамках польсько-українського та польсько-казахського проєктів, стосовно самодіагностики раку молочної залози, було реалізовано масштабну інформаційну кампанію з акцентом на просвітництво, профілактику та формування відповідального ставлення до власного здоров'я серед молодих жінок. Програму було спрямовано на розвиток практичних навичок самопостереження, раннє виявлення симптомів та підвищення рівня довіри до медичних консультацій. Формати навчання охоплювали семінари, тренінги, практикуми, що давало змогу учасникам не лише опанувати алгоритми самодіагностики, а й подолати страх і соціальну стигму, пов'язану з онкологією. Участь студентів, працівників і представників вразливих груп посилила соціальний ефект проєкту та сприяли подальшому поширенню знань у громадах. Міжнародна співпраця забезпечила якість навчальних матеріалів, їхню культурну адаптацію та підтримку стійких партнерських зв'язків між країнами-учасниками. Реалізація ініціативи засвідчила потенціал освітніх програм у зниженні онкологічних ризиків і підвищенні обізнаності населення в питаннях самозбереження здоров'я.

Результати за розділом подано в наукових працях: [111, 117, 118, 367, 369, 437, 440, 441, 443, 489].

РОЗДІЛ 7

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Фізкультурно-оздоровча діяльність є ключовим елементом системи громадського здоров'я, яка забезпечує комплексний вплив на фізичний, психічний та соціальний стан населення. Її значення полягає не лише у зміцненні фізичного здоров'я окремих індивідів, а й у створенні передумов для соціальної стабільності й гармонійного розвитку суспільства. Така діяльність охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на профілактику захворювань, підтримання життєвої активності та підвищення якості життя серед усіх вікових і соціальних груп.

Сучасні наукові підходи до розвитку фізкультурно-оздоровчої діяльності підкреслюють необхідність її інтеграції в усі сфери життя суспільства. В умовах українського соціокультурного середовища особлива увага приділяється формуванню культури здоров'я через освітні програми та розвиток інфраструктури, що підтримує заняття фізичною активністю. Важливими є створення центрів фізичного виховання, реалізація програм здоров'язбереження у закладах освіти, а також популяризація здорового способу життя через громадські ініціативи. Цей досвід узгоджується зі світовою практикою, зокрема з прикладом Польщі, де комплексний підхід поєднує просвітницьку роботу, розвиток інфраструктури для занять спортом та організацію соціально значущих проєктів. Польські національні програми охоплюють різні вікові групи населення, зокрема молодь і людей похилого віку, демонструючи ефективність у профілактиці захворювань та інтегруванні фізичної активності у повсякденне життя.

Важливою характеристикою фізкультурно-оздоровчої діяльності є її багатовимірний вплив, який охоплює фізичний, психологічний та соціальний компоненти здоров'я людини. Фізичний аспект полягає у покращенні функціональних можливостей організму завдяки регулярним фізичним

вправам, що сприяють розвитку витривалості, гнучкості, координації рухів та м'язової сили. Одночасно фізична активність позитивно впливає на психологічний стан людини, знижуючи рівень стресу, покращуючи настрій та підвищуючи загальну життєву енергію. З фізичним і психологічним аспектами тісно пов'язаний соціальний вимір, який проявляється у створенні сприятливого середовища для комунікації, розвитку взаємодії між людьми та посилення соціальної згуртованості завдяки спільній фізичній діяльності.

Успішна реалізація фізкультурно-оздоровчої діяльності передбачає адаптацію програм до потреб різних вікових груп населення. Для дітей і підлітків ключовим є формування стійких звичок до здорового способу життя через ігрові методики, спортивні заходи та рекреаційні програми, які поєднують фізичну активність із задоволенням та мотивацією досягати особистих результатів. Молодь і дорослі зосереджуються на підтримці фізичної форми, управлінні рівнем стресу та профілактиці хронічних захворювань через фітнес-програми, спортивний туризм та активний відпочинок. Для людей похилого віку особливо важливими є програми, що адаптують фізичні навантаження до вікових особливостей, забезпечують підтримку функціонального здоров'я та сприяють соціальній інтеграції, зокрема через оздоровче плавання, скандинавську ходьбу та лікувальну гімнастику.

Розвиток оздоровчо-рекреаційної рухової активності як важливого соціального явища орієнтований на відновлення працездатності, зміцнення здоров'я та підвищення якості життя населення. Ця діяльність реалізується через чотири основні групи програм: спортивні, фітнес, рекреаційні та оздоровчі. Кожен із цих напрямів має свої особливості та орієнтований на задоволення індивідуальних потреб учасників. Спортивні програми акцентуються на досягненні змагальних результатів, фітнес-програми сприяють загальному зміцненню організму, рекреаційні орієнтовані на активний відпочинок, а оздоровчі програми мають реабілітаційний та

лікувальний характер. Системний підхід до упровадження таких програм передбачає врахування інтересів і фізичних можливостей різних соціальних груп, що дозволяє досягти комплексного впливу на фізичне, психологічне та соціальне благополуччя населення [2, 8].

Окрему роль у сучасному світі відіграють інноваційні технології, які підвищують ефективність фізкультурно-оздоровчої діяльності. Використання мобільних додатків, електронних пристроїв для моніторингу активності та персоналізованих програм тренувань сприяють систематичному підходу до занять спортом і підвищують мотивацію до регулярної фізичної активності. Ці технології особливо корисні для осіб зрілого віку, оскільки забезпечують індивідуалізовані навантаження та підтримку в досягненні конкретних цілей щодо здоров'я.

Таким чином, фізкультурно-оздоровча діяльність є важливим інструментом збереження й зміцнення здоров'я населення, забезпечуючи профілактику захворювань, поліпшення психоемоційного стану та соціальну інтеграцію особистості. Її успішна реалізація вимагає комплексного підходу, що охоплює освітні, інфраструктурні та просвітницькі заходи, адаптовані до потреб різних вікових категорій. Упровадження найкращих національних і міжнародних практик, розвиток сучасних технологій та системна підтримка фізкультурно-оздоровчих програм сприятимуть формуванню здорового суспільства, підвищенню якості життя та забезпеченню сталого соціального розвитку.

Формування культури здоров'я має глибоке історичне коріння, що сягає часів Давньої Греції та Риму. Філософи та медики тієї епохи, зокрема Гіппократ, Арістотель і Гален, заклали основи розуміння взаємозв'язку між тілесним і духовним станом людини. Вони стверджували, що здоров'я є результатом гармонійного способу життя, який передбачає правильне харчування, регулярну фізичну активність та перебування на чистому повітрі. Гіппократ, як один із засновників наукової медицини, особливо підкреслював

значення профілактики захворювань завдяки дотриманню збалансованого способу життя.

Подальший розвиток ідей про здоров'я відбувався у середньовіччі, коли медичні знання тісно перепліталися з релігійними поглядами. Авіценна у праці «Канон лікарської науки» розширив уявлення про вплив клімату, способу життя та харчування на здоров'я людини, наголошуючи на важливості індивідуального підходу до кожного пацієнта. У XVII-XVIII століттях відбулося становлення концепції гігієни як невід'ємної складової сучасної медицини. Цей період характеризується акцентом на профілактику хвороб завдяки чистоті, здоровому харчуванню та регулярній фізичній активності.

Сучасне розуміння оздоровчої діяльності ґрунтується на цілісному підході до здоров'я, який охоплює фізичний, психічний, соціальний та духовний виміри. З метою підтримки здоров'я важливо інтегрувати фізичну активність із психоемоційною стабільністю, соціальною взаємодією та духовним самовдосконаленням. Регулярні фізичні вправи є ефективним інструментом профілактики серцево-судинних захворювань, діабету, ожиріння та певних видів онкології. Фізична активність набуває особливого значення для людей старшого віку, оскільки допомагає зберегти мобільність, запобігти падінням і продовжити активне життя [177, 188].

Не менш важливим аспектом є психічне здоров'я, яке забезпечується розвитком емоційної стійкості, адаптацією до життєвих викликів та управлінням стресом. У дітей та підлітків це виражається у розвитку когнітивних навичок, необхідних для навчання та соціальної взаємодії, тоді як у дорослих психічне здоров'я підтримується через ефективні методи подолання стресових ситуацій. Соціальні взаємини також є невід'ємною складовою здоров'я, особливо для літніх людей, адже ізоляція часто призводить до депресії та погіршення якості життя. Крім того, духовний розвиток, що передбачає моральні цінності та пошук сенсу життя, забезпечує внутрішню гармонію та особистісну реалізацію [268].

Формування культури здоров'я вимагає системного підходу, який охоплює фізичну активність, раціональне харчування, психологічну підтримку та соціальну інтеграцію [45, 46]. Для дітей та підлітків важливо закладати основи здорового способу життя через спортивні заходи, активні ігри та освітні програми, що сприяють розвитку емоційної стійкості та зміцненню організму. Молодь і дорослі мають орієнтуватися на підтримку фізичної форми, управління стресом та дотримання збалансованої дієти, щоб зменшити ризик розвитку хронічних захворювань. Для людей похилого віку особливе значення мають програми, які сприяють збереженню рухливості, профілактиці вікових хвороб та соціалізації, що допомагає запобігти ізоляції та зберегти психоемоційний баланс.

Одним із ключових інструментів формування здорового способу життя є фізична активність, яка сприяє зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань та покращенню загального фізичного й психічного стану. Важливою умовою для залучення населення до активного способу життя є створення сприятливого середовища, що охоплює спортивну інфраструктуру, популяризацію активних ігор і доступних форм рухової активності, таких як ходьба, плавання та вправи на координацію і рівновагу. Такі заняття є особливо ефективними для людей старшого віку, оскільки вони підтримують функціональну мобільність та знижують ризик травм.

Таким чином, історичний розвиток і сучасний науковий підхід до фізичної активності та оздоровчої діяльності демонструють важливість гармонійного поєднання фізичного, психічного, соціального та духовного аспектів здоров'я. Система формування культури здоров'я повинна враховувати специфічні потреби кожної вікової групи та забезпечувати всебічну підтримку у вигляді освітніх програм, профілактичних заходів і доступної інфраструктури для активного способу життя. Комплексний підхід до підтримки здоров'я населення є основою для поліпшення якості життя, підвищення рівня працездатності та забезпечення сталого розвитку

суспільства.

Фізкультурно-оздоровча діяльність серед дітей і молоді є важливим інструментом формування здорового способу життя, соціальної інтеграції та розвитку психофізичних якостей особистості. Результати досліджень свідчать про значну різноманітність уподобань у виборі видів фізичної активності, що зумовлено віковими особливостями, гендерною специфікою, культурними традиціями та доступністю спортивної інфраструктури.

Вибір фізкультурно-оздоровчих занять серед дітей і молоді демонструє певні тенденції, що залежать від соціально-культурних і природно-географічних умов. У віковій групі 12–15 років найпопулярнішими є командні види спорту, такі як футбол, волейбол і баскетбол, що пояснюється їхньою доступністю та популярністю в масовій культурі. До того ж у Польщі переважають заняття гірськолижним спортом і плаванням, що пов'язано з кліматичними умовами та розвиненою інфраструктурою. В Україні, навпаки, спостерігається зростання інтересу до бойових мистецтв, спортивного орієнтування та оздоровчого туризму. Серед дівчат особливо популярними є танці та гімнастика, які поєднують фізичний розвиток із творчою самореалізацією. Студентська молодь найчастіше обирає фітнес, оздоровчий біг, тренажерний зал та спортивно-оздоровчий туризм, оскільки ці заняття є ефективними для підтримки фізичної форми, психоемоційної стабільності та соціалізації.

Позитивний вплив спортивно-оздоровчих занять на здоров'я молоді підтверджено багатьма дослідженнями [45, 103, 168]. Заняття волейболом і спортивно-оздоровчим туризмом сприяють багатосторонньому розвитку учасників. Волейбол допомагає зміцнювати опорно-руховий апарат, покращує обмін речовин, розвиває командні навички та забезпечує психоемоційне розвантаження. Водночас спортивно-оздоровчі походи, особливо гірські, мають суттєвий вплив на функціональний стан серцево-судинної системи, підвищуючи адаптаційні можливості організму та фізичну витривалість.

Поєднання фізичної активності з перебуванням у природному середовищі підвищує загальний тонус, зменшує рівень стресу, покращує самопочуття та психоемоційний стан учасників.

Упровадження програм інтенсивного фізичного навантаження, таких як Crossfit Training, виявляє високий потенціал у покращенні психоемоційного стану студентської молоді. Дослідження показали, що регулярні тренування сприяють підвищенню відчуття сили та енергії, зниженню рівня тривожності, апатії та загальної пригніченості, що позитивно впливає на працездатність і життєвий настрій молоді. Crossfit також дозволяє мобілізувати ресурси організму, підвищуючи адаптацію до фізичних навантажень і технічно складних завдань.

Доцільно акцентувати увагу на використанні сучасних засобів для підвищення доступності активного відпочинку, зокрема гірських велосипедів із електроприводом (еМТВ). Порівняльний аналіз використання традиційних гірських велосипедів (МТВ) та еМТВ показав, що електровелосипеди дозволяють скоротити час проходження маршруту та знизити фізичне навантаження, зберігаючи можливість досягнення високої швидкості. Це робить їх доступними для ширшої аудиторії, зокрема людей із недостатнім рівнем фізичної підготовки чи обмеженою рухливістю. Такі засоби сприяють популяризації велосипедного туризму та фізичної активності серед різних категорій населення.

Скелелазіння як форма фізкультурно-оздоровчої діяльності показало свою ефективність у розвитку фізичних якостей здобувачів вищої освіти, таких як сила, витривалість, гнучкість і координація. Окрім цього, скелелазіння має значний психоемоційний вплив, допомагаючи знижувати рівень стресу, покращувати впевненість у собі та розвивати стратегічне мислення. Завдяки своїй динамічності та можливості досягати конкретних результатів цей вид активності є привабливим для студентської молоді й сприяє формуванню навичок командної роботи.

Особливу актуальність фізкультурно-оздоровча діяльність набула в умовах воєнного стану в Україні, коли зростає рівень стресу, тривожності та психологічного навантаження серед молоді. Дослідження показали, що регулярні заняття фізичною активністю, зокрема командними спортивними іграми, фітнесом, спортивним туризмом та бігом, є ефективними інструментами для зниження негативних емоційних проявів і поліпшення психоемоційної стабільності. Фізичні заняття, що виконують на свіжому повітрі, не лише підтримують фізичне здоров'я, а й створюють відчуття спільності та взаємодопомоги, що особливо важливо в кризових ситуаціях.

Аналіз навчальних програм Польщі та України свідчить про спільні підходи у впровадженні оздоровчої складової, спрямованої на зміцнення здоров'я дітей та молоді. Польські навчальні програми демонструють структурованість та системність завдяки широкому використанню національних програм, які акцентують увагу на водних видах спорту, зимових активностях і спортивних іграх. Українські програми зосереджуються на популяризації фізичної активності через спортивні ігри, ранкові зарядки та оздоровчий туризм, з урахуванням культурних і природно-географічних особливостей країни. Основною відмінністю є рівень розвитку спортивної інфраструктури: Польща має краще забезпечення, тоді як в Україні значна частина ініціатив залежить від ентузіазму педагогів та громадських активістів.

Фізичне виховання у закладах загальної середньої та вищої освіти відіграє ключову роль у формуванні здорового способу життя та зміцненні фізичного і психічного здоров'я дітей та молоді. Вивчення освітніх програм з фізичної культури в різних країнах дозволяє оцінити ефективність підходів до викладання дисципліни, а також визначити можливості для вдосконалення освітнього процесу [79, 318].

Фізичне виховання та здоров'язбережувальні технології відіграють важливу роль у формуванні здорового способу життя та гармонійного розвитку особистості. В умовах сучасного суспільства, що характеризується

підвищеним рівнем технологізації, зниженням фізичної активності серед дітей та молоді, а також зростанням кількості захворювань, пов'язаних із малорухливим способом життя, особливого значення набуває інтеграція оздоровчих компонентів в освітні програми.

Наукове дослідження Biddle S. J., Ciaccioni S., Thomas G., Vergeer I. [197] підтверджує тісний зв'язок між фізичною активністю, розумовою працездатністю та психоемоційним станом учнів та здобувачів вищої освіти. Відповідно, державні освітні політики багатьох країн світу, зокрема Польщі та України, спрямовані на розширення оздоровчої складової освітнього процесу. Освітні системи цих країн передбачають обов'язкові заняття фізичною культурою, програми профілактики здоров'я, а також позакласну та університетську діяльність, що сприяє розвитку фізичних якостей, соціальної адаптації та формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я.

Протягом останніх десятиліть Польща демонструє системний підхід до реформування фізичного виховання, що передбачає розширення годин фізичної активності на всіх рівнях освіти, поліпшення інфраструктурного забезпечення спортивних об'єктів, інтеграцію психологічної підтримки та профілактичних програм в освітній процес, розвиток університетського спорту та студентських спортивних організацій [192].

Водночас Україна також здійснює кроки у напрямі поліпшення оздоровчого компоненту освіти, впроваджуючи сучасні методики викладання фізичної культури, розширюючи спектр видів спорту у шкільних і позакласних заняттях, модернізуючи спортивну інфраструктуру навчальних закладів.

У контексті цього дослідження важливо порівняти підходи Польщі та України до інтеграції оздоровчих елементів в освітні програми закладів загальної середньої та вищої освіти, проаналізувати ефективність існуючих ініціатив, визначити ключові відмінності та спільні риси, а також окреслити можливі напрями вдосконалення освітніх політик у галузі фізичного

виховання.

Метою дослідження було проаналізувати освітні програми Польщі та України щодо інтеграції оздоровчої складової в освітній процес, визначити ефективні стратегії та можливі шляхи їх адаптації у національних системах освіти.

Для досягнення поставленої мети нами були вирішено такі завдання: визначити місце та роль фізичного виховання в освітніх програмах Польщі та України; проаналізувати кількісні та якісні показники інтеграції оздоровчих компонентів у шкільну та університетську освіту; дослідити вплив фізичної активності на формування здорового способу життя дітей та молоді; виявити сильні та слабкі сторони освітніх програм обох країн у контексті розвитку фізичної культури; окреслити перспективні напрями вдосконалення освітніх програм на основі успішного досвіду Польщі та світових тенденцій.

Аналіз освітніх програм Польщі та України щодо оздоровчої складової занять засвідчив низку спільних тенденцій та відмінностей. Обидві країни визнають важливість фізичного виховання у формуванні здорового способу життя, однак у Польщі спостерігається більш гнучкий та адаптований до потреб учнів і студентів підхід, тоді як в Україні програми є більш структурованими та орієнтованими на досягнення нормативних показників фізичної підготовленості. Важливим напрямом удосконалення української системи фізичного виховання може бути розширення варіативності занять, інтеграція сучасних методик психоемоційної стабілізації та персоналізований підхід до фізичної активності дітей та молоді.

Встановлено, що у закладах загальної середньої освіти Польщі фізичне виховання має чітко регламентований характер. Обов'язкові уроки фізичної культури становлять 5 годин на тиждень, з яких 3 години внесені до розкладу, а ще 2 години є факультативними. Програми здорового харчування запроваджені у 80% шкіл. Це свідчить про високий рівень державної політики у сфері раціонального харчування школярів. Значна увага приділяється

психологічному здоров'ю учнів. У 90% навчальних закладів працюють шкільні психологи, що забезпечує ефективну підтримку дітей у процесі навчання та соціалізації.

В українських школах фізичне виховання також є обов'язковим компонентом навчального процесу, проте загальна кількість годин на тиждень становить 2–3 години. Програми здорового харчування впроваджені у 60% навчальних закладів, що свідчить про поступове поліпшення системи харчування, але водночас відображає необхідність подальшої оптимізації та розширення їх охоплення. Психологічна підтримка учнів забезпечується в 60% шкіл, що є нижчим показником у порівнянні з польськими закладами освіти.

У закладах вищої освіти Польщі спостерігається висока інтеграція фізичної активності в освітній процес. Здобувачам вищої освіти пропонується широкий вибір спортивних секцій та факультативних занять – у середньому понад 50 видів (залежно від матеріально-технічної бази університету). Рівень забезпеченості спортивною інфраструктурою є досить високим: 85% вищих навчальних закладів мають сучасні спортивні комплекси, що сприяє залученню здобувачів вищої освіти до регулярної фізичної активності. Курси з профілактики здоров'я є обов'язковими або факультативними у 70% вищих навчальних закладів, що вказує на значну увагу до питань формування здорового способу життя серед студентів.

В Україні оздоровча складова має певні особливості: кількість спортивних секцій і факультативних занять є меншою, ніж у Польщі, та в середньому становить 20–30 видів. Забезпеченість спортивною інфраструктурою є нижчою: 60% університетів мають сучасні спортивні комплекси, що вказує на необхідність подальшого розвитку цієї сфери. Курси з профілактики здоров'я пропонуються лише у 40% ВНЗ, що свідчить про їхню вибірковість та необов'язковий характер у більшості навчальних закладів.

Також в українських ЗВО освітній компонент «Фізичне виховання» належить до позакредитних дисциплін, водночас згідно з постановою Кабінету

Міністрів України від 05 грудня 2014 року № 726 на керівників ВНЗ покладена відповідальність за забезпечення, розвиток та модернізацію фізичного виховання студентів, а також підготовку та оприлюднення щорічного звіту про стан фізичного виховання [36, 44].

Таким чином, фізичне виховання є важливим компонентом освітніх програм, оскільки сприяє гармонійному фізичному розвитку, формуванню здорового способу життя та зміцненню психоемоційного стану дітей та молоді. Аналіз систем освіти Польщі та України дав змогу виявити спільні риси, які відображають загальносвітові тенденції у сфері фізичної культури, а також специфічні відмінності, що зумовлені національними особливостями освітньої політики, рівнем розвитку спортивної інфраструктури та пріоритетами державних програм [91].

Так, фізичне виховання є невід'ємною складовою навчального процесу закладів загальної середньої освіти Польщі та України. У цих країнах фізична культура має обов'язковий статус у закладах загальної середньої освіти, що забезпечує всебічний розвиток фізичних якостей учнів, сприяє формуванню культури здорового способу життя та профілактиці гіподинамії серед дітей та підлітків.

Крім того, в обох країнах впроваджуються програми, спрямовані на популяризацію здорового способу життя, які охоплюють як теоретичні аспекти (лекції, семінари, освітні кампанії), так і практичні заходи (спортивні гуртки, секції, активні перерви тощо). Ці ініціативи сприяють підвищенню рівня фізичної активності учнів та студентів, а також зниженню ризиків розвитку захворювань, пов'язаних із малорухливим способом життя.

Попри наявність спільних підходів до формування оздоровчого компонента в освітніх програмах, між системами фізичного виховання Польщі та України існують суттєві відмінності. Вони зумовлені особливостями державної освітньої політики, фінансуванням спортивної інфраструктури,

рівнем інтеграції здоров'язбережувальних технологій та пріоритетами у навчальному процесі.

Так, у Польщі фізичне виховання є обов'язковою дисципліною у більшості університетів, що забезпечує систематичну фізичну активність студентів протягом усього періоду навчання. В Україні ж фізична культура у закладах вищої освіти переважно має вибіркового характеру, що впливає на рівень залучення студентської молоді до регулярних занять спортом та фізичної активності.

Система освіти Польщі приділяє значну увагу психологічній підтримці учнів, що проявляється у високому рівні забезпеченості шкіл кваліфікованими психологами, відповідно, польська система освіти має більш розвинену мережу психологічного супроводу, що сприяє ранньому виявленню та профілактиці психоемоційних проблем у дітей та підлітків [26].

Рівень забезпеченості закладів вищої освіти сучасною спортивною інфраструктурою є вищим у Польщі; факультативні спортивні програми, а також навчальні курси з профілактики здоров'я, є значно поширенішими у польських університетах, що свідчить про вищий рівень інтеграції здоров'язбережувальних технологій у систему вищої освіти Польщі порівняно з Україною.

Оздоровчий компонент в освіті відіграє ключову роль у формуванні здорового способу життя, що стає все більш актуальним у сучасному суспільстві. Навчальні програми Польщі на різних рівнях спрямовані на розвиток фізичного, емоційного та соціального здоров'я учнів і здобувачів вищої освіти. Такий підхід сприяє формуванню у молоді усвідомленого ставлення до здоров'я та активного способу життя, тому нами проаналізовано освітніх програм Польщі щодо інтеграції оздоровчих елементів у шкільних та університетських програмах. Програма фізичного виховання у школах охоплює всі рівні навчання та передбачає заняття, що спрямовані на розвиток фізичних якостей, формування культури здорового способу життя, а також

профілактику травм та захворювань. На університетському рівні оздоровчий компонент представлений у вигляді курсів фізичної культури, додаткових спортивних секцій та наукових досліджень з фізичного виховання.

Потреба упровадження інноваційних підходів до фізичного виховання та оздоровчих занять в освітніх програмах, особливо в позакласній діяльності, з'явилися під час реформи освіти в Польщі в 1999 році. Існувала необхідність створення оригінальних навчальних програм, які б зацікавлювали учнів і сприяли розвитку фізичних якостей та формуванню позитивного ставлення до здорового способу життя.

Програми були орієнтовані на підтримку фізичного розвитку дітей та молоді, формування соціальних і оздоровчих установок. Навчальні плани охоплювали операційні цілі, інтегровані завдання, методи релаксації та техніки візуалізації. У дослідженні Muszkieta R. et al. [372] зазначено, що новаторський підхід до фізичного виховання може забезпечити інтеграцію когнітивних структур і сприяти розвитку учнів як на інтелектуальному, так і фізичному рівнях. Це вимагало застосування індивідуальних підходів до розробки програм та використання різноманітних методів і засобів навчання. Нами також розглянуто різні принципи побудови програм: тематичні, блокові та модульні, що дає можливість учителям структурувати уроки відповідно до специфічних потреб класу. Кожна програма має відображати потреби учнів, ресурси школи та регіональні особливості.

Важливим аспектом є акцент на соціалізації учнів через фізичну активність, яка має розвивати здоровий спосіб життя як важливу частину суспільних цінностей. Школа повинна стати основною рушійною силою для популяризації цінностей фізичної культури та власного здоров'я.

Навчальні програми обов'язково повинні враховувати національні законодавчі акти [113], що регулюють обов'язкові заняття фізичною культурою. Положення, такі як закон про фізичне виховання, встановлюють мінімальну кількість годин фізичної активності та визначають дозволені

форми фізичних занять, що дає школам і вчителям чіткі рамки для реалізації оригінальних програм фізичного виховання.

Сучасна шкільна освіта в Польщі має структурований підхід до фізичного виховання, де акцент робиться на комплексний розвиток учнів. Оздоровчий компонент у програмах фізкультури передбачає обов'язкові заняття, спрямовані на зміцнення фізичного та психічного здоров'я, а також на виховання відповідальності за власне здоров'я [84].

Програми фізичної культури у польських школах передбачають обов'язкові заняття, які охоплюють різні види спорту та фізичних вправ. Школярі з початкових класів займаються гімнастикою, бігом, рухливими та спортивними іграми, що сприяє їхньому загальному фізичному розвитку. Учні старших класів можуть обирати напрямки, які відповідають їхнім інтересам, наприклад, плавання, командні ігри, волейбол, баскетбол або заняття в тренажерному залі.

Цей підхід сприяє розвитку витривалості, сили та координації, що допомагає дітям підтримувати фізичну форму. Крім цього, заняття спортом розвивають командний дух і навички соціальної взаємодії, що є важливими для формування особистості.

У шкільній програмі Польщі приділяють велику увагу профілактиці здоров'я і гігієнічному вихованню. Учні навчають основам правильної гігієни, розповідають про важливість здорового харчування, фізичної активності та шкідливих наслідків куріння, алкоголю і наркотиків. Діти отримують знання про те, як зберігати своє здоров'я й уникати шкідливих звичок, що є важливим аспектом у формуванні здорового способу життя.

У деяких школах проводять лекції або семінари на тему здорового харчування, правил гігієни та профілактики захворювань, які сприяють загальному розумінню учнями важливості дотримання здорового способу життя. Ці заходи дають змогу не тільки підвищити обізнаність дітей щодо підтримки здоров'я, але й формують у них позитивне ставлення до здорових

звичок.

Оздоровчий компонент також містить навчання з техніки безпеки під час занять спортом і профілактики травм. Під час уроків фізкультури учням пояснюють, як уникати травм та зберігати безпеку під час виконання вправ. Учні навчаються надавати першу допомогу при незначних ушкодженнях і дотримуватися правил техніки безпеки. Такі навички є важливими, оскільки вони не тільки гарантують безпеку під час занять, але й можуть бути корисними в повсякденному житті.

Позакласна діяльність відіграє важливу роль у підтримці оздоровчого компонента шкільної освіти. Польські школи часто пропонують додаткові секції та спортивні гуртки, що дозволяє учням розширити свої навички у різних видах спорту. Вони можуть брати участь у спортивних змаганнях, олімпіадах і турнірах на рівні школи, району або навіть країни. Такий підхід не тільки сприяє розвитку фізичних здібностей учнів, а й мотивує їх до підтримки активного способу життя.

На рівні університетської освіти оздоровчий компонент представлений як обов'язковими, так і вибірковыми заняттями з фізичної культури, що спрямовані на підтримку фізичної форми здобувачів вищої освіти. Крім того, університети Польщі пропонують студентській молоді можливість займатися спортом і брати участь у спортивних заходах, що допомагає підтримувати активний спосіб життя.

У багатьох польських університетах є обов'язкові курси з фізичного виховання, які допомагають здобувачам вищої освіти підтримувати фізичну форму під час навчання. Університети пропонують широкий вибір спортивних занять, зокрема плавання, фітнес, йогу, легку атлетику, командні ігри та інші види фізичної активності. Вибіркові курси дозволяють здобувачам вищої освіти займатися спортом, який найбільше відповідає їхнім уподобанням, що підвищує їхню мотивацію до фізичної активності [27].

Також Польські університети пропонують здобувачам вищої освіти

курси зі здорового способу життя, де акцент робиться на підтримці фізичної та психічної рівноваги. Здобувачі медичних і педагогічних спеціальностей проходять поглиблені курси з профілактики здоров'я, що охоплюють знання з анатомії, фізіології та гігієни, а також елементи психологічної підготовки, що дозволяє краще розуміти важливість здорового способу життя та застосовувати знання на практиці.

Університети Польщі активно підтримують наукові дослідження в галузі фізичного виховання та здоров'я. Здобувачі вищої освіти мають можливість брати участь у наукових гуртках і дослідженнях, які спрямовані на вивчення впливу фізичної активності на здоров'я та розвиток нових методів підтримки здоров'я, що надає можливість поглибити знання в галузі фізичної культури та застосовувати їх на практиці [51, 199, 200].

Позакласна активність та спортивні заходи є важливою частиною університетської освіти в Польщі. Багато університетів організовують міжфакультетські та міжуніверситетські змагання, що сприяє соціалізації студентів і розвиває їхню фізичну підготовку. Спортивні клуби та секції дають можливість здобувачам вищої освіти займатися спортом на аматорському або навіть професійному рівні.

Таким чином, навчальні програми Польщі в школах і університетах містять чітко структуровану оздоровчу складову, спрямовану на всебічний фізичний і психологічний розвиток учнів і здобувачів вищої освіти. Шкільні програми акцентують увагу на фізичному розвитку та здоровому способі життя, починаючи з початкових класів. Університетські програми продовжують підтримувати оздоровчий компонент, стимулюючи фізичний розвиток і формування здорових звичок, зокрема через обов'язкові заняття фізичною культурою, курси з профілактики здоров'я та різноманітні позакласні активності. Університетські програми поєднують фізичну підготовку з науковими дослідженнями у сфері здоров'я та сприяють соціальній взаємодії через спортивні змагання. Завдяки такому комплексному

підходу, оздоровчий компонент стає невід'ємною частиною освіти, формуючи відповідальне ставлення до власного здоров'я і сприяючи активному способу життя як школярів, так і здобувачів вищої освіти.

Програми фізичного виховання в українських школах і університетах також охоплюють широкий спектр заходів, що спрямовані на підтримку фізичного здоров'я, профілактику захворювань та розвиток особистих якостей. Нами проаналізовано, як оздоровчий компонент інтегрований у навчальні програми шкіл та університетів України, які підходи використовуються для підтримки фізичної активності серед учнів і здобувачів вищої освіти, та яким чином освітні інституції сприяють формуванню здорових звичок.

Українські шкільні програми приділяють значну увагу оздоровчому компоненту через уроки фізичної культури, програми профілактики здоров'я та додаткові спортивні заходи.

В українських школах фізична культура є обов'язковим предметом, де учні з початкових класів виконують вправи на розвиток основних фізичних навичок: сили, витривалості, гнучкості та координації. Навчальні програми містять вправи з гімнастики, легкої атлетики, ігор, плавання та інших видів спорту. Це дозволяє дітям не лише підтримувати фізичну форму, але й розвиває командний дух і соціальні навички через командні ігри та змагання.

Програми фізичної культури також адаптуються до вікових особливостей учнів, що дозволяє надавати відповідні рекомендації для кожної вікової категорії, забезпечуючи поступове зростання навантажень та розвиток рухових навичок.

Шкільні програми в Україні містять обов'язкові заняття з профілактики здоров'я, що охоплюють навчання основам особистої гігієни, правилам харчування та ведення здорового способу життя. Учні дізнаються про шкоду куріння, вживання алкоголю та наркотиків, а також отримують знання про основні принципи здорового харчування і регулярної фізичної активності. Це

є важливим аспектом формування у молоді відповідальності за власне здоров'я.

Українські школи значну увагу приділяють безпеці під час занять спортом. На уроках фізкультури учнів навчають правилам техніки безпеки та правильній техніці виконання вправ. Це допомагає уникнути травм і підвищує безпеку під час спортивних занять. Учні також вивчають основи надання першої допомоги, що може бути корисним як під час занять, так і в повсякденному житті.

Інноваційні підходи до програм фізичної культури в Україні є важливим кроком у модернізації освітнього процесу та сприяють ефективнішому фізичному вихованню учнівської молоді. На основі аналізу відповідних матеріалів можна виокремити такі ключові переваги упровадження сучасних підходів.

Нові освітні стандарти акцентують увагу на індивідуалізації навчального процесу, що передбачає врахування особистісних потреб та можливостей учнів. Надання учням можливості самостійного вибору спортивних модулів формує позитивне ставлення до занять фізичною культурою, мотивує до активної участі в освітньому процесі та сприяє розвитку ключових компетентностей, зокрема відповідальності за власне здоров'я та адаптаційних умінь.

Новою програмою передбачено широкий вибір сучасних видів спорту, зокрема флорбол, корфбол, чирлідінг, петанк, регбі-5 тощо. Така варіативність забезпечує інтеграцію інноваційних форм фізичної активності, що відповідають сучасним тенденціям та забезпечують емоційне залучення учнів, підвищуючи їхню зацікавленість і мотивацію до занять. Введення до програми таких видів спорту, як петанк, створює можливості для залучення учнів з різними рівнями фізичної підготовленості, зокрема дітей з особливими освітніми потребами. Це сприяє розвитку комунікативних навичок, інтеграції в колектив і соціалізації, що є важливим аспектом гармонійного розвитку

особистості.

Удосконалення технічного оснащення та упровадження сучасного спортивного інвентарю, а також обов'язкове проведення інструктажів з техніки безпеки, мінімізують ризики травматизму під час занять, забезпечуючи комфортні й безпечні умови для фізичної активності. Використання кількох видів спорту в межах одного заняття сприяє підвищенню моторної щільності уроків, урізноманітненню навчального процесу й ефективному використанню навчального часу, що сприяє кращій адаптації учнів до змінних умов занять.

Також інноваційні види спорту, такі як регбі-5 чи фризбі алтимат, спрямовані на формування навичок співпраці, взаємопідтримки та командної роботи, що сприяє розвитку соціальних компетентностей і підвищенню емоційної стійкості учнів.

Упровадження сучасних видів спорту демонструє позитивний вплив на мотивацію учнів до занять фізичною культурою. Учні з більшою зацікавленістю відвідують уроки, демонструючи високий рівень задоволення від участі у спортивних модулях.

Отже, інноваційні підходи до організації фізичного виховання в закладах освіти України сприяють підвищенню його якості та актуальності для сучасної учнівської молоді. Завдяки інтеграції сучасних видів спорту, особистісно-орієнтованих методик та інклюзивних практик, уроки фізичної культури забезпечують не лише поліпшення фізичної підготовленості, а й сприяють комплексному соціальному, емоційному та культурному розвитку учнів.

Позакласна діяльність в українських школах охоплює спортивні гуртки та секції, в яких діти можуть поглиблено займатися своїм улюбленим видом спорту. Школи проводять спортивні змагання та заліки, що мотивує учнів до постійного вдосконалення фізичних навичок. Така активність сприяє розвитку командного духу і змагальної мотивації, формує позитивне ставлення до

фізичної активності та підтримує здоровий спосіб життя.

На рівні університетської освіти оздоровчий компонент представлений обов'язковими заняттями з фізичного виховання, додатковими спортивними секціями та ініціативами для підтримки фізичного та психічного здоров'я здобувачів вищої освіти [267].

Українські університети активно розвивають наукову діяльність у галузі фізичного виховання та здоров'я. Здобувачі вищої освіти беруть участь у наукових гуртках і проєктах, спрямованих на дослідження ефективності різних видів фізичної активності для профілактики захворювань. Така дослідницька діяльність дозволяє молоді поглиблювати свої знання в галузі фізичного виховання, здоров'я та підтримки активного способу життя [138, 195].

Важливу роль відіграють сучасні підходи до упровадження електронних технологій збереження здоров'я у закладах вищої освіти України. У дослідженні Новописьменного С. та ін. [383] наголошено на важливості інтеграції інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) в освітній процес, враховуючи потреби сучасного суспільства щодо забезпечення гармонійного фізичного, інтелектуального та соціального розвитку молоді, що відповідає глобальним тенденціям підвищення ефективності освітніх процесів шляхом використання цифрових технологій.

Участь у спортивних заходах є важливою частиною університетського життя в Україні. У багатьох університетах здобувачі вищої освіти мають можливість долучитися до спортивних клубів, займатися фітнесом у спеціалізованих залах і брати участь у спортивних заходах на рівні університету, регіону та країни. Такі заходи допомагають молоді підтримувати фізичну активність, соціалізуватися, знімати стрес і підтримувати інтерес до активного способу життя.

Міністерство освіти України активно підтримує програми з розвитку фізичної активності та здорового способу життя серед школярів та здобувачів

вищої освіти. Існують національні програми, які спрямовані на популяризацію спорту, розвиток спортивної інфраструктури у навчальних закладах та проведення змагань і фестивалів здоров'я. Завдяки таким ініціативам молодь має більше можливостей для участі у спортивних заходах, отримує доступ до сучасної спортивної інфраструктури та формується в умовах, сприятливих для розвитку здорових звичок.

Таким чином, аналіз навчальних програм шкільної та вищої освіти в Україні показує, що оздоровчий компонент присутній в освітньому процесі. Введення фізичної культури до навчальних планів шкіл та університетів сприяє не тільки розвитку фізичних здібностей учнів і здобувачів вищої освіти, але й вихованню відповідальності за власне здоров'я, формуванню здорових звичок та профілактиці захворювань.

На рівні школи фізичне виховання зосереджене на розвитку базових фізичних навичок, профілактиці травм, формуванні правильних звичок у харчуванні та особистій гігієні. Університетські програми продовжують розвивати фізичну активність і додають науковий компонент, дозволяючи студентській молоді отримати поглиблені знання в галузі здоров'я, що є корисним як у професійному, так і особистому житті. Такий комплексний підхід до освіти формує в молоді усвідомлене ставлення до здоров'я, сприяє активному способу життя і забезпечує стійку основу для поліпшення здоров'я на індивідуальному рівні.

Водночас у освітніх системах Польщі та України є суттєві відмінності в підходах до формування здорового способу життя школярів і здобувачів вищої освіти. Основні відмінності полягають у структурі фізичного виховання, інтеграції здоров'язберігаючих програм і ресурсного забезпечення:

1. Підхід до фізичного виховання. У польських школах фізичне виховання передбачає як обов'язкові заняття, так і можливість вибору спортивних секцій, що відповідає інтересам і фізичним можливостям учнів. Шкільні програми орієнтовані на відвідування спортивних занять кілька разів

на тиждень, а в університетах також підтримується фізична активність через курси фізичного виховання або спортивні клуби. В Україні фізичне виховання є обов'язковим предметом у школах, проте менш адаптованим до індивідуальних потреб учнів. Зазвичай це стандартні заняття, які не завжди дозволяють обирати різні види активності. В університетах фізичне виховання менш структуроване, а спортивні заняття часто мають статус факультативних.

2. Інтеграція здоров'язберігаючих програм. Польські школи активно інтегрують освітні програми, що містять інформацію про здоровий спосіб життя, профілактику захворювань, важливість здорового харчування та уникнення шкідливих звичок. В університетах, особливо медичних і педагогічних, обов'язково вивчають основи анатомії, фізіології та здоров'я, що сприяє формуванню культури здорового способу життя. В Україні освітні програми також містять певні компоненти здоров'язбереження, але з меншим акцентом на практичні заняття та освітні лекції. Школярів і здобувачів вищої освіти інформують про важливість здорового способу життя, але практичні курси та спеціальні програми, які розвивають навички збереження здоров'я, менш поширені.

3. Ресурсне забезпечення та інфраструктура. Польща активно інвестує в спортивну інфраструктуру шкіл і університетів, що дозволяє учням і здобувачам вищої освіти займатися спортом у належних умовах. Спортивні зали, басейни, тренажерні майданчики є важливим елементом освітньої інфраструктури, що сприяє популяризації активного способу життя. В Україні спортивна інфраструктура шкіл і університетів має потребу в модернізації та оновленні, що інколи обмежує можливості для регулярної фізичної активності. Існує обмежений доступ до сучасних спортивних об'єктів, а забезпечення спортивним інвентарем може бути недостатнім.

4. Державні програми та ініціативи. Польща запроваджує національні програми, такі як «Шкільний спорт», які спрямовані на залучення дітей і молоді до активного способу життя. Також проводяться кампанії з

профілактики ожиріння та інших захворювань, пов'язаних із малорухливим способом життя. В Україні також діють державні програми з фізичного виховання, проте їхнє упровадження менш систематичне і часто залежить від місцевих ініціатив. Активність підтримується через окремі проєкти, змагання та спортивні заходи, але національна програма розвитку фізкультури в школах та університетах потребує подальшого розвитку та підтримки.

Таким чином, освітня система Польщі забезпечує більше можливостей для розвитку фізичної активності та здорового способу життя через інтегровані програми та сучасну інфраструктуру, тоді як в Україні оздоровчий компонент освіти менш структурований і залежить від ресурсів та ініціатив на рівні окремих навчальних закладів.

Отже, фізкультурно-оздоровча діяльність є важливим інструментом розвитку фізичного, психічного та соціального здоров'я дітей та молоді. Різноманіття доступних форм активності, таких як командні види спорту, спортивний туризм, скелелазіння, Crossfit і сучасні технологічні засоби, дозволяє адаптувати заняття до потреб і можливостей різних категорій населення. В умовах воєнного стану особливо важливо інтегрувати фізкультурно-оздоровчу діяльність у навчальні програми та повсякденне життя молоді як засіб зниження стресу, підвищення психоемоційної стабільності та соціальної підтримки. Для подальшого розвитку фізкультурно-оздоровчих програм необхідно вдосконалювати інфраструктуру, адаптувати найкращі міжнародні практики та посилювати просвітницьку роботу з популяризації активного способу життя [134, 201, 206].

Фізкультурно-оздоровча діяльність серед людей зрілого й похилого віку є невід'ємним чинником підтримки здоров'я, профілактики хронічних захворювань та поліпшення загального рівня життя. Дослідження, проведені в Україні та Польщі, демонструють відмінності в рівні обізнаності, мотивації та доступності рухової активності, що зумовлено різними соціальними, економічними та інфраструктурними умовами обох країн.

Рівень обізнаності про користь фізичної активності серед людей зрілого віку у Польщі значно вищий завдяки систематичним інформаційним кампаніям, державній підтримці та наявності сучасної спортивної інфраструктури. Польські громадяни активніше інтегрують фізичну активність у повсякденне життя, усвідомлюючи її роль у підтримці здоров'я та профілактиці вікових захворювань. В Україні, попри зростаючий інтерес до теми фізичної активності, рівень інформованості серед населення є нижчим. Основними перешкодами залишаються недостатня спортивна інфраструктура, обмежений доступ до занять та низька державна підтримка. Проте позитивну динаміку створюють громадські ініціативи та регіональні програми, спрямовані на популяризацію активного способу життя серед літніх людей [127].

Мотивація до занять фізичною активністю серед людей зрілого й похилого віку визначається спільними для обох вікових груп чинниками, такими як підтримка фізичної форми, профілактика захворювань, зниження стресу та соціалізація. У Польщі значну роль відіграють державні програми, які створюють умови для залучення громадян до таких видів активності, як плавання, скандинавська ходьба та велосипедний спорт. В Україні популярними є доступні види рухової активності, серед яких туристичні походи та оздоровчий біг, що не потребують значних фінансових витрат. Для людей похилого віку важливою мотивацією є збереження незалежності, підвищення якості життя та соціальна взаємодія. У Польщі такі мотиви реалізуються через систематичні програми дозвілля та соціальної підтримки, тоді як в Україні мотиваційні чинники часто обмежуються особистими зусиллями через недостатність структурованих програм і страх перед можливими травмами.

Використання сучасних технологій, зокрема мобільних додатків, стало важливим інструментом для підвищення мотивації до регулярної фізичної активності серед осіб зрілого віку. Мобільні додатки, які містять трекери

активності, індивідуальні плани тренувань і соціальні функції, дозволяють персоналізувати заняття відповідно до можливостей користувачів. Їх ефективність полягає у можливості відстежувати прогрес, підтримувати мотивацію через гейміфікацію та подолання бар'єрів, пов'язаних із недостатністю часу або інформованості. Регулярне використання додатків сприяє формуванню здорових звичок, покращенню самоконтролю та загального фізичного і психоемоційного стану.

Вплив фізкультурно-оздоровчих занять на здоров'я людей похилого віку підтверджує їхню високу ефективність у покращенні фізичного, функціонального та психоемоційного стану. Дослідження показують, що оздоровче плавання сприяє нормалізації маси тіла, зміцнює серцево-судинну систему та адаптаційні можливості організму. Скандинавська ходьба є ефективною для поліпшення функціональних резервів організму, а також показників серцево-судинного здоров'я, про що свідчать результати проб Скібінського та Руфф'є. Оздоровчий туризм забезпечує гармонійний розвиток усіх складових здоров'я завдяки зміцненню опорно-рухового апарату, зниженню рівня стресу та профілактиці хронічних захворювань. Крім того, групові заняття сприяють соціалізації та підтримці психоемоційного благополуччя людей похилого віку.

Розроблення та упровадження програм фізкультурно-оздоровчої діяльності для осіб похилого віку є ключовим напрямом у підтримці їхнього здоров'я та підвищенні якості життя. Такі програми базуються на врахуванні фізіологічних особливостей, рівня підготовки та індивідуальних потреб учасників. Вони охоплюють популярні види активності, як-от оздоровче плавання, скандинавська ходьба, оздоровчий туризм, дихальні вправи та гімнастику, з поступовим підвищенням інтенсивності навантажень. Особлива увага приділяється інформаційній складовій програм, що сприяє підвищенню обізнаності учасників щодо користі фізичної активності, раціонального харчування та методів подолання стресу. Групова форма занять забезпечує

підтримку мотивації та позитивний емоційний фон, що є важливим для психосоціальної адаптації літніх людей.

Таким чином, фізкультурно-оздоровча діяльність є дієвим інструментом для підтримки здоров'я, підвищення фізичної витривалості та поліпшення психоемоційного стану осіб зрілого й похилого віку. Вона сприяє профілактиці хронічних захворювань, зміцненню адаптаційних можливостей організму та підвищенню загальної якості життя. Польський досвід демонструє успішність комплексного підходу, що передбачає державну підтримку, розвиток інфраструктури та популяризацію фізичної активності. В Україні для досягнення аналогічних результатів необхідно активізувати освітні програми, розширити доступ до спортивних об'єктів і впровадити сучасні технології, які підвищують мотивацію до занять. Особливо важливо створювати індивідуально адаптовані програми, що враховують фізичні можливості та потреби учасників, забезпечуючи їхню соціалізацію та інтеграцію в активне суспільне життя.

Проектна діяльність відіграє важливу роль у формуванні культури здорового способу життя серед різних соціальних груп населення. Упровадження міжнародних проєктів, зокрема в Польщі та Україні, дозволило значно підвищити рівень обізнаності громадян про важливість фізичної активності, здорового способу життя та профілактики захворювань. Проєкти, що були реалізовані, характеризуються комплексним підходом, який охоплює освітні, практичні, психологічні та інфраструктурні аспекти. Цей підхід дозволяє не лише інформувати населення про здоров'я, але й забезпечує можливості для набуття практичних навичок, а також створення умов для підтримки активного дозвілля через розвиток спортивної інфраструктури.

Інтеграція проєктів, адаптованих до потреб різних вікових і соціальних груп, дозволяє забезпечити індивідуальний підхід, що підвищує їх ефективність. Особливо важливою є роль державних установ, громадських організацій та приватного сектора в масштабуванні таких ініціатив, що

дозволяє охопити більше людей і забезпечити доступ до здорового способу життя для широких верств населення. Реалізація цих проєктів значно знижує ризик розвитку захворювань, пов'язаних зі способом життя, і сприяє покращенню якості життя, створюючи міцну основу для стійкої культури здоров'я в суспільстві.

Проєкт «Центр ерготерапії через адаптаційні ігри» продемонстрував значний позитивний вплив на соціальну адаптацію, психоемоційний стан та фізичну активність осіб з особливими потребами, людей похилого віку та дітей. Адаптаційні ігри виявилися ефективним інструментом у процесі реабілітації, оскільки вони знижують рівень тривожності, покращують активність і настрій учасників, а також допомагають подолати соціальну ізоляцію. Упровадження цього проєкту в Україні, зокрема серед внутрішньо переміщених осіб та військовослужбовців, показало його високу ефективність у підвищенні фізичного та психоемоційного здоров'я учасників. Успіх цього досвіду підкреслює необхідність подальшого розвитку адаптивних ігор як елементу комплексної реабілітації, що повинно сприяти інтеграції інноваційних методів ерготерапії в українську реабілітаційну систему.

Реалізація польсько-казахського проєкту «Польсько-казахський регіональний навчальний центр безпеки та рятування» виявилася ефективною в підвищенні рівня знань та практичних навичок надання першої долікарської допомоги серед широких верств населення, зокрема освітян, здобувачів вищої освіти, працівників громадських установ і представників екстрених служб. Проєкт передбачав теоретичні заняття та практичні тренінги, що дозволяли учасникам освоїти навички надання допомоги в реальних умовах. Такий підхід сприяв розвитку емоційної стійкості, підвищенню впевненості в діях учасників та покращенню координації між різними екстреними службами. Розвиток міжнародного співробітництва між Польщею та Казахстаном дав змогу вдосконалити систему навчання з безпеки та рятування, що має значний вплив на зменшення смертності та травматизму в екстрених ситуаціях.

Проекти «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок», реалізовані в Польщі та Україні, стали важливим кроком у підвищенні рівня обізнаності щодо важливості самодіагностики та раннього виявлення раку молочної залози серед молодих жінок. У межах цих ініціатив були проведені освітні семінари, тренінги та інформаційні кампанії, що допомогли знизити стигматизацію онкології і популяризувати профілактичні заходи. Міжнародне співробітництво між Польщею, Україною та Казахстаном сприяло обміну досвідом у сфері профілактики онкологічних захворювань та створенню ефективних навчальних матеріалів, адаптованих до потреб локальних спільнот. Ці проекти мали значний соціальний ефект, формуючи у молодих жінок відповідальне ставлення до власного здоров'я і підвищуючи загальний рівень здоров'я населення.

Загалом, реалізація цих міжнародних проєктів підтверджує їхній значний позитивний вплив на різні аспекти здоров'я населення, сприяючи покращенню фізичного і психоемоційного стану, підвищенню рівня обізнаності та формуванню навичок, необхідних для забезпечення здорового способу життя. Вони продемонстрували важливість інтеграції освітніх, практичних і психологічних компонентів для формування стійкої культури здоров'я, що є основою для забезпечення високих стандартів здоров'я в суспільстві. Тому подальший розвиток і масштабування таких проєктів є важливим кроком до створення більш здорової та стійкої спільноти.

Отже, у процесі дослідження й розв'язання поставлених завдань, сформульовано положення наукової новизни.

Набули подальшого розвитку:

- наукові дані [4, 32, 43, 57, 95, 247], що розкривають фізкультурно-оздоровчу діяльність як ефективний засіб комплексного впливу на фізичне здоров'я, психоемоційне благополуччя й соціальну інтеграцію осіб різного віку;

- емпіричні дані [48, 104, 213, 336, 353, 483] про позитивний вплив туристської та спортивно-оздоровчої діяльності на фізичний стан, функціональні резерви організму, психоемоційне здоров'я та соціальну активність осіб різного віку. Зокрема, для дітей і студентської молоді спортивно-оздоровчий туризм є засобом фізичного виховання й формування самодисципліни; для дорослого населення – профілактикою захворювань і підтримкою працездатності; а для осіб похилого віку – засобом продовження активного довголіття.

Удосконалено:

- термінологічний апарат щодо фізкультурно-оздоровчої та рекреаційної діяльності різних вікових груп [46, 55, 93], що забезпечило чіткість і однозначність ключових понять дослідження. Конкретизовано зміст поняття «здоров'язбереження» як комплексного системного процесу підтримки та зміцнення здоров'я на індивідуальному й суспільному рівнях, а також поняття «культура здоров'я» як інтегративної характеристики, що охоплює знання, цінності та практики, спрямовані на формування відповідального ставлення до власного здоров'я й здоров'я інших осіб;

- удосконалено підходи [81, 94] до підвищення мотивації осіб зрілого віку до регулярної фізичної активності завдяки використанню мобільних застосунків, що забезпечують поєднання функцій моніторингу рухової активності, індивідуалізованого планування тренувань і соціальної взаємодії, що сприяє персоналізації фізкультурно-оздоровчих занять відповідно до потреб і можливостей користувачів.

У контексті наведеного вдалося одержати *нові наукові результати й положення:*

- обґрунтовано концепцію проєктної здоров'язбережувальної діяльності, яка поєднує фізкультурно-оздоровчі, освітні, цифрові, соціальні й міжнародні аспекти в єдину систему, забезпечуючи інклюзивний підхід для різних вікових і соціальних груп, інтегруючи сучасні технології моніторингу

фізичної активності, сприяючи міжсекторальній взаємодії, та передбачає систему оцінювання ефективності впроваджених заходів для формування культури здорового способу життя й профілактики хронічних захворювань;

- обґрунтовано систему формування культури здоров'я різних груп населення, спрямовану на створення стійкої основи для збереження здоров'я, підвищення якості життя населення й популяризацію активного способу життя серед усіх вікових груп населення. Основні напрями системи: освіта й інформування для підвищення обізнаності населення про важливість здорового способу життя завдяки освітнім кампаніям, тренінгам і лекціям; фізична активність за допомогою впровадження регулярних занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю, адаптованою до потреб дітей, молоді, дорослих і літніх людей; правильне харчування з урахуванням фізіологічних особливостей кожної цільової групи; психологічна підтримка для створення умов розвитку емоційної стійкості та підтримки психічного здоров'я завдяки тренінгам й заходам; соціалізація за допомогою організації спільних заходів, що сприяють поліпшенню соціальних зв'язків і створюють умови для активного дозвілля;

- обґрунтовано й упроваджено програму фізкультурно-оздоровчої діяльності для осіб похилого віку, що базується на комплексному використанні та чергуванні занять з адаптаційних ігор, скандинавської ходьби, оздоровчого плавання й оздоровчого туризму;

- обґрунтовано класифікацію проєктної діяльності, яка охоплює ключові аспекти реалізації грантових проєктів у сфері здоров'язбереження й фізичної культури; яка враховує різні параметри організації та виконання проєктів, що сприяє підвищенню ефективності їхнього планування, реалізації та оцінювання результативності, систематизацію проєктної діяльності, яка сприяє імплементації сучасних методологічних підходів у сферу фізичної культури й здорового способу життя, що має важливе значення для формування довгострокових стратегій у галузі громадського здоров'я;

- встановлено ефективність реалізації здоров'язберезувальних проєктів; доведено значний позитивний вплив на різні аспекти здоров'я населення, що сприяють поліпшенню фізичного й психоемоційного стану, підвищенню рівня обізнаності та формуванню навичок, потрібних для забезпечення здорового способу життя; продемонстровано важливість інтеграції освітніх, практичних і психологічних компонентів для формування стійкої культури здоров'я як основи для забезпечення високих стандартів здоров'я в суспільстві.

Результати за розділом подано в наукових працях: [383].

ВИСНОВКИ

1. Аналіз наукової літератури та узагальнення світового й українського досвіду свідчать, що фізкультурно-оздоровча діяльність є ключовим чинником підтримки та зміцнення громадського здоров'я та охоплює фізичні, психологічні й соціальні аспекти. Доведено, що регулярна фізична активність сприяє гармонійному розвитку особистості, поліпшує фізичний стан, знижує ризик розвитку хронічних захворювань, зменшує рівень стресу та сприяє соціальній інтеграції різних груп населення.

Установлено, що ефективність оздоровчих програм значною мірою залежить від урахування вікових, статевих, фізіологічних і соціальних особливостей учасників, що дає змогу адаптувати методики до потреб дітей, молоді, дорослих і осіб похилого віку. Особливу роль відіграють реабілітаційні й терапевтичні напрями, які уможливлюють залучення до фізичної активності навіть за наявності хронічних захворювань.

Міжнародний досвід (зокрема, Польщі й інших європейських країн) підтверджує ефективність комплексних моделей оздоровчої діяльності, що поєднують просвітницькі програми, розвинену інфраструктуру, міжсекторальну співпрацю й застосування інноваційних методик (наприклад, інтерактивних технологій, мобільних застосунків, індивідуалізованих тренувальних програм). В Україні реалізують державні й локальні проєкти, спрямовані на популяризацію здорового способу життя, розвиток спортивної та рекреаційної інфраструктури, а також удосконалення форм і методів проведення фізкультурно-оздоровчих занять.

Отже, фізкультурно-оздоровча діяльність є важливим чинником підвищення якості життя, зниження рівня захворюваності, формування здорової поведінки й соціальної активності, а її стратегічне значення підтверджено у світовій та національній практиці та потребує подальшого удосконалення.

2. Виявлено, що мотиваційні чинники залучення до фізкультурно-оздоровчих занять суттєво відрізняються залежно від віку, статі, соціального статусу й національного контексту. Для молоді домінують мотивації, пов'язані із самовираженням, зовнішньою привабливістю, соціальною активністю й бажанням досягти спортивних результатів. Для осіб зрілого й похилого віку визначальними є мотиви підтримки здоров'я, профілактики захворювань, поліпшення самопочуття та спілкування. Установлено, що жінки частіше акцентують увагу на психоемоційному благополуччі й соціальних аспектах занять, тоді як чоловіки – на фізичній підготовленості та спортивних досягненнях.

Складено рейтинг найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед різних вікових і статевих груп населення Польщі й України. Найбільш поширеними видами для молоді виявлено фітнес, плавання, командні види спорту й активний відпочинок на природі; для дорослих – скандинавську ходьбу, заняття у спортивних клубах, велоспорт; для осіб похилого віку – лікувальну фізкультуру, оздоровчу гімнастику, піші прогулянки та адаптивну рухову активність. Водночас у Польщі спостерігається більша популярність масових оздоровчих програм і соціальних ініціатив, тоді як в Україні поширена індивідуальна й групова фізична активність у межах громадських центрів і закладів освіти.

3. Установлено, що найпопулярнішими видами фізкультурно-оздоровчої діяльності є спортивні ігри, спортивно-оздоровчий туризм, а також сучасні фітнес-програми, що мають багатовекторний і статистично підтверджений позитивний вплив на фізичне, психічне й соціальне здоров'я дітей і молоді. Зокрема, у дітей заняття спортивно-оздоровчим туризмом ефективно сприяють поліпшенню психічного ($t=2,26$; $p<0,05$) та фізичного здоров'я ($t=2,09$; $p<0,05$), тоді як волейбол позитивно впливає на показники соціального здоров'я. У студентської молоді волейбол визначально впливає на психічне здоров'я ($t=3,31$; $p<0,01$), а туризм – на фізичне ($t=2,97$; $p<0,01$) і соціальне ($t=2,17$;

$p < 0,05$) здоров'я. Дані особистого оцінювання якості життя та психоемоційного стану підтверджують: волейбол у дітей суттєвіше впливає на відчуття особистого досягнення ($t=2,15$; $p < 0,05$), самопочуття ($t=2,21$; $p < 0,05$) і настрій ($t=2,23$; $p < 0,05$), тоді як туризм більш значущий у формуванні якостей підтримки ($t=2,49$; $p < 0,05$), зменшенні напруженості ($t=2,75$; $p < 0,01$) і негативних емоцій ($t=2,30$; $p < 0,05$). У молоді перевага спортивно-оздоровчого туризму проявляється у впливі на навчальні досягнення, оптимізм, самоконтроль, якість життя, а також зниженні напруженості ($t=3,27$; $p < 0,01$) та негативних емоцій ($t=2,73$; $p < 0,05$).

Доведено, що сучасний підхід до організації оздоровчої діяльності повинен враховувати не лише вид активності, а й специфіку цільової групи, її актуальні потреби, гендерні й психоемоційні особливості та соціальні умови, зокрема вплив воєнних подій. У підлітків, які систематично займалися боксом протягом року, частка тих, хто відчував страх, зменшилася на 18,75%, прояви пригнічення – на 6,20%, агресії – на 6,25%. Одночасно суттєво поліпшилися показники соціально-психологічної адаптації: сприйняття себе зросло на 2,9 бала ($t=2,31$; $p < 0,05$), внутрішній локус контролю – на 3,6 бала ($t=2,31$; $p < 0,05$), емоційний комфорт – на 2,2 бала ($t=2,40$; $p < 0,05$), а емоційний дискомфорт знизився на 3 бали ($t=2,33$; $p < 0,05$). Заняття популярними фітнес-програмами також позитивно вплинули на показники психоемоційного стану, зокрема зростання відчуття спокою, сили й енергії та зменшення рівня тривоги, страху та апатії, студентської молоді, яка як вимушені переселенці проживає в Польщі.

4. Проведені дослідження з визначення впливу певних фізкультурно-оздоровчих занять на фізичне здоров'я людей похилого віку свідчать, що чоловіки, які займалися оздоровчим плаванням, мають ліпші показники за індексом маси тіла ($22,7 \pm 1,08$ кг/м²) та індексом функціональних змін ($2,2 \pm 0,14$ у. о.); чоловіки, які займалися скандинавською ходьбою, – за індексом Робінсона ($85,3 \pm 2,14$ у. о.) та пробою Руфф'є ($5,8 \pm 1,13$ у. о.); чоловіки, які

займалися оздоровчим туризмом, – за пробою Скібінського ($30,8 \pm 3,41$ у. о.). Найбільший вплив на фізичне здоров'я одержали жінки похилого віку, які займалися плаванням, за індексом маси тіла ($22,1 \pm 0,84$ кг/м²), індексом функціональних змін ($2,3 \pm 0,10$ у. о.) і пробою Руфф'є ($5,9 \pm 1,16$ у. о.); заняття зі скандинавської ходьби більшою мірою вплинули на показники індексу маси тіла ($22,1 \pm 0,81$ кг/м²) та індексу Робінсона ($84,0 \pm 2,03$ у. о.); заняття оздоровчим туризмом – на показники проби Скібінського ($31,1 \pm 3,37$ у. о.).

На показники соціально-психологічної адаптації чоловіків більше вплинули заняття оздоровчим туризмом, а саме на адаптацію ($79,2 \pm 2,48$ бала), самосприйняття ($72,3 \pm 2,91$ бала), прийняття інших ($68,9 \pm 2,73$ бала), емоційну комфортність ($75,6 \pm 2,64$ бала) та інтернальність ($77,3 \pm 2,59$ бала), а заняття плаванням – на прагнення до домінування ($86,9 \pm 2,47$ бала). Заняття оздоровчим туризмом найбільше вплинули в жінок на адаптацію ($65,7 \pm 2,51$ бала), прийняття інших ($67,2 \pm 2,84$ бала), емоційну комфортність ($55,1 \pm 2,67$ бала), інтернальність ($74,1 \pm 2,65$ бала), а заняття оздоровчим плаванням – на самосприйняття ($79,5 \pm 2,43$ бала) та прагнення до домінування – ($56,4 \pm 2,73$ бала).

Як свідчать одержані результати, усі зазначені показники за використання найбільш рейтингових видів фізкультурно-оздоровчих занять людей похилого віку достовірно ($p < 0,05 - 0,001$) вищі, ніж у тих, хто не займається оздоровчою діяльністю, але жоден з видів занять суттєво не впливає на показники фізичного, психічного й соціального здоров'я, що варто врахувати під час розроблення оздоровчих програм.

5. Проведені попередні дослідження дали змогу розробити та впровадити в Польщі й Україні програму фізкультурно-оздоровчої діяльності для осіб похилого віку, що ґрунтувалася на комплексному використанні й чергуванні занять з плавання, скандинавської ходьби, оздоровчого туризму, оздоровчої гімнастики, адаптаційних ігор, загальної фізичної підготовки та походів вихідного дня.

Порівняльний аналіз груп на початку впровадження експериментальної програми мав достовірну різницю в індексі маси тіла ($t=2,01$; $p<0,05$) та індексі Робінсона ($t=2,85$; $p<0,01$), на кінець одержано достовірну різницю в пробі Скібінського ($t=2,36$; $p<0,05$) на користь осіб похилого віку з України. Водночас за період дослідження достовірно поліпшилися показники індексу маси тіла в жінок похилого віку з Польщі ($t=1,98$; $p>0,05$) та України ($t=2,71$; $p<0,05$), індексу функціональних змін ($t=2,46$; $p<0,05$ і $t=2,43$; $p<0,05$, відповідно), індексу Робінсона ($t=1,91$; $p>0,05$ і $t=2,59$; $p<0,05$, відповідно), проби Скібінського ($t=2,07$; $p<0,05$ і $t=2,85$; $p<0,01$, відповідно) та проби Руфф'є ($t=2,16$; $p<0,05$ і $t=2,42$; $p<0,05$, відповідно).

Завдяки експериментальній програмі поліпшилися показники індексу маси тіла в чоловіків похилого віку з Польщі ($t=2,28$; $p<0,05$) та України ($t=2,92$; $p<0,01$), індексу Робінсона ($t=2,49$; $p<0,05$ і $t=3,03$; $p<0,01$, відповідно), а проб Скібінського ($t=2,72$; $p<0,05$) та Руфф'є ($t=2,53$; $p<0,05$) тільки в чоловіків з України.

Заняття за комплексною програмою також достовірно покращили показники самопочуття у жінок похилого віку з Польщі ($t=2,27$; $p<0,05$) та з України ($t=3,94$; $p<0,001$), активності ($t=2,47$; $p<0,05$ і $t=24,86$; $p<0,001$ відповідно) та настрою ($t=2,22$; $p<0,05$ і $t=3,52$; $p<0,01$ відповідно). У чоловіків похилого віку, як з Польщі, так і України достовірно покращилися показники самопочуття ($t=2,51$; $p<0,05$ і $t=4,05$; $p<0,001$), активності ($t=2,82$; $p<0,01$ і $t=3,80$; $p<0,001$) та настрою ($t=2,16$; $p<0,05$ і $t=4,25$; $p<0,001$).

6. На основі системного аналізу теоретичних і методичних положень оздоровчої діяльності людини обґрунтовано й розроблено концепцію проєктної здоров'язбережувальної діяльності для різних груп населення. Концепція ґрунтується на інтеграції сучасних підходів до формування культури здоров'я з урахуванням вікових, соціальних, фізіологічних і психологічних особливостей цільових груп. Вона передбачає створення багаторівневої системи, що поєднує освітні, просвітницькі, інфраструктурні й

цифрові компоненти, спрямовані на формування стійкої мотивації до здорового способу життя.

Визначено, що ефективність упровадження здоров'язбережувальних проєктів значною мірою залежить від міжсекторальної співпраці, залучення інноваційних технологій, адаптації змісту програм до специфіки груп населення, а також активної участі місцевих громад і професійних спільнот. Розроблено систему формування культури здоров'я, яка охоплює освітнє середовище, трудові колективи, громадські організації та сімейні осередки, що забезпечує комплексний вплив на фізичне, психоемоційне й соціальне благополуччя населення.

Запропонована система створює умови для підвищення рівня обізнаності, самоконтролю й самовідповідальності щодо власного здоров'я, сприяє розвитку адаптаційних механізмів, формуванню сталих мотиваційних установок, а також упровадження здоров'язбереження в повсякденну практику різних груп населення.

7. У результаті проведеного дослідження систематизовано й обґрунтовано класифікацію проєктної діяльності у сфері здоров'язбереження та фізичної культури, що дає змогу підвищити ефективність реалізації грантових проєктів. Запропонована класифікація охоплює такі параметри, як тип фінансування (власні, грантові, змішані), географія (місцеві, національні, міжнародні), кількість партнерів (індивідуальні, колективні, консорціуми), строки виконання (коротко-, середньо- та довгострокові) й обсяг бюджету (до 10 тис. євро, 10–50 тис. євро, понад 50 тис. євро). Аналіз практичного досвіду впровадження міжнародних грантових програм, зокрема за участю країн Східної Європи та Центральної Азії, підтвердив ефективність такої систематизації для розширення партнерських мереж, забезпечення стійких результатів, оптимізації ресурсів і залучення до проєктів різних цільових груп. Узагальнення міжнародного досвіду дає змогу рекомендувати запропоновану

класифікацію як основу для подальшого вдосконалення проєктної діяльності у сфері здоров'язбереження й фізичної культури.

8. Установлено значний внесок проєктної діяльності у формування культури здорового способу життя, реабілітацію, соціалізацію та психоемоційну підтримку різних груп населення.

Реалізація проєктів «Центр ерготерапії через адаптаційні ігри» і в Польщі, і в Україні підтвердила високу ефективність адаптаційних ігор як інструменту соціалізації, психологічної реабілітації та фізичного розвитку різних груп населення. Реалізація цього проєкту в Польщі сприяла поліпшенню самопочуття в жінок ($t=2,81$; $p<0,01$) і чоловіків ($t=2,34$; $p<0,05$), настрою ($t=2,77$; $p<0,01$ і $t=2,36$; $p<0,05$, відповідно) та активності ($t=3,48$; $p<0,001$ і $t=2,85$; $p<0,01$, відповідно), а також зниженню тривожності в чоловіків ($t=2,31$; $p<0,05$). Виявлено, що завдяки використанню адаптаційних ігор, особливо під час воєнного стану, у дітей поліпшився рівень соціальної адаптації. Окрім того, установлено, що заняття з використанням адаптаційних ігор позитивно впливають на психоемоційний стан і сенсомоторну реакцію військовослужбовців, які перебувають на реабілітації. Значно поліпилися показники тривожності ($t=2,23$; $p<0,05$), активності ($t=2,90$; $p<0,01$), настрою ($t=2,89$; $p<0,01$) і самопочуття ($t=2,73$; $p<0,05$); водночас зменшився час реакції ($t=3,18$; $p<0,01$) та поліпилася якість реакції ($t=2,64$; $p<0,05$). У результаті дослідження доведено, що адаптаційні ігри є дієвим інструментом психологічної реабілітації, соціальної та фізичної адаптації різних категорій населення, зокрема вимушених переселенців і військовослужбовців.

Установлено, що реалізація проєкту «Польсько-казахський навчальний регіональний центр безпеки та рятування» позитивно вплинула на формування навичок надання першої долікарської допомоги серед різних соціальних груп у Казахстані. Завдяки впровадженню польського досвіду навчання алгоритму Basic Life Support (BLS) з використанням сучасного обладнання, учасники проєкту поліпили свої знання й практичні навички, зокрема ефективність

компресій грудної клітки зросла від 26,6 до 79,9%. Знизився рівень стресу в екстрених ситуаціях, що дало змогу учасникам упевнено діяти в кризових умовах. Проєкт підтвердив ефективність сучасних освітніх підходів до навчання долікарської допомоги та створив платформу для подальшого розвитку компетенцій у цій сфері, що сприяє підвищенню рівня безпеки й рятування життів у суспільстві.

Реалізація польсько-українського та польсько-казахського проєктів «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок» засвідчила важливість просвітницьких ініціатив, спрямованих на підвищення рівня обізнаності про раннє виявлення онкологічних захворювань. Завдяки організації тренінгів та інформаційних кампаній сформовано навички самодіагностування в цільовій групі, що значно знизило рівень страху й невпевненості щодо виконання таких процедур. Залучення до проєктів сучасних освітніх підходів і методів сприяло підвищенню рівня знань. В Україні рівень обізнаності в молоді підвищився на 68,0% ($t=4,99$; $p<0,001$), у дорослого населення – на 67,0% ($t=5,51$; $p<0,001$), у Казахстані – на 52,0% ($t=3,37$; $p<0,001$) та 54,0% ($t=4,11$; $p<0,001$), відповідно. Реалізовані проєкти свідчать про ефективність профілактики захворювань, підвищення рівня обізнаності й готовності до активної участі у збереженні власного здоров'я.

Представлені проєкти, спрямовані на імплементацію польського досвіду в Україні й Казахстані, продемонстрували значний позитивний вплив на різні складники здоров'я. Одержані результати доводять важливість розвитку проєктної діяльності для формування культури здоров'я, організації та впровадження здоров'язбережувальної діяльності для різних груп населення. Успішний досвід проєктної діяльності є основою для розширення таких ініціатив у національному й міжнародному масштабах.

ПОСИЛАННЯ

1. Абрамов ВВ. Спортивний туризм: підручник Харків: ХНАМГ; 2011. 367 с.
2. Акімова М, Андрєєва О, Мічуда Ю. Удосконалення організаційно-управлінського забезпечення оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб зрілого віку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2022;1:37–43. <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2022.1.37-43>
3. Альошина А. Основні функції оздоровчо-рекреаційної діяльності у санаторно-курортних комплексах для осіб похилого віку. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2020;37:9–8.
4. Андрєєва ОВ. Теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності різних груп населення [автореферат]. Київ; 2014. 48 с.
5. Андрєєва О. Соціально-психологічні чинники, що детермінують рекреаційно-оздоровчу активність осіб різного віку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2014;3(106):25–31. <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2014.3.25-30>
6. Андрєєва О, Гакман А. Основні напрями оптимізації рекреаційно-оздоровчої діяльності осіб похилого віку. В: Науковий часопис Українського державного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2020;1(121), с. 7–10. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2019.1\(121\)20.01](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2019.1(121)20.01)
7. Андрєєва ОВ, Кашуба ВО. Пріоритетні напрями наукових досліджень сфери фізичної рекреації. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2011;3:31–5.
8. Андрєєва ОВ, Степанюк В, Хрипко ІВ, Івчатова ТВ. Рухова активність і здоров'я студентів: сучасний стан, проблеми і перспективи. В:

Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2024;12(185), с. 9–14.
[https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.12\(185\).01](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.12(185).01)

9. Андрущенко ВП. Освіта на рубежі століть: філософія, методологія, практика. В: Неперервна професійна освіта: філософія, педагогічні парадигми, прогноз: монографія. Київ: Наук. думка; 2003, с. 99–166.

10. Антонова З, Худяков В. Самозбереження здоров'я як предмет наукових досліджень. Перспективи та інновації науки. 2023;10(28):536–48.
[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-10\(28\)-536-548](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-10(28)-536-548)

11. Апанасенко ГЛ, Попова ЛА. Медицинская валеология. Киев: Здоров'я; 1998. 240 с.

12. Асаулюк І, Альошина А, Романюк В, Петрович В, Бичук О. Сучасні підходи до програмування занять оздоровчим фітнесом для осіб зрілого віку. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця, 2023;15(34). с. 7–17. [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-15\(34\)-7-17](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-15(34)-7-17)

13. Базарний СВ. Соціальна реабілітація військовослужбовців. В: Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету. Зб. наук. пр. Одеса; 2020;32, с. 152–7.

14. Балацька ЛВ, Гакман АВ, Тимчук ЛІ, Наконечний ІЮ. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність людей похилого віку в різних країнах світу. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2021;7(138), с. 22–5.
[https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.7\(138\).04](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.7(138).04)

15. Белікова Н, Індика С, Цьось А, Ващук Л. Якість життя населення, яке постраждало від військових дій. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2022;1(57):3–9.

16. Бишевець НГ, Андреева ОВ, Шинкарук ОА, Дутчак МВ, Яковенко ОО. Ефективність засобів рухової активності в профілактиці стрес-асоційованих станів здобувачів вищої освіти в умовах воєнного часу. *Sport Science Spectrum*. 2024;3:3–10. <https://doi.org/10.32782/spectrum/2024-3-1>
17. Благій ОЛ, Андреева ОВ. Рухова активність як фактор формування здорового способу життя учнівської молоді. В: Актуальні проблеми фізичного виховання, реабілітації, спорту та туризму. Зб. матеріалів III Міжнар. наук. практ. конф. Запоріжжя: КПУ; 2011, с. 27–8.
18. Благій О, Ячнюк М, Березовський В. Аналіз підходів щодо залучення студентської молоді до оздоровчо-рекреаційної діяльності. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки*. 2018;30:56–61.
19. Блінов О. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021;64(6):5–18. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-64-6-5-18>
20. Бобрицька ВІ. Формування здорового способу життя у майбутніх учителів: монографія. Полтава: Скайтек; 2006. 431 с.
21. Бойко ГЛ, Козлова ТГ, Шарафутдінова СУ. Досягнення ефекту дотримання норм рухової активності та формування стресостійкості у здобувачів вищої освіти в умовах російсько-української війни. В: Фізичне виховання в контексті сучасної освіти. Тези доп. XVII Міжнар. наук.-метод. конф. Київ; 2022, с. 17–9.
22. Бойченко ТЄ. Здоров'язберігаюча компетентність як ключова в освіті України. *Основи здоров'я і фізична культура*. 2008;11-12:6–7.
23. Бойчук ЮД. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти: монографія. Суми: Університетська книга; 2008. 357 с.
24. Борисенко АА. Філософія здоров'я: науч.-популяр. изд. Сумы: Университетская книга; 2005. 106 с.

25. Брюханова ТС. Підвищення мотивації студентів до здорового способу життя шляхом упровадження спортивно-орієнтованих технологій навчання. В: Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. соціальна робота. Зб. наук. пр. Ужгород; 2016;2(39), с. 39–40.
26. Булатова ММ. Европейский опыт: уроки и ориентиры. Спортивная медицина. 2007;1:3–10.
27. Булатова ММ. Фитнес и двигательная активность : проблемы и пути решения. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2007;1:3–7.
28. Булашев АЯ. Спортивный туризм: учебник. Харьков: ХГАФК; 2009. 332 с.
29. Булашев АЯ, Нечаев ВИ, Ровный АС. Спортивно-оздоровительный туризм. Харьков: ХДАФК; 2003. 192 с.
30. Вовк ЛВ. Формування культури здорового способу життя у студентів спеціальної медичної групи [автореферат]. Луганськ; 2013. 20 с.
31. Вовченко П, Скалій ОВ, Гедзюк ДО, Домбровська ОЛ, Трибель НС. Удосконалення фізичної підготовленості бігунів на короткі дистанції на етапі спеціалізованої базової підготовки. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2020;10, с. 55–61.
32. Гакман АВ. Теоретико-методичні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку [дисертація]. Київ; 2021. 520 с.
33. Гакман АВ, Байдюк МЮ. Мотиваційні чинники рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку. Молодий вчений. 2016;11(39): 70–3.
34. Гакман АВ, Балацька ЛВ, Лясота ТІ. Вплив рекреаційно-оздоровчої діяльності на уповільнення старіння організму. В: Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. Кам'янець-Подільський; 2016;9, с. 91–7.

35. Гакман АВ, Руденко АМ, Дудко МВ, Ковтун ОО. Сучасні методологічні основи оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку. Олімпійський та паралімпійський спорт. 2024;1:43–38. DOI 10.32782/olimpstu/2024.1.8
36. Герцик МС, Вацеба ОМ. Вступ до спеціальностей галузі «Фізичне виховання і спорт»: навч. посіб. 3-тє вид., випр. і доп. Харків: ОВС; 2004. 176 с.
37. Гониянц СА. О субъективных детерминантах, препятствующих физкультурной деятельности взрослых. В: Современный олимпийский спорт. Киев; 1997, с. 191–2.
38. Гончаренко МС. Валеология в схемах. Харьков; 2003. 187 с.
39. Гончарова НМ, Денисова ЛВ, Усиченко ВВ. Використання сучасних інформаційних технологій у сфері оздоровчого фітнесу. В: Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. Зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту імені Лесі Українки. Луцьк; 2012;2, с. 163–7.
40. Городинський С. Роль рухової активності студентської молоді у процесі формування фахівців. Грааль науки. 2021;1:470–3.
41. Грабовський ЮА, Скалій ОВ, Скалій ТВ. Спортивний туризм: навч. посіб. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан; 2008. 304 с.
42. Грибан ГП. Аналіз причин і наслідків низького стану здоров'я студентської молоді. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2011;10, с. 207–11.
43. Грибан ГП. Управління фізкультурно-оздоровчою діяльністю студентів в умовах трансформації України в європейський освітній простір. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2019;8, с. 336–41.

44. Грибан ГП. Фізичне виховання: проблеми та перспективи: монографія. Житомир: Рута; 2020. 384 с.
45. Грибан Г, Гарлінська А, Солодовник ОВ, Ткаченко П, Скорий О, Пантус О, Пилипчук П. Формування культури здорового способу життя здобувачів закладів вищої освіти засобами фізкультурно-оздоровчої діяльності. В: Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2022;6(151), с. 42–6. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.6\(151\).08](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.6(151).08)
46. Грибан Г, Онуфрак А, Осипенко В. Формування культури здоров'я у здобувачів закладів вищої освіти під час воєнного стану. В: Кутек ТБ, редактор. Спортивна наука – 2024. Зб. наук. пр. ІХ Всеукр. наук.-практ. конф. 24 травня 2024 р. Житомир: Вид. центр ЖДУ ім. І. Франка; 2024, с. 29–34.
47. Григус ІМ, Хома ОВ. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у профілактиці хронічних неінфекційних захворювань чоловіків похилого віку в умовах карантинних обмежень. *Rehabilitation and Recreation*. 2022;11: 163–72. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.11.19>
48. Гриньова ТІ, Мулик КВ. Визначення рівня фізичного здоров'я дітей 10–13 років, що займаються туризмом за авторською програмою «Туристське багатоборство». *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2014;1(39):22–7.
49. Грузинська ІМ. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія*. 2022;2(21):97–107.
50. Данильян ОГ, Дзьобань ОП. Методологія наукових досліджень: підручник. Харків: Право; 2019. 368 с.
51. Долгова НО. Модернізація фізичного виховання та спорту в університетській освіті Польщі та України: компаративний аналіз: монографія. Суми: Сумський державний університет; 2017. 238 с.

52. Дубогай ОД, Тучак АМ, Костікова СД, Єфімов АО. Основні поняття і терміни оздоровчої фізичної культури та реабілітації: навч. посіб. Луцьк: Надстир'я; 1998. 104 с.
53. Дудіцька СП. Мотиви й різновиди рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2019;31:45–9.
54. Дутчак МВ. Спорт для всіх в Україні: теорія і практика. Київ: Олімпійська література; 2009. 279 с.
55. Дутчак МВ. Парадигма оздоровчої рухової активності : теоретичне обґрунтування і практичне застосування. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2015;2:44–52.
56. Дутчак М, Андрєєва О, Катерина У. Зарубіжний досвід організації фізичного виховання студентів країн, які мають високий рівень залучення населення до оздоровчої рухової активності. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2018;3:49–58.
57. Дутчак М, Чеховська Л. Залучення студентської молоді до оздоровчої рухової активності: виклики та можливості сьогодення. Physical culture and sport: scientific perspective. 2024;2:128–34. <https://doi.org/10.31891/pcs.2024.2.18>
58. Жамардій ВО. Фітнес-технології як шлях до здоров'язбереження студентів. В: Рибалко ЛМ, редактор. Здоров'язбережувальні технології в освітньому середовищі: кол. моногр. Тернопіль: Осадца В. М.; 2019, с. 241–59.
59. Жданова О, Чеховська Л, Турка Р. Залучення населення до оздоровчої рухової активності через спортивно-масові заходи. Науковий дискурс у фізичному вихованні і спорті. 2023;1:17–26.
60. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: кол. моногр. Харків: Вид. Рожко С. Г.; 2017. 488 с.

61. Захаріна ЄА. Формування мотивації до рухової активності у процесі фізичного виховання студентів вищих навчальних закладів [автореферат]. Київ; 2008. 21 с.
62. Захарова ОВ, Мотузенко ТЄ, Махно ВВ. Заняття з фізичного виховання у процесі розв'язання проблеми дефіциту рухової активності студентської молоді. Наукові записки. 2022;206:133–40.
63. Зимівець НВ. Соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді [дисертація]. Київ; 2008. 247 с.
64. Івахненко АА. Психолого-педагогічна характеристика адаптивних рухливих ігор глухих дітей молодшого шкільного віку. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2010;11:42–5.
65. Імас Є, Дутчак М, Андрєєва О, Кенсицька І. Оцінювання рівня сформованості цінностей здорового способу життя студентської молоді. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2019;1(69):5–11. doi:10.15391/sns.v.2019-1.001
66. Інструкція по обробці даних, отриманих за допомогою опитувальника SF-36 [Інтернет]. 2019 [цитовано 2019 Жовт. 12]. Доступно: <http://medbib.in.ua/instruktsiya-obrabotke-dannyih-poluchennyih.html>
67. Калошин ВФ. Позитивне мислення як чинник професійного самовизначення молоді в умовах ПТНЗ: метод. посіб. Київ; 2012. 114 с.
68. Карабанов Є, Маріонда І, Прокопенко Ю. Фізична активність як складова дорослого населення. В: Шляхи розвитку рухової активності молоді України. Матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф., 27 квітня 2023 р. Дрогобич: Півсвіт; 2023, с. 110–19.
69. Карпюк Р. Соціальне здоров'я студентської молоді в умовах трансформації українського суспільства. Молодь і ринок. 2011;1:28–32.

70. Кічук АВ. Деякі особливості змін у психоемоційному здоров'ї студентів та факторів, які їх обумовлюють при карантинних обмеженнях. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2020;3(53);3:5–8.

71. Кожина АМ, Гайчук ЛМ, Шикова ВВ. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2015;23;2:109.

72. Конох АП, Маковецька НВ, Конох АА. Спрямованість змісту педагогічної освіти майбутніх викладачів фізичного виховання на формування стійкої позитивної мотивації до опанування знань і вмінь з екологічного туризму. Педагогічні науки. 2020;90:104–9.

73. Копко ІЄ, Філь ВМ. Моніторинг індивідуальних детермінант фізичної працездатності до субмаксимального навантаження чоловіків різних вікових груп при старінні. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2023;5K(165), с. 61–6.

74. Костюкевич ВМ, Воронова ВІ, Шинкарук ОА, Борисова ОВ. Основи науково-дослідної роботи магістрантів та аспірантів у вищих навчальних закладах (спеціальність 017 Фізична культура і спорт): навч. посіб. Вінниця: Нілан. ЛТД; 2016. 554 с.

75. Костюкевич ВМ, Шевчик ЛМ, Сокольвак ОГ. Метрологічний контроль у фізичному вихованні та спорті: навч. посіб. Вінниця: Планер; 2015. 256 с.

76. Коц СМ, Коц ВП. Вікова фізіологія та вища нервова діяльність: навч. посіб. Харків: ХНПУ; 2020. 287 с.

77. Коцан ІЯ. Фізіологічне обґрунтування ефективності впливу туристично-краєзнавчої діяльності на організм підлітків [автореферат]. Київ; 2000. 32 с.

78. Круцевич ТЮ. Двигательная активность и здоровье детей, подростков. В: Круцевич ТЮ, редактор. Теория и методика физического воспитания: учебник. Киев: Олимпийская литература; 2003. Том 2, с. 8–20.

79. Круцевич ТЮ, редактор. Теорія і методика фізичного виховання: підручник. Київ: Олімпійська література; 2008. Том 2. 366 с.

80. Круцевич ТЮ, Андрєєва ОВ. Теоретичні основи дослідження фізичної рекреації як наукова проблема. Спортивний вісник Придніпров'я. 2013;1:5–13.

81. Круцевич ТЮ, Воронова ВІ, Благій ОЛ, Андрєєва ОВ. Формування мотивації осіб зрілого віку до рекреаційної діяльності. В: Гуманітарний вісник імені Григорія Сковороди. Зб. наук. пр. Переяслав- Хмельницький; 2011, с. 335–9.

82. Круцевич ТЮ, Іванік ОБ, Погасій ЛІ. Якість життя і фізична активність чоловіків і жінок другого зрілого віку. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2019;2(108)19, с. 95–100.

83. Кузікова СБ, Зливков ВЛ, Лукомська СО. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2022;2:64–70. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-9>

84. Кузнєцов МА, Фоменко КІ, Кузнєцов ОІ. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності: монографія. Харків: ХНПУ; 2015. 338 с.

85. Кулаков Б, Полянничко О, Єретик А. Взаємозв'язок показників загальної та спеціальної фізичної підготовленості боксерів 14–15 років. Єдиноборства. 2022;2(24):36–47. DOI:10.15391/ed.2022-2.04

86. Кутек ТБ, Ахметов РФ, Скалій ОВ. Технологія побудови навчально-тренувального процесу кваліфікованих спортсменів. В: Основи

побудови тренувального процесу в циклічних та екстремальних видах спорту.

Зб. наук. пр. Харків: ХДАФК; 2021;5, с. 187–94.

87. Ладанюк АП, Власенко ЛО, Кишенько ВД. Методологія наукових досліджень: навч. посіб. Київ: Ліра-К; 2018. 352 с.

88. Левківський МВ. Історія педагогіки: навч. посіб. 4-те вид., стер. Київ: Центр учб. літ.; 2011. 188 с.

89. Левчук НО, Ядловська ОС. Соціальна реабілітація військовослужбовців. В: Сучасні вектори відновлення та розвитку України на засадах сталості та безпеки. Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Чернігів: Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій; 2023, с. 179–82.

90. Литвиновський ЄЮ, Попович ОІ, Савінцев ВІ, Стасюк ВВ. Морально-психологічне забезпечення підготовки і ведення бойових дій. Київ: ВГІНАОУ; 2003. Частина 2. 160 с.

91. Лібанова ЕМ. Соціальні результати державних програм: теоретико-методологічні та практичні аспекти оцінювання: монографія. Умань: Сочінський; 2012. 312 с.

92. Максимова КВ. Моніторинг стану соматичного здоров'я студенток І курсів вищих навчальних закладів м. Харкова. Інтернаука. 2017; №7(29): 30–4.

93. Максимова КВ. Формування культури здоров'я студентів з використанням фітнес-технологій [автореферат]. Чернігів; 2021. 23 с.

94. Максимова К, Мулик В. Моніторинг стану здоров'я й рівня фізичного розвитку жінок першого, другого зрілого віку, що відвідують оздоровчі фітнес-заняття. В: Приступа Є, редактор. Молода спортивна наука України. Зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту та здоров'я людини. Львів; 2014;18;4, с. 63–8.

95. Максимова КВ, Мулик КВ. Актуальні питання збереження та зміцнення здоров'я студенток 17–21 років вищих навчальних закладів за

рахунок фізкультурно-оздоровчих фітнес-занять. В: Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільський; 2017;10, с. 301–11.

96. Мартинюк ЮЄ, Джим ВЮ, Гребньова ІВ. Порівняльний аналіз силових поодиноких ударів руками у кваліфікованих боксерів різних типів манер ведення двобою. В: Науковий часопис Українського педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2023;5(164), с. 95–100. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.5\(164\).21](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.5(164).21)

97. Марченко О, Бричук М, Дєдх М. Особливості мотивації студентів до самостійних занять руховою активністю в умовах воєнного стану. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2022;3:44–50.

98. Марчик ВІ. Вплив рухової активності на прояв стресу у студентів під час війни. В: Пристинський ВМ, Пристинська ТМ, редактори. Навчання, виховання й розвиток гармонійно розвиненої особистості в процесі занять фізичною культурою і спортом: монографія. Слов'янськ: ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»; 2023, с. 44–54.

99. Медведовська НВ, Дячук ДД. Стан здоров'я дорослого населення України, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті. Україна. Здоров'я нації. 2012;1(21):30–9.

100. Мосейчук ЮЮ. Система формування культури здоров'я майбутніх учителів фізичної культури у процесі неперервної професійної підготовки [автореферат]. Хмельницький; 2018. 39 с.

101. Москаленко НВ. Теоретико-методичні засади інноваційних технологій в системі фізичного виховання молодших школярів [автореферат]. Київ; 2009. 42 с.

102. Мулик ВВ, Шестак ЮС, Окунь ДО. Використання спеціальних боксерських споряджень у загальній фізичній підготовці юних боксерів 15–16

років. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2019;11(119), с. 184–9.

103. Мулик КВ. Особливості підготовки та участі у спортивно-оздоровчих походах підлітків в Харківській області. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2015;10, с. 112–6.

104. Мулик КВ. Спортивно-оздоровчий туризм в системі фізичного виховання школярів і студентів: монографія. Харків: ФОП Бровін А.В.; 2015. 418 с.

105. Мулик КВ. Методична система використання спортивно-оздоровчого туризму в процесі фізичного виховання школярів і студентів [автореферат]. Чернігів; 2016. 40 с.

106. Мулик К, Гриньова Т, Скалій О, Бершов С, Корнієнко В. Рівень розвитку сили студентів, які займаються у спортивних секціях зі скелелазіння із застосуванням вправ на різних тренажерах. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2021;5(85):5–10. <https://doi.org/10.15391/sns.v.2021-5.001>.

107. Мулик К, Максимова К, Скалій Т. Виявлення найпопулярніших фітнес-програм серед студентів. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2021;12 (31), с. 22–9.

108. Мулик КВ, Мулик ВВ. Спортивний туризм, як засіб рекреації. В: Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. Зб. наук. пр. Чернігів; 2013;112(1), с. 237–40.

109. Мулик КВ, Мулик ВВ. Мотивация школьников и студентов к спортивно-оздоровительных занятий по туризму. Педагогика, психология и

медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2015;7:33–8.

110. Мулик К, Скалій О, Аносова О. Вплив занять боксом на психоемоційний стан підлітків в умовах воєнного стану. Єдиноборства. 2024; 3(33):40–8. <https://doi.org/10.15391/ed.2024-3.04>

111. Мулик К, Скалій О, Рубан Л, Дугіна Л, Скалій Т, Ковальський В. Формування культури профілактики захворюваності на рак молочної залози шляхом самоспостереження та самодослідження. Інтернаука. 2021;13. <https://doi.org/10.25313/2520-2057-2021-13-7540>

112. Наугольник ЛБ. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ; 2015. 324 с.

113. Національна доктрина розвитку фізичної культури і спорту: Указ Президента України від 28 вересня 2004 року №1148/2004.

114. Національна програма «Діти України»: Указ Президента України від 18.01.1996 № 63/96.

115. Носко МО. Вікові особливості онтогенезу моторики людини. В: Єрмаков СС, редактор. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Наук. моногр. Харків: ХХІІІ; 2001;25, с. 25–9.

116. Овчинникова МВ. Синергетичний підхід як методологічна основа дослідження системи підготовки майбутніх учителів математики до науково-дослідницької діяльності. Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія. 2013;39(2):263–71.

117. Одинець Т, Бріскін Ю, Скалій О, Скалій Т. Здобутки та перспективи розвитку проєкту «Самодіагностика раку молочної залози в молодих українок» в рамках міжнародної програми RITA – «Зміни в регіоні». Management and law in sport, recreation, tourism, education and health. 2022;4–9.

118. Одинець Т, Бріскін Ю, Скалій О, Скалій Т. Навчання самообстеженню молочних залоз в рамках реалізації міжнародного проєкту RITA – «Зміни в регіоні» для академічної спільноти закладів вищої освіти та

факультетів фізичного виховання та спорту. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020;5;5(27):219–22. DOI: 10.26693/jmbs05.05.219.

119. Озарук В, Презлята Г, Курилюк С. Сучасні уявлення про рухову активність людини. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2014;20:86–94.

120. Основи валеології: навч. програма для студ. пед. вищих навч. закладів (освітньо-кваліфікаційний рівень – «бакалавр»). Київ: Освіта України; 2005. 20 с.

121. Отравенко ОВ, Шинкарьова ОД. Підвищення мотивації студенток ВНЗ до занять фізичною культурою та установки на здоровий спосіб життя. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Педагогічні науки. 2017;3(308):62–70.

122. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я.

123. Павленко ЄА. Рухова активність як невід'ємна складова формування здорового способу життя студентської молоді. В: Наукові записки Бердянського державного пед. ун-ту. Зб. наук. пр. Бердянськ; 2018;1:191–5.

124. Павлова Ю, Виноградський Б. Відновлення у спорті: монографія. Львів: ЛДУФК; 2011. 204 с.

125. Павлюк Є, Скалій О. До проблеми формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної культури та спорту у процесі фахової підготовки. *Physical culture and sport: scientific perspective*. 2022;1: 27–35. <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.1.4>

126. Павлюк О, Скалій О, Павлюк Є. Результати експериментальної перевірки реалізації педагогічної технології самовдосконалення вчителів фізкультури в процесі професійної діяльності на різних етапах професійного розвитку. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*. 2022;2:6–15. <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.2.1>

127. Пантік П. Структура та рівень рухової активності студентів закладів вищої освіти. В: Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у

сучасному суспільстві. Зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту. Луцьк; 2018;43, с. 63–72.

128. Пилипишин ОІ. Здоров'язберігаючі технології в організації навчально-виховного процесу в закладах освіти: теоретичний аналіз. В: Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. Зб. наук. пр. Ужгород; 2015;35, с. 147–51.

129. Платонов ВН. Сохранение и укрепление здоровья здоровых людей – приоритетное направление современного здравоохранения. Спортивная медицина. 2006;2:3–14.

130. Приходько ЮО, Юрченко ВІ. Психологічний словник-довідник: навч. посіб. Київ: Каравела; 2012. 328 с.

131. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки: постанова КМУ від 10 січня 2002 р. №14.

132. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 №2573-IX.

133. Про систему організації фізкультурно-оздоровчої та спортивної роботи в дошкільних навчальних закладах, загальноосвітніх професійно-технічних та позашкільних навчальних закладах: наказ Міністерства освіти і науки України від 21.07.2003 р. № 486.

134. Про фізичну культуру та спорт: Закон України від 24.12.93 р. №3809-XII.

135. Пятисоцька С, Романенко В, Ашанін В, Єфременко А. Аналіз сенсомоторних здібностей та властивостей нервової системи гравців різних кіберспортивних дисциплін. В: Науковий часопис Українського державного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2021;11(143), с. 125–31. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.11\(143\).26](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.11(143).26)

136. Пятисоцкая СС, Романенко ВВ, Голоха ВЛ. Сравнительный анализ сенсомоторных реакций единоборцев и игроков киберспортивной дисциплины DOTA 2. Єдиноборства. 2020;1(15):56–66.
137. Радіонова ОЛ, Логвінова ЯО. Рухова активність як важлива умова здоров'язбереження. Наукові записки. Серія: Педагогічні науки. 2024;213:218–22. <https://doi.org/10.36550/2415-7988-2024-1-213-218-222>
138. Рекомендації щодо стратегічного розвитку фізичного виховання студентської молоді до 2025 року: наказ МОНУ No 193 від 21.02.2021р.
139. Романенко ВВ. Современные компьютерные технологии в профессиональной деятельности единоборцев: метод. реком. Харьков: ХГАФК; 2017, с. 5–14.
140. Романовська ДД. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: навч. посіб. Чернівці: Технодрук; 2014. 133 с.
141. Руденко ВМ. Математична статистика. Київ: Центр учбової літератури; 2017. 304 с.
142. Сак НМ, Сак АЄ. Основи анатомії рухового апарату і спортивної морфології: навч. посіб. Харків: ХДАФК; 2010. 148 с.
143. Сергієнко ЛП. Комплексне тестування рухових здібностей людини: навч. посіб. Миколаїв: УДМТУ; 2001. 360 с.
144. Сибірна НО, Гачкова ГЯ, Бродяк ІВ, та ін. Функціональна біохімія: підручник. Львів: Видавництво ЛНУ ім. Івана Франка; 2018. 644 с.
145. Синиця ТО. Визначення провідних мотивів жінок I зрілого віку до відвідування занять з оздоровчої аеробіки. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2016;53–7.
146. Сичов СО. Адаптація до силових навантажень як фізіологічна основа вивчення функціональних можливостей організму студентів спортсменів. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2016;3(2), с. 306–9.

147. Скалій О. До питання про використання комп'ютерних технологій у процесі фізичного виховання школярів. В: Молода спортивна наука України. Зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання та спорту. Львів; 2000;4, с. 113–5.
148. Скалій О, Лотоцький В. Вплив занять спортивним орієнтуванням на розвиток фізичних якостей підлітків. Спортивна наука. 2021;44–7.
149. Скалій О, Максимова К. Вплив оздоровчих фітнес-технологій на психоемоційний стан студентів в умовах війни. Освіта. Інноватика. Практика. 2024;12(8):67–72. <https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol12i8-009>
150. Скалій О, Мулик К. Особливості організації фізкультурно-оздоровчих занять з людьми похилого віку. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2023;16(35), с. 34–40. [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-16\(35\)-34-40](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-16(35)-34-40)
151. Скалій О, Мулик К. Використання мобільних додатків для підвищення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю осіб зрілого віку. Освіта. Інноватика. Практика. 2024;12(10):43–8. <https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol12i10-006>.
152. Скалій О, Мулик К, Абдула Н. Теоретичне обґрунтування аспектів фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної діяльності особистості. В: Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2024;5(178), с. 193–7. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.5\(178\).38](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.5(178).38)
153. Скалій О, Мулик К, Горбенко О, Скалій Т, Абдула Н. Виявлення мотивації людей похилого віку до занять різними видами рухової активності. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2024;29(2): 91–7. [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(2\).91-97](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(2).91-97)

154. Скалій О, Мулик К, Пономаренко А, Гриньова Т. Навчання техніці їзди на велосипеді дітей молодшого шкільного віку. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2020;6(80):5–10. doi:10.15391/snsv.2020-6.001
155. Скиба ОО. Регресійні моделі успішності спортивної діяльності у різних видах спорту. Довкілля та здоров'я. 2015;4:63–6.
156. Собкова СІ, Гаркавенко НВ. Компоненти психічного і психологічного здоров'я підлітка як чинники його особистісного здоров'я. Теорія і практика сучасної психології. 2019;6(2):27–31.
157. Степанов ОМ, Фіцула ММ. Основи психології і педагогіки: навч. посіб. Київ: Академвидав; 2006. 520 с.
158. Сущенко ЛП. Історичний аспект становлення поняття «здоровий спосіб життя» людини у давньому світі та середніх віках. В: Формування, збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління як обов'язковий компонент системи національної освіти. Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. з валеології. Київ, 1997, с. 236–40.
159. Тілікіна НВ. Рівень залученості дітей і молоді до рухової і фізичної активності та вплив спорту на фізичне і ментальне здоров'я: звіт за результатами дослідження. Київ; 2023. 60 с
160. Товт ВА, Дуло ОА, Михайлович СО, Товт-Коршинська МІ. Гімнастика в системі підготовки спеціалістів фізичної реабілітації: навч. посіб. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ»; 2009. 184 с.
161. Товт ВА, Маріонда ІІ, Сивохоп ЕМ, Сусла ВЯ. Теорія і технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності: навч. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ»; Говерла; 2015. 88 с.
162. Томенко О, Горюк П, Слобожанінов А. Особливості рекреаційно-оздоровчої діяльності у структурі дозвілля осіб похилого віку. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2020;17:80–4. <https://doi.org/10.32626/2309-8082.2020-17.80-84>

163. Топорков А. Особенности технической подготовки туристов-лыжников 30–40 лет в период предпоходной подготовки. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2016;3(53):95–8. <https://doi.org/10.15391/sns.v.2016-3.018>
164. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Михайлович ЮЙ, Горох ЄЛ, Рижов АЮ, Сумкіна ОВ, Куценко ЛБ. Рак в Україні 2018–2019, захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби: бюлетень національного канцер-реєстру України № 21. Київ; 2020.
165. Халайцян АП. Культура здоров'я особистості як складова частина її фізичної культури. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2014;3:79–84.
166. Хома О. Характеристика показників фізичного стану чоловіків похилого віку. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2023;27:196–204.
167. Хоменко ПВ, Ізмайлова ОВ. Вікові особливості моторики людини: навч. посіб. Полтава; 2005. 28 с.
168. Цимбалюк ІО, Наталія ВП, Сергій МЦ. Сталий розвиток спортивно-оздоровчої сфери регіону заради миру та безпеки: монографія. Луцьк: Вежа-Друк; 2022. 254 с.
169. Чеховська ЛЯ. Оздоровчий фітнес у сучасному суспільстві: монографія. Львів: ЛДУФК імені Івана Боберського; 2019. 296 с.
170. Шаверський В, Скалій О, Литвинчук Ю, Толкач В. Фізична підготовленість студентів-волейболістів у змагальному періоді річної підготовки. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2022;14, с. 98–103.
171. Шандра ОА, Обціна НВ. Нормальна фізіологія: вибрані лекції: навч. посіб. Одеса; 2005. 322 с.

172. Шинкарук О, Бишевець Н, Андрєєва О, Дутчак М, Марченко О, Яковенко О, Давидов Д. Зниження стрес-асоційованих ризиків у військовослужбовців засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності та кіберспорту: монографія. Київ; 2024. 162 с.
173. Щербакова ОО, Кондрацька ЛВ, Беженська АА. Вікові особливості психоемоційного стану підлітків в умовах війни. Одеса: ГАБІТУС; 2023;55, с. 67–71.
174. Юрчишин Ю, Мисів В, Погребняк Т, Потапчук С. Сучасні способи залучення молоді до оздоровчої рухової активності. В: Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільський; 2019;15, с. 105–9.
175. Abdullah N, Kueh Y, Hanafi M, Morris T, Kuan G. Motives for participation and amount of physical activity among Kelantan Chinese Adolescents. Malays. J. Med. Sci. 2019;26:101–10. doi:10.21315/mjms2019.26.6.10.
176. Abramov SV, Kirichenko AG, Kornatsky VM, Ogorenko VV, Tomakh NV. Psychological portrait of a combatant and stress-associated disorders. Georgian Medical News. 2020;7-8(304-305):74–9.
177. Active Design: Promoting Opportunities for Sport and Physical Activity Through Good Design. London: Sport England; 2007. 85 s.
178. Adamczyk M, Giza A, Kurylczyk A, Terefenko P, Zalewski T. Spatial Distribution Characteristics of Water Safety Services in Poland. Journal of Coastal Research. 2020;95(1):733–7. DOI: 10.2112/SI95-143.1
179. Adonkina VY, Mishchenko OY, Greshko YI. Study of breast cancer incidence in the population of Ukraine at the state and regional levels. Farmatsevtichnyi Zhurnal. 2023;4:27–37. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.23.03>

180. Afonso C, Graca P, Kearney JM, Gibney MJ, De Almeida MD. Physical activity in European seniors: attitudes, beliefs and levels. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2001;5(4):226–9.
181. Althoff T, Sosic R, Hicks J, King A, Delp S, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature*. 2017;547: 336–9. doi:10.1038/nature23018.
182. Andrieieva O, Hakman A. Health status and morbidity of children 11–14 years of age during school. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018;2: 1231–6. DOI:10.7752/jpes.2018.s2183.
183. Andreeva O, Hakman A, Balatska L. Factors which determine the involvement of elderly people to health and recreational physical activity. In: *Trends and perspectives in physical culture and sports. The VI th Edition international scientific conference*; May 26–27. Suceava; 2016, p. 41–7.
184. Andrieieva O, Hakman A, Balatska L, Moseychuk Y, Vaskan I, Kljus O. Peculiarities of physical activity regimen of 11–14-year-old children during curricular and extracurricular hours. *Journal of Physical Education and Sport*. 2017;17(4):2422–7. DOI:10.7752/jpes.2017.04269.
185. Angulo J, El Assar M, Álvarez-Bustos A, Rodríguez-Mañas L. Physical activity and exercise: strategies to manage frailty. *Redox Biol*. 2020; 35:101513. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>.
186. Armour C, Ross J. The Health and Well-Being of Military Drone Operators and Intelligence Analysts: A Systematic Review. *Military Psychology*. 2017;29(2):83–98. <https://doi.org/10.1037/mil0000149>
187. Astuti Y, Bakhtiar S, Orhan BE, Amsari D, Balasekaran G, Németh Z. The Influence of Mental Training and Playing Circuit-Based Training Program on Student Volleyball Learning Outcomes. *International Journal of Human Movement and Sports Sciences*. 2024;12(1):99–105.

188. Balatska L, Liasota T, Nakonechnyi I, Hakman A, Bezverkhnia H, Kljus O, et al. Peculiarities of motor activity of the elderly. In: Motor activity of different social groups: collect. monogr. Riga: Baltija Publishing; 2020, p. 71–87.
189. Balchirbay M, Dazhy C, Mongush G, Saaya M, Saaya A, Taryma C, Kuzhuget S, Uvarova A. Tourism and sport orienteering as a national-regional component in the children physical education. *Opcion*. 2018;34(14):711–32.
190. Barcala-Furelos R, Abelairas-Gomez C, Romo-Perez L, Palacios-Aguilar J. Effect of physical fatigue on the quality CPR: a water rescue study of lifeguards: physical fatigue and quality CPR in a water rescue. *The American journal of emergency medicine*. 2013;31(3):473–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.09.012>
191. Bartoluci M, Omrčen D, Bartoluci S. Sport for All – its essence and the ways of its promotion. In: Making sport attractive for all, proceedings book. XVI European Sports Conference, Dubrovnik, September 24–26, 2003. Zagreb: Ministry of Education and Sport of the Republic of Croatia; 2003, p. 26–35.
192. Bartoszewicz R. Motor activity of junior high school students from southwestern Poland against the background of selected European centers. Wrocław: AWF; 2011.
193. Baumann W. Letter of the Secretary General. *TAFISA Magazine*. 2007;1:88–91.
194. Beim M. Bicycle infrastructure and opportunities for its development. In: Bródka S, Zmyślony P, editors. Tourism in the Poznań agglomeration. 2012;20: 158–76.
195. Bergier J, Bergier B, Tsos A. Variations in physical activity of male and female students from the Ukraine in health-promoting lifestyle. *Ann Agric Environ Med*. 2017;24:217–21. <https://doi.org/10.5604/12321966.1230674>
196. Berntsen S, Malnes L, Langåker A, Bere E. Physical activity when riding an electric assisted bicycle. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14:55. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0513-z>.

197. Biddle SJ, Ciaccioni S, Thomas G, Vergeer I. Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychol. Sport Exerc.* 2019;42:146–55.
198. Bielecki T. Model akademickiego nauczyciela wychowania fizycznego w percepcji studentów wyższych uczelni Lublina [praca doktorska]. Lublin; 2004. 245 s.
199. Bielecki T, Krawczyk K. Profilowane zajęcia wychowania fizycznego w opinii studentów UMCS w Lublinie. W: Zadarko E, Barabasz Z, redaktorzy. *Akademicka kultura fizyczna na przełomie stuleci*. Krosno: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa; 2009. Tom 2, s. 231–42.
200. Bielecki T, Krawczyk K, Tarnowski M. Zmiany cech fizycznych studentów UMCS w latach 1999–2009. W: Zadarko E, Barabasz Z, redaktorzy. *Aktywność przez całe życie. Zdrowie i sprawność studentów pod kontrolą*. Krosno : Wyd. PWSZ; 2010, s. 135–48.
201. Bielikova N, Tsos A, Indyka S, Contiero D, Pantik V, Tomaschuk O, Dedeliuk N, Podubinska S. The Motor Activity Status and Students' Self-Assessment of Health During a COVID-19 Pandemic. *Sport Mont.* 2021;19 (S2):95–9. <https://doi.org/10.26773/smj.210901>
202. Birhane K, Alemayehu M, Anawte B, et al. Practices of Breast Self-Examination and Associated Factors among Female Debre Berhan University Students. *Int J Breast Cancer.* 2017:8026297. doi:10.1155/2017/8026297
203. Bize R, Johnson J, Plotnikoff R. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev. Med.* 2007;45:401–15. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.07.017.
204. Blumenstein T, Zeitlmann H, Alves-Pinto A. et al. Optimization of electric bicycles for youths with disabilities. *Springer Plus.* 2014;3:646. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-646>.
205. Bocharin I, Guryanov M, Kolokoltsev M, Vorozheikin A, Gryaznykh A, Romanova E, Kiseliv Y. Cardiac diagnostics of student-athletes by

the HRV method. *Journal of Physical Education and Sport*. 2021;21(6):3496–503. DOI: 10.7752/jpes.2021.06473

206. Booth F, Lees S, Laye M. Why humans need to be active to stay healthy. In: *Book of Abstracts of the 11th annual congress of the European College of Sport Science*. Cologne: Sportverlag Strauss; 2006, p. 13.

207. Borawska-Melnyk A. Czy turystyka rowerowa może stać się narodowym produktem turystycznym w Polsce? [Internet]. 2016 [2024 Luty 23]. Dostępny:<http://rowerowypoznan.pl/czy-turystyka-rowerowa-mozestac-sie-narodowym-produktem-turystycznymw-polsce>

208. Borovnik Lesjak V, Šorgo A, Strnad M. Retention of Knowledge and Skills After a Basic Life Support Course for Schoolchildren: A Prospective Study. *Inquiry*. 2022;59: 469580221098755. <https://doi.org/10.1177/00469580221098755>

209. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2003;56(4):269–306.

210. Bragg MA, Tucker CM, Kaye LB, Desmond F. Motivators of and barriers to engaging in physical activity: Perspectives of low-income culturally diverse adolescents and adults. *Am. J. Health Educ*. 2009;40:146–54. doi: 10.1080/19325037.2009.10599089.

211. Brehm W, Bis K. To get Germany moving – aims, target-groups, programs, evidence of health-Sport. *Book of Abstracts of the 11-th annual congress of the European College of Sport Science*. Cologne: Sportverlag Strauss; 2006, p. 43–9.

212. Buettner IL, Fitzsimmons S. AD-venture program: therapeutic biking for the treatment of depression in long-term care residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2002;17(2): 121–7.

213. Butenko H, Goncharova N, Saienko V, Tolchieva H. Use of health tourism as a basis for improving physical condition of primary school age children.

Journal of Physical Education and Sport. 2017;17:34–9.
DOI:10.7752/jpes.2017.s1006

214. Bylow H, Karlsson T, Claesson A, Lepp M, Lindqvist J, Herlitz J. Self-learning training versus instructor-led training for basic life support : A cluster randomised trial. *Resuscitation*. 2019;139:122–32. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2019.03.026

215. Cadmus-Bertram LA, Marcus BH, Patterson RE, Parker BA, Morey BL. Randomized trial of a Fitbit-based physical activity intervention for women. *Am J Prev Med*. 2015;49:414–18.

216. Calhoun LG, Tedeschi RG. The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*; Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ, USA; 2006, p. 3–23.

217. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2010;15;6:165–76.

218. Capizzi A, Woo J, Verduzco-Gutierrez M. Traumatic Brain Injury: An Overview of Epidemiology, Pathophysiology, and Medical Management. *The Medical clinics of North America*. 2020;104(2):213–38. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.11.001>

219. Cavill N., Kahlmeier S., Racioppi F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. 34 p.

220. Centrum Kultury Fizycznej UMCS.

221. Chaker A. Good governance in sport – A European survey. Strasbourg: Council of Europe; 2004. 101 p.

222. Chaney RA, Cougar Hall P, Crowder AR, Crookston BT, West JH. Mountain biker attitudes and perceptions of eMTBs (electric mountain-bikes). *Sport Sciences for Health*. 2019;15:577–83. <https://doi.org/10.1007/s11332-019-00555-z>.

223. Chaudhary GP, Sah K, Malla J, Das N, Chaudhary S, Chaudhary I, Pandey J. Knowledge regarding Basic Life Support among Health Care Workers of

the Hospital of Nepal. *Journal of Healthcare Engineering*. 2023:9936114. DOI: 10.1155/2023/9936114

224. Chekhovska L, Chernysh N, Ravchyna T. Development of project activities for teachers and students of the education system. *Revista Tempos E Espaços Em Educação*. 2022;15(34): e16973. <https://doi.org/10.20952/revtee.v15i34.16973>

225. Choi Ch, Bum ChH. Physical leisure activity and work for quality of life in the elderly. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;2:1230–5. DOI:10.7752/jpes.2019.02178

226. Choi J, Lee M, Lee JK, Kang D, Choi JY. Correlates associated with participation in physical activity among adults: A systematic review of reviews and update. *BMC Public Health*. 2017;17:356. doi: 10.1186/s12889-017-4255-2.

227. Cousins S. Grounding theory in self-referent thinking: Conceptualizing motivation for older adult physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*. 2003;4(2):81–100.

228. Dane statystyczne o szkolnictwie wyższym. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

229. Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. 2010:1–2.

230. De Jong J, ed. *Trauma War and Violence: Public Mental Health in Socio-Cultural Context*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002. 454 p.

231. De Vries W., Bierens J. Instructor retraining and poster retraining are equally effective for the retention of BLS and AED skills of lifeguards. *European journal of emergency medicine*. 2010;17(3):150–7. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32833096e0>

232. Dębowska-Mróż M, Ferensztain-Galardos E, Krajewska R, Rogowski A. Bicycle tourism as a form of active tourism on the example of the municipality

of the city of Radom. In: I Biuletyn KPZK PAN, Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju Polskiej Akademii Nauk; 2018;269, s. 103–28.

233. Department of Health. At Least Five a Week: Evidence on the Impact of Physical Activity and Its Relation to Health. London: Department of Health; 2004.

234. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;14(6):6–20.

235. Dewi TK, Massar K, Ruiter RAC, Leonardi T. Determinants of breast self-examination practice among women in Surabaya, Indonesia: an application of the health belief model. *BMC Public Health*. 2019;27;19(1):1581. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7951-2>

236. Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grynova M, Grygus I, Skaliy A, Hagner-Derengowska M, Napierała M, Muszkieta R, Zukow W. Historical Retrospective of the Development of Scientific Approaches to Health-Saving Activity in Society. *International Journal of Applied Exercise Physiology*. 2020;9(1):31–8.

237. DiPietro L. Physical activity in aging: changes in patterns and their relationship to health and function. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56;2:13–22.

238. Donkor S, Seibu M. Closing the Sedentary Lifestyle Gaps: Investigating the Factors Influencing Exercise and Physical Activity Habits among Sandwich Students of University of Education, Winneba. *Journal of Physical Activity Research*. 2019;4(1):73–9.

239. Doshi D, Reddy BS, Kulkarni S, Karunakar P. Breast Self-examination: Knowledge, Attitude, and Practice among Female Dental Students in Hyderabad City. India. *Indian J Palliat Care*. 2012;18(1):68–73. doi:10.4103/0973-1075.97476

240. Dunets AN, Yankovskaya VV, Plisova AB, Mikhailova MV, Vakhrushev IB, Aleshko RA. Health tourism in low mountains: A case study.

Entrepreneurship and Sustainability. 2020;7(3):2213–27. DOI: 10.9770/jesi.2020.7.3(50)

241. Dupuy K, Peters K. War and Children: A Reference Handbook. Santa Barbara; Denver; Oxford: Praeger Security International, ABC Clio; 2010.

242. Dykstra PA. Intergenerational family relationships in ageing societies. Geneva; 2010. 21 p.

243. Eakins J. An analysis of the determinants of sports participation and time spent in different sporting contexts. *Manag. Sport Leis.* 2018;23:157–73. doi: 10.1080/23750472.2018.1527713.

244. Eisfeld DA, Shtina IE, Maklakova OA, Valina SL. Assessment of Functional Reserves of the Cardiorespiratory System in Students of Cadet Corps. *Public Health and Life Environment.* 2021;6:65–70. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-339-6-65-70

245. El-Saleh MS, Majali SA, Balawi M, Alnaimat BH. Analytical Study of the Relationship Between Emotional Arousal and Skillful Self of Basketball Players in UAE Universities. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies.* 2023;12(4):64.

246. Esfahani MS, Taleghani F, Noroozi M, Tabatabaeian M. An educational intervention based on information, motivation and behavior skills model and predicting breast self-examination. *Journal of preventive medicine and hygiene.* 2018;59(4):E277–81. doi:10.15167/2421-4248/jpmh2018.59.4.796

247. Fallatah BA, Seok-Pyo H, Alsaleh BN. Recreational physical activity participation among women in Saudi Arabia. *Journal of Human Sport and Exercise.* 2019;14(1):84–91.

248. Feng Z, Raghuwanshi RP, Xu Z, Huang D, Zhang C, Jin T. Electric-bicyclerelated injury: a rising trafjc injury burden in China. *Inj Prev.* 2010;16:417–9. <https://doi.org/10.1136/ip.2009.024646>

249. Ferrari F. Handbook of Resilience in Children of War. New York; Heidelberg; Dordrecht; London: Springer; 2013.

250. Fesyun AD, Dativ AV, Yakovlev MYu, Chernyakhovsky O.B. Assessment of the functional state of the cardiovascular system of individuals involved in physical education and sports. *Sports Medicine: Research and Practice*. 2019;9(2):68–72. DOI: 10.17238/ISSN2223-2524.2019.2.68
251. Flood A, Keegan RJ. Cognitive Resilience to Psychological Stress in Military Personnel. *Front. Psychol.* 2022;13:809003. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.809003>
252. Formela M, Skalski D, Grygus IM, Nesterchuk NE, Lizakowski P. Bezpieczeństwo społeczności lokalnych w kontekście roli rodziny i szkoły w organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży. W: *Medycyna i społeczeństwo. Wybrane problemy zdrowia i bezpieczeństwa*; 2018, s. 113–25.
253. Fraga MS, Cadore EL, Dorgo S, Izquierdo M, Kraemer WJ, Peterson MD, Ryan ED. Resistance Training for Older Adults: Position Statement From the National Strength and Conditioning Association. *J Strength Cond Res*. 2019;33(8):2019–52. doi:10.1519/JSC.0000000000003230
254. Gadzhimuradova ZG, Agalarova LS. The study of factors affecting the formation of a healthy lifestyle of the urban population. *Ural Medical Journal*. 2014;6(120):79–84.
255. Ganesh S, Mishra C. Physical Activity and Quality of Life among Adults with Paraplegia in Odisha, India. *Sultan Qaboos University medical journal*. 2016;16(1):e54–61. <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.01.010>
256. Garkusha S. Current trends in the health of children and young people in learning environments. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. 2013;17(10):7–11. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.775315>
257. Geerts A, Herbelet S, Borremans G, Coppens M, Christiaens-Leysen E, Van de Voorde P. Five vs. two initial rescue breaths during infant basic life support: A manikin study using bag-mask-ventilation. *Frontiers in Pediatrics*. 2022;10:1067971. DOI: 10.3389/fped.2022.1067971

258. Ghaffarzadegan N, Ebrahimvandi A, Jalali MS. A Dynamic Model of Post-Traumatic Stress Disorder for Military Personnel and Veterans. *PloS One*. 2016;11(10):e0161405. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161405>
259. Global recommendations on physical activity for health. Guidelines Review Committee. World Health Organisation [Internet]. 2010 [cited 2024 Jan. 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
260. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva. *World Health Organisation* [Internet]. 2004 [cited 2024 Jan. 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>
261. Going S, Lohman T, Houtkooper L. Effects of exercise on bone mineral density in calcium-replete postmenopausal women with and without hormone replacement therapy. *Osteoporos. Int*. 2003;4:637–43.
262. Gojanovic B, Welker J, Iglesias K, Daucourt C, Gremion G. Electric bicycles as a new active transportation modality to promote health. *Med Sci Sports Exerc*. 2011;43(11):2204–10. DOI: 10.1249/MSS.0b013e31821cbdc8.
263. Gomes De Souza Vale R, Ribeiro Nogueira Da Gama D, Boechat De Oliveira F, Sa De Mendonca Almeida D, Brandao Pinto De Castro Ju, Ismael Alarcon Meza E, et al. Effects of resistance training and chess playing on the quality of life and cognitive performance of elderly women: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018;18(3):1469–77.
264. Gonzalez-Herrera MR, Giralt-Escobar S. Tourism experiential learning through academic field trips in higher education: A case study of copper canyon (mexico). *Tourism*. 2021;69(4):471–93. DOI: 10.37741/t.69.4.1
265. Górskie Trasy Rowerowe MTB w Beskidzie [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb. 16]. Available from: <https://beskidyrowerem.eu/gorskie-trasy-rowerowe-mtb-w-beskidzie/>
266. Goto S, Naito H, Kaneko T, Chung H. Y, Radák Z. Hormetic effects of regular exercise in aging: correlation with oxidative stress. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*. 2007;32(5):948–53.

267. Griban GP, Semeniv BS, Alpatova OM, Bakuridze-Manina VB, et al. Current state of students' health and factors as well as means of its improvement. *Wiadomości lekarskie*. 2024;77;6:1161–66. <https://doi.org/10.36740/WLek202406108>.
268. Griban G, Kudin SF, Zhara HI, Kuzhelnyi AV, Mazur TV, Nosko YM, Mekhed OB. Formation and Preservation of Students' Mental Health in the Process of Studying at Pedagogical Universities. *Acta Balneologica*. 2022;65;1(173):55–60. DOI: 10.36740/ABAL202301110
269. Griban G, Zablotska O, Kudin S, Zavatska L, Zhara H, Nikolaieva I, Tkachenko P, Golovashchenko R, Lavrentiev O, Puzdymir M, Prontenko K. Women's smoking as an important problem of public health. *Universal Journal of Public Health*. 2023;11(1):68–77. DOI: 10.13189/ujph.2023.110108.
270. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077–86.
271. Guthold R, Stevens G, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & adolescent health*. 2020;4(1):23–35.
272. Guyatt GH, David HF, Donald LP. Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine*. 1993;118;8:622–9.
273. Habib MB, Khoo S, Morris T. Motives and Passion of Adults from Pakistan toward Physical Activity. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(6):3298. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063298>
274. Hajek A, König HH. Frequency and correlates of use of applications for monitoring and increasing health and well-being in middle-aged and older adults. Findings from the German Ageing Survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2022;98:104571. DOI: 10.1016/j.archger.2021.104571

275. Hajek A, Kretzler B, König HH. Fear of war and mental health in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023;58:1049–54. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02394-9>
276. Hakman A, Andrieieva O, Bezverkhnia H, Moskalenko N, Tsybul'ska V, Osadchenko T, et al. Dynamics of the physical fitness and circumference sizes of body parts as a motivation for self-improvement and self control in students. *Journal of Physical Education and Sport.* 2020;1:116–22. DOI:10.7752/jpes.2020.01015
277. Hakman A, Medved A, Moseychuk Y, Muzhychok V. Analysis of features of motivational priorities to recreation and recreational activities of different groups of people. *Physical Education, Sport and Health Culture in Modern Society.* 2017;2(38):85–91.
278. Hall Mary-Frances E, Frank C. Church. Exercise for older adults improves the quality of life in Parkinson's disease and potentially enhances the immune response to COVID-19. *Brain Sciences.* 2020;10.9:612.
279. Hall S. Comorbidities of Combat Trauma: Unresolved Grief and Moral Injury. *Journal of Loss and Trauma.* 2023;28(1):51–60. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2053227>
280. Hamdan HMM. Effect of a volleyball course on health-related fitness components of university students. *Sport Mont.* 2018;16(1):41–3.
281. Hammoudi HD, Hallit S, Younes S, AlFikany M, Khaled S, Krayem M, El Khatib S, Rahal M. Exploring the effects of health behaviors and mental health on students' academic achievement: a cross-sectional study on lebanese university students. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1228. DOI: 10.1186/s12889-023-16184-8
282. Harahousou Y, Kabitsis C. European models of leisure policies and physical activity programs for elderly people. *World Leisure Journal.* 2002;44(1): 3–10.
283. Haskell WL. Physical activity, sport, and health: toward the next century. *Research quarterly for exercise and sport.* 1996;6;(3):37–47. DOI: 10.1080/02701367.1996.10608852

284. Hassan LM, Mahmoud N, Miller AB, Iraj H, Mohsen M, Majid J, Reza SM, Mojgan M. Evaluation of effect of self-examination and physical examination on breast cancer. *Breast*. 2015;24(4):487–90. doi: 10.1016/j.breast.2015.04.011
285. Heath GW, Smith JD. Physical activity patterns among adults in Georgia: results from the 1990 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *South Med J*. 1994;87(4):435–9. doi: 10.1097/00007611-199404000-00003.
286. Hettiarachchi IT, Hanoun S, Nahavandi D, Nahavandi S. Validation of Polar OH1 optical heart rate sensor for moderate and high intensity physical activities. *PLoS One*. 2019;14(5):e0217288. doi: 10.1371/journal.pone.0217288.
287. Hilman AY. Promotion of health through the prism of sanogenic thinking formation in youth. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020;1(83):5–9.
288. Himes JH. Reliability of Anthropometric methods and replicate measurements. *Amer. J. Phys. Anthropol.* 1989;79(1):77–80.
289. Hinterlong JE. Race disparities in health among older adults: examining the role of productive engagement. *Health and Social Work*. 2006;31(4):275–88.
290. Hoj TH, Bramwell JJ, Lister C, Grant E, Crookston BT, Hall C, West JH. Increasing active transportation through e-bike use: a pilot study comparing the health benefits, attitudes, and beliefs surrounding e-bikes and conventional bikes. *JMIR Public Health Surv*. 2018;4(4):e10461. <https://doi.org/10.2196/10461>
291. Howley ET, Franks BD. *Health fitness instructor's handbook*. IL: Human Kinetics; 2003. 584 p.
292. Hryshko V, Mishchuk I, Tsymbaliuk V, Grygus I, Skaliy A. Integrated processes as an effective means of formation of legal knowledge. *Journal of physical education and sport*. 2020;20(2):952–7. DOI: 10.7752/jpes.2020.s2135.
293. Husna PH, Marni NS, Handayani S, Ratnasari NY, Ambarwati R, Susanto T. Breast self-examination education for skill and behavior. *Educ Health (Abingdon)*. 2019;32(2):101–2. doi: 10.4103/efh.EfH_226_18

294. International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug. 23]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409>
295. Isa R, Rahmad N, Mohd SNS, Fauzi R, Isa SNI. Knowledge and Practice of Basic Life Support (BLS) Among Registered Nurse at a Private Hospital in Seremban. *Malaysian Journal of Nursing*. 2022;13(3):58–64. DOI: 10.31674/mjn.2022.v13i03.009
296. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(7):824–53. doi:10.1007/s12603-021-1665-8
297. Jack HW, David L, Costill D. *Physiology of Sport and Exercise*. Champaign, Ill.: Human Kinetics; 2004. 744 p.
298. Jackowski M, Jaruzalski P. The richness of bicycle routes a complete tourism product. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług*. 2012;86:83–94.
299. Jadidi HA, Jufaili MA. Effectiveness of a Short Refresher Course on the Retention of Cardiopulmonary Resuscitation-Related Psychomotor Skills (REF-CPR). *Oman Medical Journal*. 2023;38(3):e509. DOI: 10.5001/omj.2023.80
300. Jafari A, Aminisani N, Shamshirgaran SM, Rastgoo L, Gilani N. Predictors of mobility limitation in older adults: A structural equation modeling analysis. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*. 2020;12(1):20–31. DOI: 10.29359/BJHPA.12.1.03.
301. Jazda na rowerze – efekty, wskazania i przeciwwskazania [Internet] 2022 [cytowane 2023 Kwiec. 10]. Dostępny: <https://portal.abczdrowie.pl/jazda-na-rowerze-efekty-wskazania-i-przeciwwskazania>.
302. Jennifer RF, Robert HB, Marcie AL. Anti-aging science: The emergence, maintenance, and enhancement of a discipline. *Journal of aging studies*. 2008;11:355–63.

303. Jonathan M, Prakash M, Froelicher V, et al. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *The New England Journal Of Medicine*. 2002;346(11):793–801.
304. Jones L. Then they started shooting: Children of the Bosnian war and the adults they become. New York: Bellevue Literary Press; 2013.
305. Kamińska W, Wilk-Grzywna M. Uwarunkowania rozwoju turystyki aktywnej na obszarach wiejskich. *Studia KPZK PAN*. 2015;166:5–9.
306. Kampf A, Lynn AB. Anti-Aging Biomedicine: Critical Studies on the Pursuit of Maintaining, Revitalizing and Enhancing Aging Bodies. *Medicine Studies*. 2008;12:187–95.
307. Kashuba V, Andrieieva O, Goncharova N, Kyrychenko V, Karp I, Lopatskyi S, Lopatskyi S, Kolos M. Physical activity for prevention and correction of postural abnormalities in young women. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;2:500–6. DOI:10.7752/jpes.2019.s2073.
308. Kashuba V, Futorny S, Andrieieva O, Goncharova N, Carp I, Bondar O, Bondar O, Nosova N. Optimization of the processes of adaptation to the conditions of study at school as a component of health forming activities of primary school-age children. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018;4: 2515–21. DOI:10.7752/jpes.2018.04377.
309. Keep updated on the latest from WHO [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb. 19]. Available from: <https://www.who.int/>
310. Kenney WL, Wilmore JH, Costill DL. *Physiology of Sport and Exercise*. Human Kinetics\$ 2019. 648 p.
311. Kerestei V, Zviria O, Kalmykova Y, Polkovnyk-Markova V, Lianna O. Physical therapy of persons after acute cerebrovascular accident in a long-term rehabilitation period. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2024;9(4):327–42. DOI: [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(4\).11](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(4).11)
312. Khokhar A. View point: how to make women familiar with their breasts? *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:5539–42.

313. Khorkina NA, Gritchina V, Sadykova EA, Lopatina MV. Does physical activity in youth contribute to quitting bad habits? *Monitoring Obschestvennogo Mneniya: Ekonomicheskie i Social'nye Peremeny*. 2022;1: 282–306. doi: 10.14515/monitoring.2022.1.1933
314. Kirby JB, Kluge MA. For the Love of the Game: An Exploration of the Experiences and Psychosocial Development of Women 70 Years of Age and Older Who Play Volleyball. *J Aging Phys Act*. 2022;30(3):445–54. doi:10.1123/japa.2021-0100
315. Kłos-Adamkiewicz Z. *BikeS in the eyes of its users*. Szczecin; 2015.
316. Kohl HW, Murray TD. *Foundation of Physical Activity and Public Health*. Champagne: Human Kinetics; 2012. 281 p.
317. Kolodziejczyk A, Kalewicz A. Determinants of bicycle tourism development in rural areas. Experience of the Wielkopolska voivodeship. In: Kamińska W, Heffner K, editors. *Rural areas – multifunctionality, migration, new visions of development*. Warszawa: Studia KPZK PAN. 2015;65. 102 p.
318. Kolokoltsev M, Kuznetsova L, Makeeva V, Ustselema N, Romanova E, Savchenkov A, Mischenko N, Vorozheikin A, Bolotin A, Skaliy A. Physical education of girls from different somatotypes and health groups. *Journal of Physical Education and Sport*. 2021;21(2):852–9. DOI:10.7752/jpes.2021.02106.
319. Kolokoltsev M, Vorozheikin A, Romanova E, Bolotin A, Gryaznykh A, Skaliy A, Sovetkhanuly D, Kaldybayeva A, Gabdullin A, Kushakova I, Pashkov A. Girls with «different volumes and intensity of physical activity constitution types»: a comparative analysis. *Journal of Physical Education and Sport*. 2021;21(3):1436–43. DOI:10.7752/jpes.2021.03183.
320. Kondrič M, Sindik J, Furjan-Mandić G, Schiefler B. Participation motivation and student's physical activity among sport students in three countries. *J. Sports Sci. Med*. 2013;12:10–8.

321. Korpak B. Wychowanie fizyczne studentów. Bilans stanu, perspektywy zmian. W: Akademicka kultura fizyczna na przełomie stuleci. Stan i perspektywa zmian. Warszawa; 2009. Tom 1. S. 19–40.
322. Kosowski J. Pojęcie kultury fizycznej, sportu i rekreacji ruchowej. Analiza formalnoprawna. W: Akademicka kultura fizyczna na przełomie stuleci. Uwarunkowania historyczno-socjologiczne. Krosno: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa; 2009. Tom 2, s. 337–54.
323. Kostruba N. Mental health of military servicemen. *Psychological Prospects Journal*. 2023;41:120–32. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-kos>
324. Kovacikova Z. Tests revealing age-related changes in the functional performance of physically active older adults. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;20.3:1522–6.
325. Kozak A. The state of and prospects for the development of cycling tourism in Central Roztocze, according to tourists. *Studies Economic and Regional*. 2019;12(4):418–27.
326. Kozin V, Boychuk Y, Skaliy A, Zelenskiy R, Honcharenko V. Individual Factorial Structure of Biomechanical and Psychophysiological Indicators as a Basis for Determining the Fighting Style of Qualified Veteran Boxers. *Health, Sport, Rehabilitation*. 2021;7(3):8–30. <https://doi.org/10.34142/HSR.2021.07.03.01>.
327. Kozina Z, Iermakov S, Bartik P, Yermakova T, Michal J. Influence of self – regulation psychological and physical means on aged people’s functional state. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2018;13(1):99–115. DOI:10.14198/jhse.2018.131.10.
328. Krawański A. Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego; 2003. 393 s.
329. Kromolicka B. Kultura fizyczna w środowisku akademickim w perspektywie zmiany społecznej. W: Kultura fizyczna w środowisku akademickim

w czasie zmiany społecznej. 60-lecie sportu akademickiego w Szczecinie. Szczecin: Wyd. Naukowe Un-tu Szczecińskiego; 2011, s. 13–20.

330. Kubiś D, Brandt E, Danielewicz A, Skaliy T, Skaliy A, Zukow W. Meaning of cycle in general functioning inhabitant of province kujawsko-pomorskie. *Journal of Health Science*. 2013;3(5):529–56.

331. Kurowski P, Blok A. Narzędzia mobilne w planowaniu i monitoringu aktywności fizycznej i promocji zdrowia. *Sztuka Leczenia*. 2023;38(2):71–80. <https://doi.org/10.4467/18982026SZL.23.015.18591>

332. Langford BC, Chen J, Cherry CR. Risky riding: naturalistic methods comparing safety behavior from conventional bicycle riders and electric bike riders. *Accid Anal Prev*. 2015;82:220–6. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2015.05.016>.

333. Langhammer B, Bergland A, Rydwik E. The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *Biomed Res Int*. 2018:7856823. doi:10.1155/2018/7856823

334. Laranjo L, Ding D, Heleno B, Kocaballi B, Quiroz JC, Tong HL, Chahwan B, Neves AL, Gabarron E, Dao KP, Rodrigues D, Neves GC, Antunes ML, Coiera E, Bates DW. Do smartphone applications and activity trackers increase physical activity in adults? Systematic review, meta-analysis and metaregression. *British journal of sports medicine*. 2021;55(8):422–32. doi:10.1136/bjsports-2020-102892

335. Larasati AN, Boy E. The Impact of Physical Activity in Elderly. *Magna Medica: Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan*. 2020;6.2:113–8.

336. Leonenko A, Tomenko O, Bondarenko Y, Brizhatyi O, Loza T. Effect of recreation-oriented tourism program on physical health of middle school-aged children. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;19(1):121–5.

337. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;83(2):261–70.

338. Li F, Yang CP, Chang CH, Ho CA, Wu CY, Yeh HC, Hsu CW, Chang PJ, Ho CS. Effect of the Brief Instructional Video Intervention on the Quality of Cardiopulmonary Resuscitation. *International Journal of Medical Sciences*. 2023;20(1):70–8. DOI: 10.7150/ijms.79433
339. Lim JH, Han SS, Choe SY. A Study on the factors affecting life quality of tenants living in permanent rental apartments. *GRI*. 2011;13(2): 251–72.
340. Lotonenko AV, Trunyn VV, Kozlov AV, Hostev H. R. Physical recreation for human health and athletic recovery. *Physical Culture and Health*. 2005;2(4):7–10.
341. Louis J, Brisswalter J, Morio C, Barla C, Temprado JJ. The Electrically Assisted bicycle: an alternative way to promote physical activity. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2012;91:931–40. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e318269d9bb>
342. Mahecha MS, Rodrigues Matsudo VK, Andrade DR, Araújo TL, Pratt M. Evaluation of a physical activity promotion program: The example of Agita Sao Paulo. *Evaluation and Program Planning*. 2006;29(3):301–11.
343. Maksymova KV, Skaliy O. Necessity of forming culture of health for different groups of population in war's conditions. В: Науковий часопис Українського державного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорту). 36. наук. пр. Київ; 2024;8(181),с. 261–6. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.8\(181\).48](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.8(181).48).
344. Marinovic GM, Juraga D, Vasiljev V. Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi. *Medica Jadertina*. 2020;50(4): 285–91.
345. Martínez-Vidal A, Martínez AP, Pereira MDPD, Martínez-Patiño MJ. Effect of a combined program of physical activity and intellectual activity in the cognitive functioning of the elderly. *Journal of Human Sport & Exercise*. 2011;6(2):462–73.

346. Mason A, Lee R, Abrigo M, Lee SH. Support ratios and demographic dividends: Estimates for the world. United Nations Population Division Technical Paper; 2017. No 1. 45 p.
347. Masso-Calderón AM, Meneses-Echávez JF, Correa-Bautista JE, Tovar-Cifuentes A, Alba-Ramírez PA, Charry-Ángel CE. Effects of an Educational Intervention on Breast Self-Examination, Breast Cancer Prevention-Related Knowledge, and Healthy Lifestyles in Scholars from a Low-Income Area in Bogota, Colombia. *Journal of cancer education*. 2018;33(3):673–9. doi: 10.1007/s13187-016-1133-z
348. Mazenganya P, Bhikha R. The genitourinary and reproductive systems: Interpretation of Avicenna's (980-1037 AD) treatise in the Canon of Medicine. *Morphologie: bulletin de l'Association des anatomistes*. 2020;104(346): 196–201. doi:10.1016/j.morpho.2019.12.002
349. McAuley E, Konopack JF, Morris KS, Motl RW, Hu L, Doerksen S. E, Rosengren K. Physical activity and functional limitations in older women: influence of self-efficacy. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2006;61(5):270–7.
350. Medical Psychology: textbook. Magnolia-2023; 2024. 177 p.
351. Memon ZA, Kanwal N, Sami M, Larik PA, Farooq MZ. Risk of breast cancer among young women and importance of early screening. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 2015;16(17):7485–9. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.17.7485
352. Meredith SJ, Cox NJ, Ibrahim K, Higson J, McNiff J, Mitchell S, Rutherford M, Wijayendran A, Shenkin SD, Kilgour AHM, Lim SER. Factors that influence older adults' participation in physical activity: a systematic review of qualitative studies. *Age and ageing*. 2023;52(8):145. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad145>
353. Meyer B. Serving participants in tourism and recreation. Difin Publishing House. Warszawa; 2015. 63 p.

354. Meyer B, Sawinska A. Directions of development of bicycle routes in the West Pomeranian Voivodeship. *Proceedings of the Committee on Geography of Communication of the Polish Geographical Society*. 2018;21(1):34–42.
355. Mishchenko N, Romanova E, Skaliy A, Skaliy T, Kowalski W. Strengthening the physical health of preschoolers by means of fitball. *VIREF Revista De Educación Física*. 2021;10(2):126–44. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/viref/article/view/344569>
356. Misiura V, Ruban L, Honcharov O, Litovchenko A, Garyachiy Y. Dynamics of indicators of vestibular dysfunction and walking locomotion in men aged 25–42 years with the consequences of a combat wound as a result of the influence of physical culture and sports rehabilitation. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2023;8(1):39–46. [https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8\(1\).05](https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8(1).05)
357. Molanorouzi K, Khoo S, Morris T. Motives for adult participation in physical activity: Type of activity, age, and gender. *BMC Public Health*. 2015;15: 66. doi: 10.1186/s12889-015-1429-7.
358. Momot O, Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grygus I, Stankiewicz B., Skaliy A, Hagner-Derengowska M, Napierała M, Muszkieta R, Ostrowska M, Zukow W. Creation of a healthcare environment at a higher educational institution. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;20:975–81. DOI:10.7752/jpes.2020.s2138.
359. Monteiro AM, Silva P, Forte ., Carvalho J. The effects of daily physical activity on functional fitness, isokinetic strength and body composition in elderly community-dwelling women. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2019;14(2):386–98. Doi: 10.14198/jhse.2019.142.11.
360. More solidarity and interaction between generations needed to challenge age stereotypes and ingrained ageism. The voice of older persons at EU level; 2019.

361. Morris M, Schoo A. Optimizing exercise and physical activity in older people Medical; 2004. 345 p.
362. Morris T, Roychowdhury D. Physical activity for health and wellbeing: The role of motives for participation. *Health Psychology Report*. 2020;8(4):391–407. doi: 10.5114/hpr.2020.100111.
363. Motor activity of different social groups: collect. monogr. Riga: Baltija Publishing; 2020. 104 p. <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-60-0>.
364. Moy ML, Martinez CH, Kadri R, Roman P, Holleman RG, Kim HM, Nguyen HQ, Cohen MD, Goodrich DE, Giardino ND, Richardson CR. Long-term effects of an internet-mediated pedometer-based walking program for chronic obstructive pulmonary disease: Randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2016;18(8):e215.
365. Mulyk K, Grynova T. Influence of hiking trainings on 13 years old adolescents' health. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. 2015;19(8):40–4.
366. Mulyk K, Maksimova K, Mulyk V, Karpets L, Pustovoit B, Yefimenko P, Perevoznyk V, Mishin M, Kanishcheva O, Paevskiy V. Motivational principles of using various fitness programs. *Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences*. 2018;9(6):673–80.
367. Mulyk K, Skaliy A, Grynova T, Skaliy T, Polovinko K. The influence of adaptive games on the psycho-emotional state of military personnel during rehabilitation. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2024;9;5:343–51. [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(5\).01](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(5).01).
368. Mulyk K, Skaliy A, Mukazhanov N, Ostrowski A, Paievskiy V, Abdula A. Influence of volleyball and sports and health tourism on the physical, mental and social state of schoolchildren and students. *Slobozhanskyi Herald of Science and Sport*. 2024;28(1):31–7. <https://doi.org/10.15391/snsv.2024-1.004>.
369. Mulyk K, Skaliy A, Ruban L, Duhina L, Skaliy T, Nowikiewicz T, Kowalski W. Implementation of the Polish-Ukrainian project "Self-diagnosis of

breast cancer in young Ukrainian women" within the framework of the RITA program – changes in the region at the Kharkiv State Academy of Physical Culture. *Wiadomości lekarskie*. 2022;75(2):366–71. DOI: 10.36740/WLek202202107.

370. Murthy S, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006;5(1):25–30.

371. Muszkieta R, Skaliy A. Tworzenie programów autorskich przeznaczonych na rekreacyjne zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne. *Zeszyty naukowe WSG w Bydgoszczy. Seria: Turystyka i rekreacja*. 2008;7;5:259–76.

372. Muszkieta R, Skaliy A, Gembiak M. Conditioning and the motives of growing by parachuting jumpers and motor-boat sports the extreme sports. *Zeszyty naukowe WSG w Bydgoszczy. Seria: Turystyka i rekreacja*. 2008;7;5:225–40.

373. Myakotnykh VV, Meltser VL. Problem of Health Preservation in the Course of Active Physical Activity. *European Researcher*. 2012;24:1008–14.

374. Nagovitsyn RS, Kudryavtsev MD, Osipov AY, Altuvaini AH, Markov KK, Doroshenko SA, Kuzmin VA, Savchuk AN, Kamosa TL, Plotnikova II. Needful-motivational tasks as an effective condition for the technical training of schoolchildren aged 11–12 during the training of the volleyball section. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*. 2020;24(3):129–36.

375. Negatywny wpływ jazdy na rowerze na nasz organizm [Internet]. 2023 [cytowane 2023 Apr. 10]. Dostępny: <https://www.siroko.com/blog/c/pl/negatywny-wplyw-jazdy-na-rowerze-na-nasz-organizm/>

376. Nesbitt AE, Collins KJ, Nalder E, Sabiston CM. Occupational Outcomes of a Physical Activity Intervention for Post-Secondary Student Mental Health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2021;88 (3):254–65.

377. Ng C, Pathy NB, Taib NA, The YC, Mun KS, Amiruddin A, Evlina S, Rhodes A, Yip CH. Comparison of breast cancer in Indonesia and Malaysia – a clinico-pathological study between Dharmais Cancer Centre, Jakarta and university Malaya medical center, Kuala Lumpur. *Pacific journal of cancer prevention*. 2011;12(11):2943–6.

378. Nie ma tu strony, której szukasz [Internet]. 2019 [cytowane 2020 Apr. 21]. Dostępny: <https://www.centrumrowerowe.pl/blog/przeciwwskazania-do-jazdy-na-rowerze/Data>
379. Nies MA, Kershaw TC. Psychosocial and environmental influences on physical activity and health outcomes in sedentary women. *Journal of Nursing Scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2002;34(3):243–9.
380. Niezgoda A. Market determinants of bicycle tourism development. W: Śledzińska J, Włodarczyk B, redaktory. *Turystyka rowerowa w Zjednoczonej Europie*. Warszawa; 2012, s. 29–39.
381. Ningning X, Wei Y, Xu H. Wearable heart rate monitoring intelligent sports bracelet based on Internet of things. *Measurement*. 2020;164:108102. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2020.108102>.
382. Nishiyama C, Iwami T, Kawamura T, Ando M, Kajino K, Yonemoto N, Fukuda R, Yuasa H, Yokoyama H, Nonogi H. Effectiveness of simplified chest compression-only CPR training program with or without preparatory self-learning video: A randomized controlled trial. *Resuscitation*. 2009;80(10):1164–8. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2009.06.019
383. Novopysmennyi S, Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grygus I, Muszkieta R, Napierała M, Hagner-Derengowska M, Ostrowska M, Smoleńska O., Skaliy A, Zukow W, Stankiewicz B. Implementation of electronic health control technologies in higher education institutions. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;20(2):921–8. DOI: 10.7752/jpes.2020.s2131.
384. Odynets T, Briskin Y, Ikkert O, Todorova V, Yefremova A. Cardiopulmonary function in breast cancer patients versus healthy control women. *Physiotherapy Quarterly*. 2020;28(1):6–10. doi: 10.5114/pq.2020.89810
385. Odynets T, Briskin Y, Sydorko O. Psycho-emotional state and quality of life characteristics in women with post-mastectomy syndrome with different types

of attitude to the disease. *Physiotherapy Quarterly*. 2018;26(1):9–12. doi:10.5114/pq.2018.74706

386. Oemiyati R, Rahajeng E, Kristanto A. Prevalensi Tumor dan Beberapa Faktor yang Mempengaruhinya di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2011;39(4):190–204.

387. Olejniczak R, Kowalewska-Kalkowska H, Zalewski T. Analysis of the effectiveness of the rescue operation with use of different motorboat units in the baltic coast conditions. *Journal of Coastal Research*. 2020;95(1):905–9. DOI: 10.2112/SI95-176.1

388. Omelan A, Podstawski R, Wziątek B, Merino-Marbán R, Romero-Ramos O. Physical activity levels of rural and urban seniors in the region of Warmia and Mazury in Poland. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*. 2017;9(4):74–88.

389. Omelan A, Wziątek B, Podstawski R, Huk-Wieliczuk E. Znaczenie przynależności do organizacji seniorskich dla aktywności ruchowej osób starszych. W: Biliska M, Vute R, Kargulewicz B, redaktory. *Aktywność ruchowa dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz osób starszych*. Biała Podlaska; AWF; 2017, s. 129–44.

390. Ontario Q. Ultrasound as an Adjunct to Mammography for Breast Cancer Screening: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2016;16(15):1–71.

391. Orlova NM, Tonkovyd OB, Palamar IV, Klimas LA, Shkondin SV, Tkach VS. Medical and statistical analysis of incidence, mortality, and timeliness of breast cancer diagnosis in Ukraine. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2024;28(1):113–20. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28\(1\)-20](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28(1)-20)

392. Ortenburger D, Tsos A. Physical activity of senior citizens. Quantitative analysis of literature derived from scopus base. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*. 2021;33;1:97–103. DOI: 10.18276/cej.2021.1-09.

393. Osińska M. Expenses for participation in sport and physical education from the perspective of lifestyle changes in Poland. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;20(2):1055–62.
394. Ostrowski A, Juskiewicz M, Stanula A, Strzała M, Ambroży T. Bariery rozwoju ratownictwa wodnego w Polsce związane z systemem szkolenia. *Securitologia*. 2011;1:78–95.
395. Ostrowski A, Stanula A, Ambroży T, Rydzik Ł, Skaliy A, Skalski D, Kaganek K, Mulyk K. Physical effort and pace of MTB and eMTB bicycles on mountain trails – a case study. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023;23(7):1762–73 DOI: 10.7752/jpes.2023.07216.
396. Ostrowski A, Strzała M, Juskiewicz M, Stanula A, Skaliy A. Szkolenie ratowników wodnych na tle zmieniających się uwarunkowań prawnych. W: Stan, perspektywy i rozwój ratownictwa, kultury fizycznej i sportu w XXI wieku: III edycja. Bydgoszcz: University of Economy; 2015;1, s. 101–28.
397. Parak J, Uuskoski M, Machek J, Korhonen I. Estimating Heart Rate, Energy Expenditure, and Physical Performance With a Wrist Photoplethysmographic Device During Running. *JMIR mHealth and uHealth*. 2017;5(7):e97. DOI: 10.2196/mhealth.7437
398. Park SJ. The causal model building study for leisure diagnostic battery, flow experience by leisure sports participants. *Journal of Korean Physical Education Association for Girls and Women*. 2004;18(3):153–64.
399. Park SG. The relationship between elderly people's mental health and quality of life. *Korean Journal of Health Psychology*. 2006;11(4):785–96.
400. Pavlova Yu. The structure of the quality of life of the population. *Slobozhansky scientific and sports bulletin*. 2015;5(49):90–4.
401. Pedersen MRL, Hansen AF, Elmoose-Østerlund K. Motives and barriers related to physical activity and sport across social backgrounds: implications for health promotion. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(11):5810. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115810>

402. Pereira J, Hastie P, Araújo R, Farias C, Rolim R, Mesquita I. A comparative study of students' track and field technical performance in sport education and in a direct instruction approach. *Journal of sports science & medicine*. 2015;14(1):118.
403. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. American college of sports medicine. Position Stand. Exercise and hypertension. *Medicine and science in sports and exercise*. 2004;36:533–53.
404. Peterman JE, Morris KL, Kram R, Byrnes WC. Pedelegs as a physically active transportation mode. *European journal of applied physiology*. 2016;116(8):1565–73. <https://doi.org/10.1007/s00421-016-3408-9>.
405. Petosa RL, Suminski R, Hertz B. Predicting vigorous physical activity using social cognitive theory. *American journal of health behavior*. 2003;27(4): 301–10.
406. Physical activity. World Health Organization. [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan. 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
407. Pieniążek M, Koproń J, Bornikowska A. Bicycles as a means of transportation realization and a form of recreation in the Lublin area. *Bus*. 2016;12:365–70.
408. Podrihalo O, Romanenko V, Podrigalo L, Iermakov S, Olkhovyi O, Bondar A, Semyzorova A, Galimskyi V. Evaluation of the functional state of taekwondo athletes 7-13 years old according to the indicators of the finger tapping test. *Slobozhanskyi Herald of Science and Sport*. 2023;27(1):3–9. <https://doi.org/10.15391/sns.v.2023- 1.001>
409. Podstawski R, Omelan A. Deficyty ruchowe osób starszych – znaczenie aktywności fizycznej w ich zapobieganiu. *Hygeia Public Health*. 2015;50(4):572–80.
410. Polska Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe. Dz.U. 2024 poz. 737. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów; 2024.

411. Polska Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Dz.U. 2018 poz. 1668. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów; 2018.
412. Polska Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Dz.U. 2024 poz. 750. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów; 2024.
413. Popadynets O, Gozhenko A, Badyuk N, Popovych I, Skaliy A, Hagner-Derengowska M, Napierała M, Muszkieta R, Sokołowski D, Zukow W, Rybalko L. Interpersonal differences caused by adaptogen changes in the entropies of eeg, hrv, immunocytogram, and leukocytogram. *Journal of physical education and sport*. 2020;20(2):982–99. DOI: 10.7752/jpes.2020.s2139.
414. Poudel M, Bhandari R, Giri R, Chaudhary S, Uprety S, Baral D. Knowledge and attitude towards basic life support among health care professionals working in emergency of BPKIHS. *Journal of BP Koirala Institute of Health Sciences*. 2019;2(1):18–24. DOI: 10.3126/jbpkihs.v2i1.24962
415. Prayudho S, Nasrullo A, Skaliy A. Risk factor of pickleball injury: systematic review and meta-analysis. *Health, Sport, Rehabilitation*. 2024;10(3): 115–24. <https://doi.org/10.58962/HSR.2024.10.3.115-124>
416. Prib HA, Beheza LE, Markova MV, Raievska YM, Lapinska TV, Markov AR. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*. 2023;11(1): 36–46. DOI: 10.6000/2292-2598.2023.11.01.5
417. Projekty partnerskie [Internet]. 2023 [cytowanie 2023 Lip. 4]. Dostępny: <https://programrita.org/>
418. Reimers CD, Knapp G, Reimers AK. Does physical activity increase life expectancy? A review of the literature. *J Aging Res*. 2012;243958. doi: 10.1155/2012/243958.
419. Rejón-Guardia F, Rialp-Criado J, García-Sastre MA. The role of motivations and satisfaction in repeat participation in cycling tourism events. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*. 2023;43:100664, DOI: 10.1016/j.jort.2023.100664

420. Rezanovich IV. Technology for increasing the vital activity of preretirement age people based on social partnership between enterprises and sports clubs. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;19.4:2522–5.
421. Romeo A, Edney S, Plotnikoff R, Curtis R, Ryan J, Sanders I, Crozier A, Maher C. Can Smartphone Apps Increase Physical Activity? Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(3): e12053. doi:10.2196/12053
422. Ruaro MF, Santana JO, Gusmao N, Franca ED, Carvalho BN, Farinazo KB, Bonorino SL, De Sá A, Caperut EC. Effects of strength training with and without blood flow restriction on quality of life in the elderly. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;19(3):787–94.
423. Ruiz-Montero PJ, Castillo-Rodriguez A. Body composition, physical fitness and exercise activities of elderly. *Journal of Physical Education and Sport*. 2016;16(3):860–5.
424. Ryepko O, Skaliy A, Tymko Y, Kozin S, Kozina Z, Feshchenko A. Training program in the lowlands for amateur mountaineers for climbing to the peaks. *Health, Sport, Rehabilitation*. 2023;9(3):91–103. <https://doi.org/10.58962/HSR.2023.9.3.91-103>.
425. Sanderson W, Scherbov S. Demography. Remeasuring aging. *Science*. 2010;329(5997):1287–8. doi:10.1126/science.1193647.
426. Sanderson W, Scherbov S. Are we overly dependent on conventional dependency ratios? *Population and Development Review*. 2015;41(4):687–708. doi:10.1111/j.1728-4457.2015.00091.x.
427. Sanderson W, Scherbov S. Average remaining lifetimes can increase as human populations age. *Nature*. 2019;435(7043):811–3.
428. Šašková P, Pavlišta D. Breast self-examination. Yes or no? *Ceska Gynekol*. 2016;81(6):463–9.

429. Seifert A, Schlomann A, Rietz C, Schelling HR. The use of mobile devices for physical activity tracking in older adults' everyday life. *Digital health*. 2017;3:2055207617740088. doi:10.1177/2055207617740088
430. Serbeniuk A. Features of mental and reproductive health, functional state of the organism of female military servicemen who suffered concussion during combat actions. *Reproductive endocrinology*. 2023;68:8–15. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2023.68.8-15>
431. Sereda I, Lavrin H, Kucher T, Grygus I, Muszkieta R, Napierała M, Hagner-Derengowska M, Ostrowska M, Smoleńska O, Zukow W, Skaliy A. The Impact of Yoga Practice on the Development of Flexibility among the Female Student's Pedagogical Specialties in the Process of Physical Training of Higher Educational Institutions. *International Journal of Applied Exercise Physiology*. 2020;9(1):85–95.
432. Shevchenko O, Mulyk K, Paievskiy V, Skaliy A, Guba A, Skaliy T, Anosova O. Changes in Indicators of Special Physical Preparedness in Badminton Players Aged 10–11 under the Influence of Specially Selected Exercises. *Physical Education Theory and Methodology*. 2023;23(2):246–52. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2023.2.13>
433. Silverstein M, Parker MG. Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*. 2002;24(5):528–47. <https://doi.org/10.1177/0164027502245003>.
434. Simons M, Van Es E, Hendriksen I. Electrically assisted cycling: a new mode for meeting physical activity guidelines? *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41:2097–102. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a6aaa4>.
435. Sirgy MJ, Michalos AC, Ferriss AL, Easterlin RA, Patrick D, Pavot W. The quality-of-life (QOL) research movement: past, present, and future. *Social Indicators Research*. 2006;76(3):343–466.
436. Skaliy A. Preparing and conducting hiking trips with students: monograph. Bydgoszcz: Bydgoszcz WSG University; 2023. 239 p.

437. Skaliy A. Międzynarodowe projekty na rzecz edukacji, zdrowia i zrównoważonego rozwoju. *Kurier innowacyjności*. 2024;2:18–27.
438. Skaliy A, Мулик К, Zhijing B, Горбенко О., Максимова К. Визначення найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед молоді та дорослого населення різних країн (Польща, Китай, Україна). *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2024;29(3):160–7. [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(3\).160-167](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(3).160-167).
439. Skaliy A, Bala T. Influence of horting elements on the level of motor preparation of 15 year old pupils. *Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення*. 2020;216–22.
440. Skaliy A, Kowalski W, Kutek T, Briskin Y, Mulyk K, Odynets T, Grabowski Y, Skaliy T. Polsko-ukraiński projekt transferu doświadczeń naukowych w profilaktyce raka piersi wśród młodzieży studenckiej. W: *Zdrowie – edukacja – społeczeństwo. Perspektywa międzynarodowa*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSG; 2020, s. 17–29.
441. Skaliy A, Mulyk V, Skaliy T, Maksymova K, Mulyk K. Determining the Impact of Adaptive Games on the Individuals' Psycho-Emotional State among Different Age Groups in Poland and Ukraine. *Physical Education Theory and Methodology*. 2024;24(5):769–76. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2024.5.12>.
442. Skaliy A, Mulyk K, Zhijing B, Ostrowski A, Anosova O. Assessment of the functional state of the cardiovascular system of students during a mountain hiking trip. *Slobozhanskyi Herald of Science and Sport*. 2023;27(3):158–65. <https://doi.org/10.15391/snsv.2023-3.007>.
443. Skaliy A, Skaliy T, Adamczyk M, Zalewski T. Wiedza studentów uczelni wyższych krajów Europy Wschodniej i Kazachstanu z zakresu pierwszej pomocy. W: *Edukacja dla bezpieczeństwa – współczesne wyzwania w procesach kształcenia kompetencji ratowniczych*. Szczecin: Wyd-wo Uniwersytet Szczeciński; 2017, s. 111–26.

444. Skaliy A, Skaliy T, Kuangaliyeva T, Kenzhin Z, Meergul A, Letkiewicz S. The influence of complex motor activities on the morphofunctional and psychoemotional state of elderly people from different countries of Europe and Asia. *Slobozhanskyi Herald of Science and Sport*. 2024;28(2):92–9. <https://doi.org/10.15391/sns.v.2024-2.006>.
445. Smith D. Children in the heat of war. *APA Monitor*. 2001;32(8):29.
446. Smolarski T. Social determinants of bicycle recreation of high school students [doctoral dissertation]. Wrocław: AWF; 2015. 165 s.
447. So KY, Ko HF, Tsui CSY, Yeung CY, Chu YC, Lai VKW, Lee A. Brief compression-only cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator course for secondary school students: a multischool feasibility study. *BMJ open*. 2020;10(10):e040469. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040469>
448. Solomon Z, Snir A, Fingerhut H, Rosenberg M. Long-Term Trajectories and Recovery from PTSD: Rethinking the Scientific Agenda. New York: American Psychopathological Association; 2015. doi:10.1093/med/9780199378821.003.0011.
449. Solovei A, Rymar O, Yaroshyk M, Sorokolit N. The Current State and the Peculiarities of Physical Activity of Teenagers in Ukraine and Poland. *Physical Education, Sport and Health Culture in Modern Society*. 2017;1(37):91–6. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2017-01-91-96>
450. Song IJ. The labour life course of senior males and the meanings of their work [doctoral dissertation]. Catholic University; 2010. 202 p.
451. Southcott E, Jooste J. Unveiling the Impact of Mobile Fitness Applications on Motivational Orientation in Sustaining Exercise Behaviors: A Qualitative Investigation. *Physical Culture and Sport. Studies and Research*. 2024;103(1):1–14. <https://doi.org/10.2478/pcssr-2024-0008>
452. Spence JC, Lee RE. Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of sport and exercise*. 2003;4(1):7–24.
453. Sperlich B, Zinner C, Hébert-Losier K, Born DP, Holmberg HC. Biomechanical, cardiorespiratory, metabolic and perceived responses to electrically

assisted cycling. *Eur J Appl Physiol.* 2012;112(12):4015–25.
<https://doi.org/10.1007/s00421-012-2382-0>.

454. Spiteri K, Broom D, Bekhet AH, De Caro JX, La Venture B, Grafton K. Barriers and Motivators of Physical Activity Participation in Middle-Aged and Older Adults-A Systematic Review. *J Aging Phys Act.* 2019;27(4):929–44.

455. Sport and physical activity [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan. 17]. Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>

456. Srinivasan AP, Albalawe MA, Issrani R, Patil SR, Prabhu N, Siddanna S. Awareness, knowledge, and attitude of saudi students towards basic life support: A cross-sectional study. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2021;21(1):e0043. DOI: 10.1590/pboci.2021.142

457. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Karler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology.* 2006;53:80–93.

458. Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. World Health Organization. Regional Office for Europe. (Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. 45 p.

459. Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semanova E, Cowan M, Riley LM, Bull FC, Stevens GA. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *The Lancet Global Health.* 2024;12(8):e1232–43.

460. Światowa Organizacja Zdrowia. Biuro Regionalne na Europę. Wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia: omówienie. Światowa Organizacja Zdrowia. Biuro Regionalne na Europę; 2021. 17 s.

461. Światowa Organizacja Zdrowia. Globalne zalecenia WHO dotyczące aktywności fizycznej dla zdrowia. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2021. 25 s.
462. Syrek E. Społeczno-kulturowe i zdrowotne znaczenie aktywności fizycznej człowieka. W: *Kultura fizyczna w środowisku akademickim w czasie zmiany społecznej. 60-lecie sportu akademickiego w Szczecinie*. Szczecin: Wyd. Naukowe Un-tu Szczecińskiego; 2011, s. 39–50.
463. Taylor D. Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate medical journal*. 2014;90(1059):26–32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
464. Temesgen L, Beyene A, Bekele B, Abreha S. Breast self-examination and associated factors among women in Wolaita Sodo, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2020;20:167.
465. The Ageing of Populations and its Economic and Social Implications. New York; 1956. 168 p.
466. Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 2013;9(1):150–62. doi:10.5964/ejop.v9i1.337.
467. Thompson PD, Buchner D, Pin IL, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*. 2003;107(24): 3109–16.
468. Tkalych M, Snyadanko I, Shapovalova T, Falova O, Sokolova I. Psychological rehabilitation of combatants in Ukraine from 2014 to 2021: statistics and current status. *Acta Neuropsychologica*. 2023;21(4):441–55. DOI: 10.5604/01.3001.0054.0125
469. Tong HL, Maher C, Parker K, et al. The use of mobile apps and fitness trackers to promote healthy behaviors during COVID-19: A cross-sectional survey. *PLOS Digit Health*. 2022;1(8):e0000087. doi:10.1371/journal.pdig.0000087

470. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020.;142;16(2):S469–S523. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>.
471. Tsai TH, Wong AM, Lee HF, Tseng KC. A study on the motivation of older adults to participate in exercise or physical fitness activities. *Sustainability*. 2022;14(10):6355. doi: 10.3390/su14106355
472. Tsiompanou E, Marketos SG. Hippocrates: timeless still. *J R Soc Med*. 2013;106(7):288–92. doi:10.1177/0141076813492945
473. Twisk DAM, Platteel S, Lovegrove GR. An experiment on rider stability while mounting: comparing middle-aged and elderly cyclists on pedelecs and conventional bicycles. *Accid Anal Prev*. 2017;105:109–16. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.01.004>
474. Tyumaseva ZI, Orekhova IL, Valeeva GV, Salamatov AA., Kalugina E. V. The institution of tutoring in health-preserving: Risk and sustainability factors. *Obrazovanie i Nauka*. 2018;20(9):139–57. doi: 10.17853/1994-5639-2018-9-139-157.
475. Vorobieva TG, Kharchenko LV, Shamshualeeva EF. The effect of physical load on psychophysiological adaptation and the functional status of the cardiovascular system in badminton players. *Human Sport Medicine*. 2019;19(3): 14–9. DOI: 10.14529/hsm190302
476. Whiting S, Mendes R, Abu-Omar K, et al. Physical inactivity in nine European and Central Asian countries: an analysis of national population-based survey results. *Eur J Public Health*. 2021;31(4):846–53. doi: 10.1093/eurpub/ckab028.
477. Wiesner W. Risk management and education for safety in recreation. *Zeszyty Naukowe WSB w Wrocławiu*. 2011;23:197–210.

478. Wiesner W, Smolarski T, Szwej P. Characteristics of cyclists practicing bicycle tourism in the Jizera Mountains. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*. 2016;56:51–8.
479. Wilde LJ, Ward G, Sewell L, Müller AM, Wark PA. Apps and wearables for monitoring physical activity and sedentary behaviour: A qualitative systematic review protocol on barriers and facilitators. *Digital Health*. 2018;4:2055207618776454. doi:10.1177/2055207618776454
480. Willmott TJ, Pang B, Rundle-Thiele S. Capability, opportunity, and motivation: an across contexts empirical examination of the COM-B model. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1014. doi:10.1186/s12889-021-11019-w
481. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007. 604 s.
482. Współczesne trendy rozwoju rekreacji i rehabilitacji w XXI wieku. W: Skaliy A, Kokhan S, redaktorzy. *Współczesne trendy rozwoju rekreacji i rehabilitacji w XXI wieku: monografia zbiorowa*. Bydgoszcz: Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy; 2020. 382 s.
483. Yang Q, Mukambaeva I, Mukambaev N, Yan S, Zhang T. Exploring university students' sports tourism behavior: Based on Structural Equation Model. In: *Proceedings of the World Congress on Electrical Engineering and Computer Systems and Science*. London; 2023;119, p. 1–8. DOI: 10.11159/cist23.119
484. Yevtuch MB, Fedorets VM, Klochko OV, Shyshkina MP, Dobryden AV. Development of the health-preserving competence of a physical education teacher on the basis of N. Bernstein's theory of movements construction using virtual reality technologies. *CEUR Workshop Proceedings*. 2021;2898:294–314.
485. Yüksel A, Yüksel F, Bilim Y. Destination Attachment: Effects on Customer Satisfaction and Cognitive, Affective and Conative Loyalty. *Tourism Management*. 2010;31(2):274–84. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2009.03.007>

486. Zalewski T, Bulikowska M. Edukacja dla bezpieczeństwa. Współczesne wyzwania w procesach kształcenia kompetencji ratowniczych: monograph. Szczecin. 2017. 189 p.
487. Zalewski T, Bulikowska M. Increasing the level of safety standards using the unified certification norms as exemplified by the West Pomeranian marinas. *Europa Regionum*. 2018;37:123–35. DOI: 10.18276/er.2018.37-08.
488. Zalewski T, Sikora M, Czapiewski T. Drowning Rates as a Qualitative Aspect of Regional Development. *European Research Studies Journal*. 2021;24(1):431–43. DOI: 10.35808/ersj/2053.
489. Zalewski T, Skaliy A, Mulyk K, Skaliy T, Ostrowski A, Kowalski W, Adamczyk M. Impact of the implementation of the project «Polish-Kazakh regional center for training, safety and rescue» on competence in the field of medical care. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2024;9 (3):135–50. [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(3\).04](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(3).04).
490. Zatoń K, Zatoń K. Physical activity and health. *Rozprawy Naukowe AWF Wrocław*. 2014;45:34–40.
491. Zhang J, Bloom I, Dennison EM, Ward KA, Robinson SM, Barker M, Cooper C, Lawrence W. Understanding influences on physical activity participation by older adults: A qualitative study of community-dwelling older adults from the Hertfordshire Cohort Study, UK. *PLoS One*. 2022;17(1): e0263050. doi:10.1371/journal.pone.0263050
492. Zhao M, Veeranki SP, Magnussen CG, Xi B. Recommended physical activity and all cause and cause specific mortality in US adults: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;370:m2031. doi:10.1136/bmj.m2031
493. Zhaoyang R, Martire LM, Darnall BD. Daily pain catastrophizing predicts less physical activity and more sedentary behavior in older adults with osteoarthritis. *Pain*. 2020;161(11):2603–10. doi:10.1097/j.pain.0000000000001959
494. Zieliński K. Koncepcja człowieka w polskiej teorii wychowania fizycznego [rozprawa doktorska]. Warszawa: AWF; 2000. 240 s.

495. Żółtek-Daszykowski A. Autorski program wychowania fizycznego w szkołach wyższych. W: Akademicka kultura fizyczna na przełomie stuleci. Uwarunkowania socjologiczne. Krosno: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa; 2009;2;2, s. 265–72.

496. Żółtek-Daszykowski A. Wybrane problemy akademickiej kultury fizycznej. W: Akademicka kultura fizyczna na przełomie stuleci. Uwarunkowania socjologiczne. Krosno: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa; 2009;2;2, s. 273–82.

ДОДАТКИ



**WYŻSZA SZKOŁA GOSPODARKI
W BYDGOSZCZY**

ZASWIADCZENIE

o wdrożeniu wyników badań naukowych
z pracy habilitacyjnej w dziedzinie wychowania fizycznego i sportu
autorstwa prof. WSG dr. Alexandra Skaliy, zatytułowanej: „Teoretyczno-metodyczne
podstawy działalności prozdrowotnej różnych grup społecznych”
w procesie dydaktycznym Instytutu Sportu i Kultury Fizycznej
Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy

W Instytucie Sportu i Kultury Fizycznej Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy wdrożono zintegrowany model edukacyjno-projektowej działalności prozdrowotnej, opracowany przez dr. Alexandra Skaliy. Model ten stanowi innowacyjne podejście do promocji zdrowia w środowisku akademickim, integrujące różne komponenty istotne dla rozwoju nowoczesnej kultury zdrowotnej.

Wspomniana koncepcja łączy w sobie aktywność fizyczną, edukację zdrowotną, nowoczesne technologie cyfrowe, komponenty psychologiczne i społeczne, a także elementy współpracy międzynarodowej, tworząc spójną strukturę działań profilaktycznych i edukacyjnych. Dzięki tej integracji możliwe jest nie tylko kształtowanie świadomości zdrowotnej, ale także rozwijanie umiejętności praktycznych w zakresie planowania, realizacji oraz ewaluacji działań ukierunkowanych na poprawę jakości życia różnych grup społecznych i wiekowych.

Model sprzyja podejściu inkluzyjnemu — działania kierowane są zarówno do studentów, jak i pracowników naukowych oraz przedstawicieli środowiska lokalnego. Umożliwia to wdrażanie rozwiązań odpowiadających na zróżnicowane potrzeby, uwzględniając takie czynniki jak wiek, poziom aktywności fizycznej, stan zdrowia oraz warunki społeczne.

Dzięki wdrożeniu modelu zaobserwowano wzrost zaangażowania studentów w działalność prozdrowotną, rozwój kompetencji miękkich i interdyscyplinarnych, a także wyraźne podniesienie poziomu gotowości zawodowej do pracy w sektorze zdrowia publicznego, edukacji zdrowotnej i rekreacji fizycznej.

W szczególności model ten pozwala studentom na praktyczne zastosowanie wiedzy zdobytej w toku kształcenia, zwłaszcza w zakresie tworzenia i wdrażania projektów prozdrowotnych, pracy zespołowej, komunikacji społecznej i korzystania z narzędzi cyfrowych wspierających promocję zdrowia.

W kontekście strategicznego rozwoju Instytutu, wdrożenie modelu stanowi ważny krok w kierunku internacjonalizacji procesu dydaktycznego oraz umacniania pozycji uczelni jako ośrodka nowoczesnego kształcenia prozdrowotnego o profilu interdyscyplinarnym.

Autor rozwiązania:

Dyrektor Instytutu Sportu i Kultury Fizycznej
Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy,
prof. WSG



dr Alexander SKALIY

Rektor Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy,
prof. WSG

dr Marek CHAMOT



Regionalna Sieć Uniwersytetów Trzeciego Wieku Wyższej Szkoły Gospodarki

Potwierdzenie wdrażania wyników badań naukowych w proces działalności edukacyjnej i aktywizującej słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy

Bydgoszcz, Polska

«__» _____

My, niżej podpisani, poświadczamy, że w wyniku realizacji badań naukowych prowadzonych przez **Alexander Skaliy** w ramach pracy habilitacyjnej pt.: „**Teoretyczno-metodyczne podstawy działalności prozdrowotnej różnych grup społecznych**”, w działalności edukacyjno-zdrowotnej Uniwersytetu Trzeciego Wieku WSG w Bydgoszczy wdrożono następujące rozwiązania:

Nazwa propozycji, forma wdrożenia, krótka charakterystyka	Nowość naukowa i znaczenie, zalecenia dotyczące dalszego stosowania	Efekt wdrożenia
Program kompleksowej aktywności fizyczno-zdrowotnej dla osób starszych	Nowość naukowa polega na kompleksowym podejściu do kształtowania zdrowia i dobrostanu osób starszych poprzez naprzemienne wykorzystanie różnych form aktywności prozdrowotnej. Program łączy elementy rekreacji ruchowej, edukacji zdrowotnej, aktywizacji społecznej i integracji międzypokoleniowej, co czyni go uniwersalnym narzędziem poprawy jakości życia seniorów. Zaleca się wdrażanie programu w podobnych jednostkach UTW w kraju i za granicą oraz jego dalsze rozwijanie w ramach współpracy międzynarodowej i projektów grantowych.	Poprawa ogólnej sprawności fizycznej oraz wydolności psychofizycznej uczestników Uniwersytetu Trzeciego Wieku Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy. Zwiększenie świadomości zdrowotnej i odpowiedzialności za własne zdrowie wśród osób starszych. Integracja społeczna i zmniejszenie izolacji seniorów poprzez wspólne działania w duchu aktywnego starzenia się. Utworzenie trwałego modelu zajęć zdrowotnych, który może być replikowany w innych instytucjach pracujących z osobami w wieku emerytalnym.

Autor rozwiązania:

Dyrektor Instytutu Sportu i Kultury Fizycznej

Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy, prof. WSG

A. Skaliy
dr Alexander SKALIY

Dziekan ds. Społecznych

Dyrektor Centrum Projektów Edukacyjnych WSG

DZIEKAN
ds. SPOŁECZNYCH
Przemysław Ziolkowski
doc. Przemysław Ziolkowski

doc. Przemysław Ziolkowski



52 567 07 07



u3w@byd.pl



Wyższa Szkoła Gospodarki
w BYDGOSZCZY
UNIWERSYTET
TRZECIEGO
WIEKU
u3w.byd.pl

Regionalna Sieć Uniwersytetów Trzeciego Wieku
Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy
85-229 Bydgoszcz, ul. Naruszewicza 11
tel. 52 567 07 07, tel. 52 567 00 21
NIP 967-10-46-448, REGON 092386249
www.u3w.wsg.byd.pl, e-mail: u3w@byd.pl

ul. Naruszewicza 11, 85-229 Bydgoszcz

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ (від 20.05.2024 р.)

результатів наукових досліджень в освітній процес здобувачів вищої освіти
Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського

Ми, які підписалися нижче, склали цей акт у тому, що в результаті дослідження, виконаного за темами науково-дослідної роботи «Вдосконалення процесу фізичного виховання в навчальних закладах різного профілю» (номер державної реєстрації 0115U006754), «Здоров'яформуючі технології та процес фізичної терапії осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0119U102115), «Вдосконалення процесу фізичного виховання різних верств населення» (номер державної реєстрації 0120U101110) Плану науково-дослідної роботи Харківської державної академії фізичної культури, в період 2020-2024 рр., виконавець окремого дослідження Alexander Skaliy (громадянин Республіки Польща) вніс такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження, коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Теоретико-методичне обґрунтування фізкультурно-оздоровчої діяльності на основі використання здоров'язбережувальних проектів для різних груп населення.	Обґрунтовано здоров'язбережувальні проекти: «Український центр ерготерапії засобами адаптивних ігор», що полягало у встановленні ефективності моделі використання адаптивних ігор як засобу фізкультурно-оздоровчої реабілітації, психоемоційної стабілізації, соціалізації та адаптації різних вікових і соціальних груп населення; «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок», що полягало у адаптації та впровадженні польського досвіду навчання навичкам самоспостереження для раннього виявлення раку молочної залози в систему вищої освіти України. Проведено інформаційно-просвітницьку кампанію на основі польсько-українського співробітництва між суб'єктами діяльності галузі фізичної культури і спорту.	Формування спеціальних компетентностей та знань здобувачів вищої освіти. Набуття умінь та навичок з організації фізкультурно-оздоровчої діяльності для різних груп населення на основі здоров'язбережувальних проектів.
Науково-методичні матеріали для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівня освіти.	Рекомендовано до використання в освітньому процесі здобувачів вищої освіти здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівня освіти.	Зростання поінформованості учасників освітнього процесу щодо важливості застосування здоров'язбережувальних проектів; формування усвідомленого ставлення до рівня здоров'я в академічному середовищі; усвідомлення шляхів покращення психофізичного стану, розвитку навичок міжособистісної взаємодії та зниження рівня соціальної ізоляції.

Автор розробник:

Директор Інституту спорту і фізичної культури
Університету економіки в Бидгощі, проф. WSG

Ректор Університету економіки
в Бидгощі, проф. WSG

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи та міжнародних зв'язків ЛДУФК імені Івана Боберського, д.фіз.вих., професор

Александр СКАЛІЙ
(Alexander SKALIY)

Марек ЧАМОТ
(Marek CHAMOT)

Мар'ян ПІТИН

АКТ
впровадження результатів наукових досліджень в освітній процес та діяльність
Харківської державної академії фізичної культури

Ми, що підписалися нижче, склали цей акт у тому, що в межах загального плану науково-дослідної роботи Харківської державної академії фізичної культури на кафедрі теорії та методики фізичної виховання на 2020-2026 рр. «Вдосконалення процесу фізичного виховання різних верств населення» (номер державної реєстрації 0120U101110) та кафедрі медичних дисциплін та охорони здоров'я на 2019-2024 рр. «Здоров'яформуючі технології та процес фізичної терапії осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0119U102115) виконавець окремого дослідження, тема: «Теоретико-методичні основи фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної діяльності різних груп населення», Alexander Skaliy запропонував наступні пропозиції:

Найменування пропозиції, форма впровадження, стисла характеристика (період)	Наукова новизна та значення, рекомендації по подальшому використанню	Ефект від впровадження
Впровадження польсько-українського проекту «Самодіагностика раку молочної залози у молодих жінок» (з серпня 2020 р. по квітень 2021 р.)	Уперше здійснено трансфер польського досвіду щодо навчання навичкам самоспостереження для раннього виявлення раку молочної залози в академічне середовище України. У межах проекту проведено комплексну просвітницьку кампанію для здобувачів вищої освіти та співробітників Академії. Введення теми «Самодіагностика раку молочної залози» в освітній компонент «Діагностика і моніторинг стану здоров'я».	Реалізація заходів проекту сприяла суттєвому підвищенню рівня обізнаності учасників щодо питань ранньої діагностики раку молочної залози, формуванню культури здоров'я, відповідального ставлення до власного тіла та здоров'я в цілому. Значущим практичним результатом стало проведення першого «Всеукраїнського марафону академічних днів боротьби з раком молочної залози» , що охопив п'ять міст України: Житомир, Харків, Запоріжжя, Херсон та Львів.
Реалізація польсько-українського проекту «Український центр ерготерапії засобами адаптивних ігор» (з вересня 2023 р. по квітень 2024 р.)	Уперше впроваджено модель використання адаптивних ігор як засобу реабілітації, психоемоційної стабілізації, соціалізації та адаптації різних верств населення. Впровадження вибіркового освітнього	Підвищення рівня фізичної активності та покращенню психоемоційного стану учасників спортивно-оздоровчих заходів з використанням адаптивних ігор. Забезпечено формування у здобувачів вищої освіти

	компоненту «Адаптивні ігри» в освітній процес здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, які навчаються за різними спеціальностями.	професійних компетентностей, пов'язаних із плануванням, організацією та проведенням адаптивних ігор як інструменту соціалізації, реабілітації та інклюзивного фізичного виховання, з урахуванням індивідуальних особливостей учасників.

Автор розробки:

Директор Інституту спорту і фізичної культури Університету економіки в Бидгощі, prof. WSG



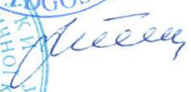
Alexander SKALIY

Ректор Університету економіки в Бидгощі, prof. WSG



Marek CHAMOT

Ректор Харківської державної академії фізичної культури, професор

Вячеслав МУЛИК

АКТ
впровадження результатів наукових досліджень в освітній процес
ПВНЗ «Міжнародний економіко-гуманітарний університет
імені академіка Степана Дем'янчука»

Ми, що підписалися нижче, склали цей акт у тому, що в межах загального плану науково-дослідної роботи Харківської державної академії фізичної культури на кафедрі теорії та методики фізичної виховання на 2020-2026 рр. «Вдосконалення процесу фізичного виховання різних верств населення» (номер державної реєстрації 0120U101110) та кафедрі медичних дисциплін та охорони здоров'я на 2019-2024 рр. «Здоров'я формуючі технології та процес фізичної терапії осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0119U102115) в період з вересня 2023 р. по квітень 2024 р. виконавець окремого дослідження Alexander Skaliy запропонував наступні рекомендації та пропозиції:

Найменування пропозиції, форма впровадження, стисла характеристика	Наукова новизна та значення, рекомендації по подальшому використанню	Ефект від впровадження
Впровадження адаптивних ігор як складника освітніх занять, тренінгів, практик і волонтерської діяльності	Запропоновано ефективну модель адаптивної ігрової терапії. Вперше використано методи мобільної ерготерапії у кризових ситуаціях (включно з роботою в укриттях під час повітряних тривог). Отримані результати засвідчили позитивний вплив програми на психофізичний стан учасників і стали основою для подальшого розширення практики в закладах вищої освіти та соціальних установах.	Підвищення рівня соціальної інтеграції, психоемоційної стабільності та фізичної активності учасників освітнього процесу та представників локальних громад. Здобувачі вищої освіти, викладачі та волонтери набули практичних компетентностей у сфері застосування методів адаптивної ігрової терапії як інструменту реабілітації та соціальної підтримки в умовах воєнного стану.

Автор розробки:
 Директор Інституту спорту і фізичної
 культури Університету економіки
 в Бидгощі, prof. WSG

Ректор ПВНЗ «Міжнародний
 економіко-гуманітарний університет
 імені академіка Степана Дем'янчука»



Alexander SKALIY

Vitalii DEMIANCHUK

АКТ
впровадження результатів дисертаційного дослідження
«Теоретико-методичні основи фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної
діяльності різних груп населення» на здобуття наукового ступеня
доктора наук з фізичного виховання та спорту
зі спеціальності 24.00.02 – Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення

Ми, що підписалися нижче, склали цей акт у тому, що в результаті роботи, виконаної в межах науково-дослідних робіт Харківської державної академії фізичної культури на кафедрі теорії та методики фізичної виховання на 2015-2020 рр. «Вдосконалення процесу фізичного виховання в навчальних закладах різного профілю» (номер державної реєстрації 0115U006754), на 2020-2026 рр. «Вдосконалення процесу фізичного виховання різних верств населення» (номер державної реєстрації 0120U101110) та кафедрі медичних дисциплін та охорони здоров'я на 2019–2024 рр. «Здоров'яформуючі технології та процес фізичної терапії осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0119U102115) у 2020-2021 рр. реалізовано міжнародний проект «Самодіагностика раку молочної залози у молодих українках» за результатами якого запропоновано наступні рекомендації:

Найменування рекомендації, форма впровадження, стисла характеристика	Наукова новизна та значення, рекомендації по подальшому використанню	Ефект від впровадження
Впровадження освітньої моделі формування навичок самоспостереження у контексті профілактики раку молочної залози. Реалізація у формі теоретичних і практичних занять для здобувачів вищої освіти та викладачів, з метою навчання самодіагностики молочних залоз, а також проведення просвітницьких акцій, семінарів та тренінгів.	Вперше в Україні системно адаптовано та впроваджено польський досвід навчання самодіагностики раку молочної залози в освітній простір закладів вищої освіти. Рекомендовано для використання в освітньому процесі здобувачів вищої освіти	Упровадження моделі профілактичної освіти з формування навичок самоспостереження щодо раннього виявлення раку молочної залози забезпечило підвищення рівня обізнаності студентської молоді та працівників закладів вищої освіти з питань онкологічної настороженості. Систематичне проведення освітньо-профілактичних занять сприяло формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я та засвоєнню практичних навичок самодіагностики.

Автор розробки:
 Директор Інституту спорту і фізичної культури Університету економіки в Бидгощі, prof. WSG



Alexander SKALIY

Ректор Університету економіки в Бидгощі, prof. WSG



Marek CHAMOT

Проректор з наукової та міжнародної роботи
 Житомирського державного університету імені Івана Франка



Володимир ЧУМАК

Декан факультету фізичного виховання і спорту

Андрій ЛАЙЧУК



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

вул. Шевченка, 57, м. Івано-Франківськ, 76000. Тел. +380963102636; e-mail: office@ksu.ks.ua; http://www.kspu.edu
код за ЄДРПОУ 02125609 р/р UA22820172034311002200000120; UA068201720343120002000000120
банк Держказначейська служба України, м. Київ

« 10 » квітня 2021 р. № 03-32/483
На № _____ від _____ 2021 р.

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження здобувача
наукового ступеня доктора наук з фізичного виховання та спорту
Скалія Олександра В'ячеславовича на тему «ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ
ОСНОВИ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ РІЗНИХ ГРУП
НАСЕЛЕННЯ»
зі спеціальності 24.00.02 – фізична культура, фізичне виховання різних
груп населення**

Сучасні виклики у сфері громадського здоров'я зумовлюють необхідність впровадження ефективних профілактичних підходів в освітній простір закладів вищої освіти. Однією з актуальних проблем залишається низький рівень обізнаності молоді щодо раннього виявлення онкологічних захворювань, зокрема – раку молочної залози.

У цьому контексті в межах міжнародного проекту «Самодіагностика раку молочної залози у молодих українок», що тривав з серпня 2020 р. по квітень 2021 р., було реалізовано апробацію та впровадження освітньої моделі, спрямованої на формування навичок самоспостереження серед здобувачів вищої освіти та науково-педагогічних працівників.

Протягом 2021–2022 років у структурі освітнього процесу впроваджено цикл теоретико-практичних занять, семінарів, інформаційно-просвітницьких акцій та тренінгів, які проводились у співпраці з партнерами з Республіки Польща. Змістовні компоненти моделі інтегровано в навчальні дисципліни «Гігієна та загальна теорія здоров'я» та «Загальна теорія здоров'я та здорового способу життя».

Досвід міжнародної співпраці дозволив адаптувати польську модель навчання самодіагностиці раку молочної залози до українського освітнього середовища, враховуючи вікові, психологічні та соціокультурні особливості цільової аудиторії. Особлива увага приділялася роботі з молодими жінками – здобувачами вищої освіти, а також із науково-педагогічними працівниками, що дало змогу забезпечити мультиплікаційний ефект ініціативи.

Проведені дослідження та аналіз ефективності впровадження засвідчили покращення рівня знань щодо онкологічної настороженості, зростання усвідомленого ставлення до збереження здоров'я та набуття практичних навичок самоспостереження. Учасники відзначили зниження тривожності щодо онкологічних тем і підвищення готовності до профілактичних оглядів.

Результати реалізації проекту обговорено на засіданні кафедри олімпійського та професійного спорту (протокол №5 від 02.12.2024 р.) та рекомендовано до поширення в інших ЗВО України.

**В.о. ректора,
перший проректор**

Катерина Дробот
+38 (050) 076 12 79



Сергій ОМЕЛЬЧУК



ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ
БҰҚАРАЛЫҚ СПОРТ
АКАДЕМИЯСЫ
e-mail: university_sports@apems.edu.kz
Астана қ., Мәңгілік ел 55/1
ЭКСПО, В 2.2



АКАДЕМИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ И МАССОВОГО
СПОРТА
e-mail: university_sports@apems.edu.kz
г.Астана, Мәңгілік ел 55/1
ЭКСПО, В 2.2

№ _____

« 20 » 05 2024

CERTIFICATE
on the implementation of the research results
of the doctoral dissertation in the field of physical education and sport
by Alexandr Skaliy entitled "Theoretical and Methodological Foundations of Physical
and Health-Promoting Activities for Different Population Groups"
in the educational process of the Academy of Physical Education and Mass Sports

As part of the international project "Polish-Kazakh Educational Center for First Aid and Basic Life Support (BLS) Training", a series of practical initiatives were implemented, forming an integral part of the doctoral research by Alexandr Skaliy. These initiatives were aimed at the development of health-preserving practices within the educational and sports sectors.

The project was carried out in cooperation with the European Center for Rescue and Safety (Poland), the Institute of Sport and Physical Culture of the University of Economy in Bydgoszcz, the Polish Water Rescue Center (WOPR), and with the support of the Embassy of the Republic of Poland in Kazakhstan.

The establishment of the Center at the Academy of Physical Education and Mass Sports (Astana, Kazakhstan) in 2024 marked an important milestone in ensuring access to quality training in first aid and the formation of key health-saving competencies essential in high-risk situations.

The educational activities targeted various population groups: students, educators, coaches, physical education specialists, and representatives of civil society. The project's multi-level training approach took into account age, professional, and psycho-physiological

characteristics of the participants. The use of LEARDAL simulation equipment and artificial intelligence–powered training software enabled realistic emergency scenarios and ensured the high effectiveness of the learning process.

The acquisition of practical skills in first aid, cardiopulmonary resuscitation (CPR), and emergency response protocols by more than 400 participants significantly improved their readiness for critical situations, thus promoting health-preserving behavior in communities. This initiative exemplifies a cross-sectoral approach to public health through educational technologies.

The project strengthened the role of the Academy as a regional center for physical education, sports training, and public health, and its outcomes are recommended for further implementation across other regions of Central Asia.

Author of the solution:

Director of the Institute of Sport and Physical Culture
WSG University in Bydgoszcz,
Professor of the WSG University



Dr. Alexander SKALIY

Rector of WSG University in Bydgoszcz



Prof. WSG Dr. Marek CHAMOT

Vice-Rector for Academic Affairs
Academy of Physical Education
and Mass Sports



Dr. Tursynzada KUANGALIYEVA

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ЖОҒАРЫ БІЛІМ МИНИСТРЛІГІ

Коммерциялық емес акционерлік қоғамы

**ҚАЗАҚ СПОРТ ЖӘНЕ
ТУРИЗМ АКАДЕМИЯСЫ**

050022, Алматы қ-сы, Абай д-лы, 85
тел.: 292 37 21, факс: 292 68 05
ИИК Kz078560000000011507 АҚФ АҚ
"ЦентрКредит" Банкі, БИК КСЖВКЗКХ
БИН 010840001890, РНН 600700016358
e-mail: kazsport@inbox.ru
www.kazast.edu.kz



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Некоммерческое акционерное общество
**КАЗАХСКАЯ АКАДЕМИЯ
СПОРТА И ТУРИЗМА**

050022, г. Алматы, пр. Абая 85
тел.: 292 37 21, факс: 292 68 05
ИИК Kz078560000000011507 в банке АГФ АО
"ЦентрКредит", БИК КСЖВКЗКХ
РНН 600700016358, БИН 010840001890
e-mail: kazsport@inbox.ru
www.kazast.edu.kz

MINISTRY OF SCIENCE AND HIGHER EDUCATION OF RK
THE KAZAKH ACADEMY OF SPORT AND TOURISM
050022, Republic of Kazakhstan
Almaty, Abay ave., 85

№ _____ от _____

CERTIFICATE

on the implementation of the research results
of the doctoral dissertation in the field of physical education and sport
by Alexandr Skaliy entitled "Theoretical and Methodological Foundations of Physical
and Health-Promoting Activities for Different Population Groups"
in the educational process of the Kazakh Academy of Sport and Tourism

As part of the academic and practical cooperation with the Kazakh Academy of Sport and Tourism, the integrated model of educational and project-based health-promoting activities developed by Dr. Alexander Skaliy was implemented. This new concept combines physical activity, education, digital technologies, psychological and social aspects, and international collaboration into a coherent framework.

The model enables effective planning, implementation, and evaluation of activities across diverse age and social groups. It promotes an inclusive approach to health promotion and fosters intersectoral collaboration between educational, medical, social, and sports institutions.

The implemented solutions contribute to strengthening the culture of health in the academic environment, increasing the professional readiness of students to work in the public health and physical recreation sectors. They also support the acquisition of key competences in designing, organizing, and evaluating health-related projects, including the practical application of knowledge and skills.

The outcomes of this initiative include enhanced student involvement in health promotion programs, development of interdisciplinary competences, and increased

awareness of innovative approaches to public health education. It is recommended to continue the integration of the model into educational programs and institutional strategies, as well as to expand international cooperation in this area.

Author of the solution:

Director of the Institute of Sport and Physical Culture
University of Economy in Bydgoszcz,
Professor of the University of Economics

Dr. Alexander SKALIY

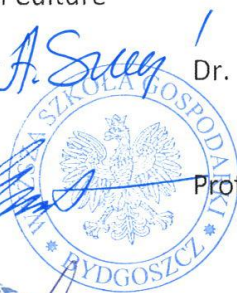
Rector of University of Economics

Prof. WSG Dr. Marek CHAMOT

Rector of Kazakh Academy
of Sport and Tourism



Dr. Baurzhan Zakiryanov



«Семей қаласының
Шәкәрім атындағы университеті»
коммерциялық емес
акционерлік қоғамы



Некоммерческое
акционерное общество
«Университет имени Шакарима
города Семей»

КР, 071410, Абай облысы, Семей қ., Глинка көш., 20 А, e-mail: kense@shakarim.kz, 8 (7222) 31-31-75, БИН 130840007973, КБе 16, БИК HSBKKZKX КУЖК КОДЫ 30958953, ЕКТЖК 85421, ТМК 861, ИИК KZ126010261000182423, АҚ «Қазақстан Халық Банкі»

РК, 071410, Область Абай, г. Семей, ул. Глинка, 20 А, e-mail: kense@shakarim.kz, 8 (7222) 31-31-75, БИН 130840007973, КБе 16, БИК HSBKKZKX, КОД ОКПО 30958953, ОКЭД 85421, КНП 861, ИИК KZ126010261000182423, в АО «Народный Банк Казахстана»

17.04.2025 № 1082

IMPLEMENTATION REPORT on the application of research results in the educational process of the Shakarim University of Semey

Semey, Kazakhstan

April 26, 2023

We, the undersigned, hereby certify that as part of the implementation of the international research project "Self-diagnosis of breast cancer in young women", which forms a practical part of the doctoral research by Dr. Alexander Skaliy entitled: "Theoretical and Methodological Foundations of Physical and Health-Promoting Activities for Different Population Groups", the following elements were implemented in the process of academic education:

Name of the proposal, form of implementation, short description	Scientific novelty and importance, recommendations for further use	Effect of implementation
Health-Preserving Educational Model for Forming Health Culture and Developing Breast Cancer Self-Examination Skills among Female Students and Staff in the Higher Education System of Kazakhstan	For the first time, a health-preserving educational model aimed at forming health culture and developing breast cancer self-examination skills among female students and staff of higher education institutions in Kazakhstan was developed and implemented. The model integrates educational, informational, and practical components focused on raising awareness, increasing responsibility for personal health,	The implementation of the model contributed to a significant increase in the level of awareness among female students and staff regarding breast cancer prevention and early detection methods. It fostered the formation of a responsible attitude towards personal health and strengthened motivation for preventive self-care practices. As a result of educational and

01784

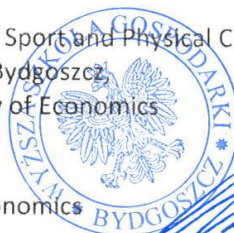
	and acquiring practical self-examination skills as an effective tool of preventive health care. The proposed model is universal and can be used in educational activities of higher education institutions of Kazakhstan and other countries for improving health culture, promoting preventive practices, and developing responsible attitudes to women's health issues. It is recommended for integration into educational components on health diagnostics, health monitoring, health-preserving technologies, and preventive programs within physical education and health education disciplines.	informational activities, the level of health literacy among participants improved, their practical skills in performing breast self-examination were formed, and an environment for promoting a health-preserving culture in the academic community was created. Additionally, the project laid the foundation for the further dissemination of best practices in the field of women's health protection and the development of preventive educational programs in higher education institutions.

Author of the solution:

Director of the Institute of Sport and Physical Culture

University of Economy in Bydgoszcz

Professor of the University of Economics



A. Skaliy

Dr. Alexander SKALIY

Rector of University of Economics

Marek Chamot

Prof. WSG Dr. Marek CHAMOT

Vice-Rector for

Science of Shakarim University



Zhanar Kalibekkyzy

Dr. Zhanar KALIBEK KYZY

IMPLEMENTATION REPORT
on the application of research results in the educational process of the Osh State University

Osh city, Kyrgyzstan

September 2, 2024

We, the undersigned, certify that as a result of the scientific research conducted by Alexander Skaliy as part of his doctoral dissertation entitled: "Theoretical and Methodological Foundations of Physical and Health-Promoting Activities for Different Population Groups", the following elements were implemented in the process of academic education:

Name of the proposal, form of implementation, short description	Scientific novelty and importance, recommendations for further use	Effect of implementation
An integrated model of educational and project pro-health activities in higher education	A new concept of project-based health-promoting activities was also implemented, which integrates physical activity, education, digital technologies, social and international components into a coherent whole. This model enables effective planning, implementation and evaluation of activities across age and social groups, promoting an inclusive approach and fostering cross-sectoral cooperation. It is recommended to further integrate the proposed solutions in the study programs and to use them in the academic, social and research activities of the institute, as well as to develop international cooperation in this field	Increasing students' competences in the design and implementation of health-promoting activities and the assessment of their effectiveness. Enabling the practical application of knowledge through activities that integrate physicality, education, psychology and digital technologies. Strengthening the culture of health in the academic environment and preparing students to act professionally in the public health and physical recreation sector.

Author of the solution:
 Director of the Institute of Sport and Physical Culture
 WSG University in Bydgoszcz,
 Professor of the WSG University

Dr. Alexander SKALIY

Rector of WSG University

Prof. WSG Dr. Marek CHAMOT

Rector of Osh State University

Prof. Kudayberdi KOZHOBKOV



ДОДАТОК А

Анкета

визначення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю

Дослідження проводиться з метою вивчення мотивів та інтересів до фізкультурно-оздоровчих занять. Просимо Вас відповісти на питання анкети, вибравши той варіант, який відповідає фактам і Вашій думці. Обрану Вами відповідь підкресліть. Заздалегідь вдячні Вам за відповіді!

1. Ваша стать?

Чоловіча

Жіноча

2. Чи займаєтесь Ви будь-яким видом спорту або фізкультурно-оздоровчими заняттями?

Так

Ні

3. Якщо не займаєтесь, то чи хотіли б Ви займатися будь-яким видом спорту або фізкультурно-оздоровчих занять?

Так

Ні

4. Якщо так, то які з перелічених видів фізкультурно-оздоровчих занять Ви б обрали?

☐	Бойові мистецтва
☐	Великий теніс, бадмінтон, настільний теніс
☐	Веслування на каное та байдарках
☐	Гімнастика
☐	Гірськолижний спорт, сноубординг
☐	Заняття в тренажерному залі
☐	Їзда на велосипеді
☐	Йога, різновиди медитації
☐	Катання на ковзанах та роликових ковзанах
☐	Легка атлетика
☐	Оздоровчий біг
☐	Орієнтування

	Плавання
	Скандинавська ходьба
	Скелелазіння
	Спортивно-оздоровчий туризм
	Стрільба з лука
	Танцювальні види спорту
	Фехтування
	Фітнес
	Футбол, волейбол, баскетбол
	Шахи, шашки

5. З якою метою Ви займалися фізичними вправами?

Спілкування з друзями/знайомими.

Досягнення високого спортивного результату.

Удосконалення форми тіла.

Активний відпочинок, розваги.

Покращення стану здоров'я.

Зниження ваги тіла.

Інше (вказіть) _____

6. Що спонукає Вас займатися фізичними вправами?

Поради викладачів.

Поради рідних.

Поради друзів.

Передачі про здоров'я.

Знання про користь занять фізичними вправами.

Отримання оцінки та заліку з дисципліни «Фізична культура»

Інше (вказіть) _____.

7. Яким формам організації фізкультурно-оздоровчої діяльності Ви надаєте перевагу?

Індивідуальна

Групова

Самостійна

Колове тренування

8. Чи достатня у Вас рухова активність на тиждень?

Так

Ні

Не знаю

9. Назвіть причини, які заважають Вам займатися фізкультурно-оздоровчою діяльністю?

Не маю друзів, з якими б відвідував заняття.

Недостатньо часу.

Відсутність фізкультурно-оздоровчих груп, що мене цікавлять.

Велике навантаження (домашнє/навчальне).

Не маю змоги оплачувати заняття.

Не маю потрібних знань для заняття.

Взагалі не маю бажання займатися.

Немає зручного і гарного спортивного одягу.

Відсутність підтримки з боку родини.

Інше (вказіть)_____.

10. Чи маєте Ви друзів, які регулярно займаються фізкультурно-оздоровчою діяльністю?

Так

Ні

11. Чи виконуєте Ви фізичні вправи в домашніх умовах?

Так

Ні

Рідко

12. Якщо Ви не виконуєте фізичні вправи в домашніх умовах, то з якої причини?

Відсутність умов для їх виконання.

Не бачу сенсу.

Не маю бажання.

Отримую достатньо навантаження на заняттях з обраного виду спорту або фізкультурно-оздоровчої діяльності.

13. Які фактори здорового способу життя Ви використовуєте?

Гігієна.

Дотримання режиму дня.

Процедури загартування.

Дотримання правильного харчування.

Відсутність шкідливих звичок.

Рухова активність.

14. Які умови Ви вважаєте основними для залучення населення до фізкультурно-оздоровчої діяльності?

Сформованість культури здоров'я населення.

Індивідуальне усвідомлення важливості рухової активності серед населення.

Наявність сучасної спортивної бази.

Професіоналізм педагогів, інструкторів, тренерів.

Наявність вільного часу.

Інші умови (вказіть, які саме)_____.

15. Що Ви думаєте стосовно можливостей оптимізації рухового режиму?

Активніше популяризувати фізкультурно-оздоровчу діяльність серед населення.

Розроблення методичних вказівок та мобільних додатків з методики самостійних фізкультурно-оздоровчих занять та контролю власного здоров'я.

Організувати масові спортивно-оздоровчі заходи із залученням всіх охочих.

Розширення спортивно-оздоровчих секцій для різних груп населення.

Розвиток спортивної інфраструктури загального та вільного користування.

Реалізація проєктів спрямованих на здоров'язбереження населення.

Інші заходи (вказати, які саме)_____.

ДОДАТОК Б

Анкета «Коротка форма для оцінювання здоров'я – 36»

Будь-ласка, відповідайте на кожне запитання. Деякі питання схожі між собою за формою, але відрізняються за змістом. Для кожного запитання виберіть лише одну відповідь. Якщо ви не впевнені в тому, як відповісти на питання, будь ласка, виберіть ту відповідь, яка точніше відображає вашу думку.

ПІБ _____ вік _____ стать _____

1. Ваше здоров'я взагалі є...

- ☐ 1 прекрасне;
☐ 2 дуже добре;
☐ 3 добре;
☐ 4 задовільне;
☐ 5 погане.

2. Як Ви загалом оцінюєте Ваше здоров'я в теперішній час порівняно з тим, що було рік тому?

- ☐ 1 набагато краще, ніж рік тому;
☐ 2 трохи краще, ніж рік тому;
☐ 3 майже таке саме, як рік тому;
☐ 4 трохи гірше, ніж рік тому;
☐ 5 набагато гірше, ніж рік тому

3. Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.

Чи Ваш стан здоров'я в цей час перешкоджає Вам виконувати певні дії впродовж звичайного дня? Якщо перешкоджає, то наскільки? (У кожній лінійці відзначте клітинку, що найкраще описує Вашу відповідь).

	так, дуже перешкоджає	так, перешкоджає помірно	ні, не перешкоджає зовсім
а) енергійні дії (піднімати вагу, бігати, брати участь у спортивних змаганнях, тощо)	1	2	3
б) помірна активність (прибрати у квартирі, пилососити, пересувати неважкі меблі)	1	2	3
в) піднімати або носити сумки з продуктами	1	2	3
г) підніматися на декілька поверхів сходами	1	2	3
д) підніматися на один поверх сходами	1	2	3
е) нахилитися, стати навколішки, зігнутися	1	2	3
є) пройти понад один кілометр	1	2	3
ж) пройти декілька кварталів	1	2	3
з) пройти один квартал	1	2	3
і) самостійно митися та вдягатися	1	2	3

4. Чи мали Ви якісь труднощі з виконанням своєї роботи чи іншої щоденної діяльності через Ваш фізичний стан за останні чотири тижні?

А) менше часу працювали

☐ ₁ так; ☐ ₂ ні

Б) зробили менше, ніж хотіли

☐ ₁ так; ☐ ₂ ні

В) були обмежені в деяких діях

☐ ₁ так; ☐ ₂ ні

Г) мали труднощі під час виконання роботи (наприклад, втратили на неї більше часу)

☐ ₁ так; ☐ ₂ ні

5. Чи мали Ви за останні чотири тижні труднощі з роботою чи іншою щоденною діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, стурбованість)?

А) менше часу провели за роботою

☐ ₁ так; ☐ ₂ ні

Б) зробили менше, ніж хотіли

☐ ₁ так; ☐ ₂ ні

В) не могли працювати як звичайно

☐ ₁ так; ☐ ₂ ні

6. Наскільки часто за останні чотири тижні Ваші проблеми із здоров'ям, емоційним станом перешкоджали Вашому соціальному спілкуванню (з сім'єю, друзями, сусідами, колективом)?

☐ ₁ зовсім не заважали;

☐ ₂ дещо заважали;

☐ ₃ помірно заважали;

☐ ₄ лише трохи заважали;

☐ ₅ дуже заважали.

7. Чи зазнали Ви фізичного болю за останні чотири тижні і якою мірою?

☐ ₁ ніякого;

☐ ₂ дуже слабкого;

☐ ₃ слабкого;

☐ ₄ помірного;

☐ ₅ сильного;

☐ ₆ дуже сильного.

8. Наскільки за останні чотири тижні біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включно з роботою за межами дому і роботою по дому)?

☐ ₁ зовсім не перешкоджав;

☐

- ☐ 2 зовсім мало перешкоджав;
☐ 3 помірно перешкоджав;
☐ 4 перешкоджав;
☐ 5 надзвичайно перешкоджав.

9. Це запитання стосовно того, як Ви себе почували та що відбувалося з Вами впродовж останніх чотирьох тижнів. Для кожного запитання, будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх чотирьох тижнів. Скільки часу впродовж останніх чотирьох тижнів Ви...

	увесь час	більшість часу	часто	інколи	зрідка	ніколи
а) почувалися сповненим життя	1	2	3	4	5	6
б) були дуже дратівливим	1	2	3	4	5	6
в) почувалися таким пригніченим, що ні з чого не раділи	1	2	3	4	5	6
г) почувалися спокійним	1	2	3	4	5	6
д) почувалися сповненим (ною) енергії	1	2	3	4	5	6
е) почувалися засмученим (ною) виснаженим (ною) душевно	1	2	3	4	5	6
є) почувалися виснаженим (ною) фізично	1	2	3	4	5	6
ж) були щасливим (вою)	1	2	3	4	5	6
з) почувалися втомленим (ною)	1	2	3	4	5	6

10. Як часто за останні чотири тижні стан фізичного здоров'я емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів, тощо)?

- ☐ 1 увесь час;
☐ 2 більшість часу;
☐ 3 деякий час;
☐ 4 небагато часу;
☐ 5 ніколи.

11. Наскільки правильне або неправильне кожне з тверджень щодо Вас?

А. Мені здається, що я можу захворіти легше, ніж інші

- ☐ 1 увесь час;
☐ 2 більшість часу;
☐ 3 деякий час;
☐ 4 небагато часу;
☐ 5 ніколи.

Б. Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю

- ☐ 1 цілком правильно;
☐ 2 загалом правильно;
☐ 3 не знаю;

- ☐ 4 загалом неправильно;
- ☐ 5 цілком неправильно.

В. Я передчуваю погіршення здоров'я.

- ☐ 1 цілком правильно;
- ☐ 2 загалом правильно;
- ☐ 3 не знаю;
- ☐ 4 загалом неправильно;
- ☐ 5 цілком неправильно.

Г. Моє здоров'я прекрасне.

- ☐ 1 цілком правильно;
- ☐ 2 загалом правильно;
- ☐ 3 не знаю;
- ☐ 4 загалом неправильно;
- ☐ 5 цілком неправильно.

ДОДАТОК В

ОПИТУВАЛЬНИК ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Вам необхідно відповісти на низку запитань. Щоб відповіді можна було виміряти кількісно, пропонуються шкали по 100 балів. 0 балів означає дуже поганий стан, а 100 балів - дуже хороший стан. Обведіть цифру, що відповідає вашому стану справ. Необхідно відповідати так, як це з вами буває в типових випадках, найбільш часто. Намагайтеся відповідати щиро.

ПІБ _____ вік _____ стать _____

1. Гроші, матеріальний достаток

1.1. Чи задоволені ви добробутом вашої родини

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

1.2. Чи задоволені ви своїм особистим заробітком

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

2. Квартира, житлові умови

2.1 Чи задоволені ви розмірами житлової площі

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

2.2. Чи задоволені ви впорядкованістю квартири (меблі, побутові прилади і т. п.)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

3 Екологія, побут в районі проживання

3.1. Чи задоволені ви кліматичними умовами в місці проживання (вітер, вологість, температура і т. п.)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

3.2. Чи задоволені ви екологічними умовами в місці проживання (Шум, пил і т. п.)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

3.3. Чи задоволені ви побутовими умовами в місці проживання (магазини, послуги і т. п.)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

4. Сім'я

4.1 Наскільки ви вважаєте своє сімейне життя щасливим

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

5. Харчування

5.1 Чи задоволені ви різноманітністю споживаних продуктів харчування

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно немає

повністю так

5.2 Чи задоволені ви кількістю їжі, яка споживається за добу

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно немає

повністю так

6. Любов, сексуальні почуття

6.1 Чи задоволені ви своїм сексуальним життям

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

7. Розваги, відпочинок, спортивні заняття

7.1 Чи задоволені ви своїм добовим сном

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

7.2. Чи задоволені ви своєю фізичною активністю

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно ні

повністю так

8. Положення в суспільстві

8.1. Чи задоволені ви своїм становищем у суспільстві

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

не вдалося досягти нічого

вдалося досягти багато

9. Робота

9.1 Відносини з керівником

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

погані

чудові

9.2 Відносини з колегами по роботі

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Погані

чудові

9.3. Можливість професійного зростання або просування по службі

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

ніякої перспективи

перспектива прекрасна

9.4 Задоволеність своєю роботою

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

ніякого задоволення

повне задоволення

10. Духовні потреби

10.1. Чи вважаєте ви своє життя духовно багатим (література, мистецтво природа і т. п.)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

духовно бідне

духовно збагачене

11. Соціальна підтримка

11.1 В разі серйозних неприємностей можете ви розраховувати на підтримку сім'ї, родичів, друзів?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

абсолютно не можу

можу розраховувати, як на себе

12. Здоров'я, благополуччя родичів

12.1 Здоров'я дітей

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Погано

чудове

12.2. Здоров'я дружини / чоловіка

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Погане

чудове

13. Оцініть стан свого здоров'я

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
дуже погане									дуже гарне	

14. Оцініть свій душевний стан останнім часом

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
дуже погане									дуже гарне	

15. Оцініть в цілому, як складається ваше життя

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Погано									дуже добре	

ДОДАТОК Г

Тест диференційованої самооцінки функціонального стану (САН)

У кожному рядку виберіть із двох протилежних ознак ту, яка відповідає Вашому стану на даний момент і позначте, якою мірою виражена ця ознака:

3 - дана ознака дуже виражена

2 - ознака виражений у середньому ступені

1 - ознака слабо виражений

0 - важко віддати перевагу якійсь із двох протилежних ознак

ПІБ _____ вік _____ стать _____

1.	САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ	3 2 1 0 1 2 3	САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ
2.	ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ	3 2 1 0 1 2 3	ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ
3.	ПАСИВНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	АКТИВНИЙ
4.	МАЛОРУХОМИЙ	3 2 1 0 1 2 3	РУХЛИВИЙ
5.	ВЕСЕЛИЙ	3 2 1 0 1 2 3	СУМНИЙ
6.	ГАРНИЙ НАСТРІЙ	3 2 1 0 1 2 3	ПОГАННИЙ НАСТРІЙ
7.	ПРАЦЕЗДАТНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	РОЗБИТИЙ
8.	ПОВНИЙ СИЛ	3 2 1 0 1 2 3	ЗНЕСИЛЕНИЙ
9.	ПОВІЛЬНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ШВИДКИЙ
10	БЕЗДІЯЛЬНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ДІЯЛЬНИЙ
11	ЩАСЛИВИЙ	3 2 1 0 1 2 3	НЕЩАСНИЙ
12	ЖИТТЄРАДІСНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ПОХМУРИЙ
13	НАПРУЖЕНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	РОЗСЛАБЛЕНИЙ
14	ЗДОРОВИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ХВОРИЙ
15	БЕЗУЧАСНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ЗАХОПЛЕНИЙ

16	БАЙДУЖИЙ	3 2 1 0 1 2 3	СХВИЛЬОВАНИЙ
17	ЗАХОПЛЕНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	СУМОВИТИЙ
18	РАДІСНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ЗАСМУЧЕНИЙ
19	ВІДПОЧИВШИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ВТОМЛЕНИЙ
20	СВІЖИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ВИСНАЖЕНИЙ
21	СОНЛИВИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ЗБУДЖЕНИЙ
22	БАЖАННЯ ВІДПОЧИТИ	3 2 1 0 1 2 3	БАЖАННЯ ПРАЦЮВАТИ
23	СПОКІЙНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ЗАКЛОПОТАНИЙ
24	ОПТИМІСТИЧНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ПЕСИМІСТИЧНИЙ
25	ВИТРИВАЛИЙ	3 2 1 0 1 2 3	ТАКИЙ. ЩО ШВИДКО СТОМЛЮЄТЬСЯ
26	БАДЬОРИЙ	3 2 1 0 1 2 3	В'ЯЛИЙ
27	МІРКУВАТИ ВАЖКО	3 2 1 0 1 2 3	МІРКУВАТИ ЛЕГКО
28	РОЗСІЯНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	УВАЖНИЙ
29	ПОВНИЙ НАДІЙ	3 2 1 0 1 2 3	РОЗЧАРОВАНИЙ
30	ЗАДОВОЛЕНИЙ	3 2 1 0 1 2 3	НЕВДОВОЛЕНИЙ

У кожному рядку виберіть із двох протилежних ознак ту, яка відповідає Вашому стану на даний момент і позначте, якою мірою виражена ця ознака:

2 - ознака виражений у середньому ступені

1 - ознака слабо виражений

0 - важко віддати перевагу якійсь із двох протилежних ознак

ПБ ВК статья

1. Активний	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Пасивний
2. Сумний	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Веселий
3. Навколишнє цікавить	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Навколишнє байдуже
4. Голова важка	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Голова легка
5. Бажання працювати	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Бажання відпочити
6. Розслаблений	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Напружений
7. Здоровий	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Хворий
8. Розсіяний	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Уважний
9. Самопочуття хороше	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Самопочуття погане
10. Відчуваю себе слабким	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Відчуваю себе сильним
11. Бажання сміятися	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Бажання плакати
12. Голодний	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Ситий
13. Спокійний	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Відчуваю занепокоєння
14. Дихати важко	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	Дихати легко

ДІАГНОСТИКА ТРИВОЖНОСТІ

Уважно прочитай кожен пропозицію і виріши, чи можеш ти приналежити його до себе, чи правильно воно описує тебе, твоє поведіння, якості. Якщо так, підкресли слово "вірно", якщо ні - "невірно". Не думай над відповіддю довго. Якщо не можеш вирішити, вірно або невірно те, про що йдеться в реченні, вибирай те, що буває, як тобі здається, частіше. Не можна давати на одну пропозицію відразу дві відповіді (тобто підкреслювати обидва варіанти). Не пропускай пропозиції, відповідай на всі поспіль.

ПІБ _____ вік _____ стать _____

1	Тобі важко думати про що - небудь одному.	ВІРНО	НЕВІРНО
2	Тобі неприємно, якщо за тобою спостерігають, коли ти що - небудь робиш.	ВІРНО	НЕВІРНО
3	Тобі дуже хочеться бути у всьому найкращим.	ВІРНО	НЕВІРНО
4	Ти легко червонієш.	ВІРНО	НЕВІРНО
5	Усі твої знайомі тобі подобаються.	ВІРНО	НЕВІРНО
6	Нерідко ти зауважуєш, що в тебе сильно б'ється серце.	ВІРНО	НЕВІРНО
7	Ти дуже сильно соромишся.	ВІРНО	НЕВІРНО
8	Буває, що тобі хочеться бути якомога далі від того місця, де ти знаходишся.	ВІРНО	НЕВІРНО
9	Тобі здається, що у інших все виходить краще, ніж у тебе.	ВІРНО	НЕВІРНО
10	В іграх ти більше любиш вигравати, ніж програвати.	ВІРНО	НЕВІРНО

11	У глибині душі ти багато чого боїшся.	ВІРНО	НЕВІРНО
12	Ти часто відчуваєш, що інші незадоволені тобою.	ВІРНО	НЕВІРНО
13	Ти боїшся залишатися вдома один.	ВІРНО	НЕВІРНО
14	Тобі важко зважитися на що - або.	ВІРНО	НЕВІРНО
15	Ти нервуєш, якщо тобі не вдається зробити те, що хочеться.	ВІРНО	НЕВІРНО
16	Часто тебе що - то мучить, а що - незрозуміло.	ВІРНО	НЕВІРНО
17	Ти завжди і з усіма ввічливий.	ВІРНО	НЕВІРНО
18	Тебе турбує, що скажуть батьки.	ВІРНО	НЕВІРНО
19	Тебе легко розлютити.	ВІРНО	НЕВІРНО
20	Часто тобі важко дихати.	ВІРНО	НЕВІРНО
21	Ти завжди добре поводишся.	ВІРНО	НЕВІРНО
22	У тебе пітніють руки.	ВІРНО	НЕВІРНО
23	В туалет тобі треба ходити частіше, ніж іншим дітям.	ВІРНО	НЕВІРНО
24	Інші хлопці більш вдалим тебе.	ВІРНО	НЕВІРНО
25	Для тебе важливо, що про тебе думають інші.	ВІРНО	НЕВІРНО
26	Часто тобі важко ковтати.	ВІРНО	НЕВІРНО
27	Часто ти турбуєшся з - за того, що, як з'ясується пізніше, не має значення.	ВІРНО	НЕВІРНО
28	Тебе легко образити.	ВІРНО	НЕВІРНО
29	Тебе весь час мучить, вселив ти робиш правильно, так, як слід.	ВІРНО	НЕВІРНО

30	Ти ніколи не хвалишся	ВІРНО	НЕВІРНО
31	Ти боїшся того, що з тобою може що - то статися.	ВІРНО	НЕВІРНО
32	Увечері тобі важко заснути.	ВІРНО	НЕВІРНО
33	Ти дуже переживаєш через - за відміток.	ВІРНО	НЕВІРНО
34	Ти ніколи не запізнюєшся.	ВІРНО	НЕВІРНО
35	Часто ти відчуваєш непевність у собі.	ВІРНО	НЕВІРНО
36	Ти завжди говориш тільки правду.	ВІРНО	НЕВІРНО
37	Ти відчуваєш, що тебе ніхто не розуміє.	ВІРНО	НЕВІРНО
38	Ти боїшся, що тебе скажуть: "Ти все робиш погано".	ВІРНО	НЕВІРНО
39	Ти боїшся темряви.	ВІРНО	НЕВІРНО
40	Тобі важко зосередитися на навчанні.	ВІРНО	НЕВІРНО
41	Іноді ти злишся.	ВІРНО	НЕВІРНО
42	У тебе часто болить живіт.	ВІРНО	НЕВІРНО
43	Тобі буває страшно, коли ти перед сном залишаєшся один у темній кімнаті.	ВІРНО	НЕВІРНО
44	Ти часто робиш те, чого не варто було б робити.	ВІРНО	НЕВІРНО
45	У тебе часто болить голова.	ВІРНО	НЕВІРНО
46	Ти турбуєшся, що з твоїми батьками що - небудь трапиться.	ВІРНО	НЕВІРНО
47	Іноді ти не виконуєш свої обіцянки.	ВІРНО	НЕВІРНО
48	Ти швидко втомлюєшся.	ВІРНО	НЕВІРНО
49	Ти часто грубиш батькам і іншим дорослим.	ВІРНО	НЕВІРНО

50	Тобі нерідко сняться страшні сні.	ВІРНО	НЕВІРНО
51	Тобі здається, що інші хлопці сміються над тобою.	ВІРНО	НЕВІРНО
52	Буває, що ти брешеш.	ВІРНО	НЕВІРНО
53	Ти боїшся, що з тобою трапиться що - небудь погане.	ВІРНО	НЕВІР

ДОДАТОК Ж

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО - ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ К. РОДЖЕРСА - Р. ДАЙМОНДА

ПІБ _____ вік _____ стать _____

Пропонуємо прочитати висловлювання та порівняти їх зі своїм досвідом

У бланку слід зазначити відповідь, базуючись на таких оцінках:

0 - це мене зовсім не стосується;

1 - це мене не стосується;

2 - мабуть, це мене не стосується;

3 - не знаю, чи це мене стосується;

4 - це схоже на мене, але травню сумніви;

5 - це схоже на мене;

6 - це точно я.

№	Твердження	0	1	2	3	4	5	6
1.	Відчуваю незручність, коли вступаю з кимось у діалог							
2.	Не має бажання розкриватися перед іншими.							
3.	У всьому подобається ризик, боротьба, змагання.							
4.	Маю до себе високі вимоги.							
5.	Часто сварю себе за те, що зробив.							
6.	Часто відчуваю себе пригніченим.							
7.	Маю сумніви, що можу подобатися особам протилежної статі.							
8.	Свої обіцянки виконую завжди.							
9.	Теплі, добрі стосунки з оточуючими.							
10.	Людина стримана, замкнена, тримаюся осторонь.							
11.	У невдачах звинувачую себе.							
12.	Людина відповідальна, на яку можна покластися.							
13.	Відчуваю, що не в змозі змінити щось, всі зусилля марні.							
14.	На багато що, дивлюся очима однолітків.							
15.	Приймає в цілому ті правила й вимоги, яких варто дотримуватись.							
16.	Власних переконань і правил не вистачає.							
17.	Подобається мріяти, іноді – втягує, важко повертатися від мрії до реальності.							
18.	Завжди готовий до захисту і навіть нападу; переживаю образи болісно, розмірковуючи над способами помсти.							
19.	Умію керувати собою і власними вчинками, примушувати себе або дозволяти собі; самоконтроль для мене - не проблема.							
20.	Часто змінюється настрій, настає нудьга.							
21.	Все що стосується інших не хвилює. Зосереджений на собі, зайнятий собою.							
22.	Люди, як правило, мені подобаються.							
23.	Не соромлюся своїх почуттів, відкрито їх виражаю.							
24.	Серед великого скупчення людей відчуваю себе дещо самотньо.							
25.	Нині бажаю все покинути, кудись сховатися.							
26.	З оточуючими зазвичай вільно спілкуюся.							
27.	Важко боротися із самим собою.							
28.	Напружено сприймаю доброзичливе ставлення оточуючих, вважаю що не заслуговую на нього.							
29.	У душі - оптиміст, вірю у найкраще.							
30.	Людина вперта, таких називають важкими.							
31.	До людей критичний, засуджую їх, якщо вважаю що самі цього заслуговують.							
32.	Часто відчуваю себе не тим, хто веде, а тим, кого ведуть: мені не завжди вдається думати і діяти самостійно.							

33.	Більшість із тих, хто мене знає, добре до мене ставиться, любить мене.								
34.	Іноді бувають такі думки, про які не хочеться комусь розповідати.								
35.	Людина з привабливою зовнішністю.								
36.	Відчуваю себе безпомічним, маю потребу відчувати когось поруч.								
37.	Прийнявши рішення, виконую його.								
38.	Приймаючи самостійні рішення, не можу звільнитися від впливу інших людей.								
39.	Відчуваю почуття провини, навіть коли звинувачувати себе немає сенсу.								
40.	Відчуваю неприязнь до того, що його оточує.								
41.	Всім задоволений.								
42.	Почуваюся погано: не можу організувати себе.								
43.	Відчуваю млявість. Все що раніше хвилювало, стало байдужим.								
44.	Врівноважений, спокійний.								
45.	Роздратований, часто не можу стриматися.								
46.	Часто відчуваю себе ображеним.								
47.	Людина спонтанна, нетерпляча, гарячкувата. Бракує стриманості.								
48.	Буває, що поширюю плітки.								
49.	Не дуже довіряю своїм відчуттям, вони іноді підводять мене.								
50.	Досить важко бути самим собою.								
51.	На першому місці - думки, а не почуття, перед тим як щось зробити, добре поміркую.								
52.	Те, що відбувається, трактую по- своєму, здатен нафантазувати зайве.								
53.	Терплячий до інших і приймаю іншого таким, яким він є.								
54.	Намагаюся не думати про свої проблеми.								
55.	Вважаю себе цікавою людиною, привабливою як особистість, помітною.								
56.	Людина сором'язлива.								
57.	Обов'язково треба нагадувати, підштовхувати, щоб доводив справу до кінця.								
58.	У душі відчуваю перевагу над іншими.								
59.	Немає нічого, у чому б виявив індивідуальність, своє "Я".								
60.	Боюся думок інших про себе.								
61.	Чеснолюбивий, небайдужий до успіху, схвалення, у тому, що для мене важливо, намагаюся бути кращим.								
62.	Людина, у якої на даний момент багато такого, що викликає презирство.								
63.	Людина діяльна, енергійна, ініціативна.								
64.	Пасую перед труднощами й ситуаціями, які загрожують ускладненнями.								
65.	Просто недостатньо оцінюю себе.								
66.	Ватажок, вмію впливати на інших.								
67.	Ставлюся до себе в цілому добре.								
68.	Людина наполеглива, мені завжди важливо зробити все по- своєму.								
69.	Не подобається, коли з кимось порушуються відносини, особливо якщо починаються сварки.								
70.	Досить довго не можу прийняти рішення, потім маю сумніви щодо його правильності.								
71.	Розгублений, невпевнений у собі.								
72.	Задоволений собою.								
73.	Мені часто не щастить.								
74.	Людина приємна, приваблива інших.								
75.	Можливо, не дуже вродливий, але можу подібатись як людина, особистість.								
76.	З презирством ставлюся до осіб протилежної статі й не маю контактів з ними.								
77.	Коли треба щось зробити, мене охоплює страх, сумніви.								

78.	Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б.								
79.	Умію наполегливо працювати.								
80.	Відчуваю, що расту, дорослішаю, змінююся сам і змінюється ставлення до навколишнього світу.								
81.	Іноді говорю про те, про що насправді не маю уявлення.								
82.	Завжди кажу тільки правду.								
83.	Схвильований, напружений.								
84.	Щоб я щось зробив, треба вперто наполягати на цьому.								
85.	Відчуваю невпевненість у собі.								
86.	Обставини часто змушують захищати себе, виправдовуватись і обґрунтовувати свої вчинки.								
87.	Людина поступлива, м'яка у ставленні до інших.								
88.	Людина, якій подобається міркувати.								
89.	Іноді подобається хизуватися.								
90.	Приймаю рішення і відразу змінюю їх, звинувачую себе у відсутності волі, а вдіяти з собою нічого не можу.								
91.	Намагаюся покладатися на свої сили, не розраховую на чийсь допомогу.								
92.	Ніколи не запізнююся.								
93.	Відчуваю внутрішню несвободу.								
94.	Відрізняюся від інших.								
95.	Не дуже надійний, на мене не можна покластися.								
96.	Добре себе розумію, все в собі приймаю.								
97.	Товариська, відкрита людина, легко спілкуюся з людьми.								
98.	Сили і здібності відповідають тим завданням, які треба вирішувати, все можу виконати.								
99.	Себе не ціную, ніхто мене не сприймає серйозно, в кращому випадку всі до мене ставляться поблажливо, просто терплять.								
100.	Хвилююся, що забагато переймаюся особами протилежної статі.								
101.	Всі свої звички вважаю позитивними.								

ДОДАТОК 3

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТОВАНOSTІ

ПІБ _____ вік _____ стать _____

Якщо ці твердження справедливі (на вашу думку), то позначте значком "+" у стовпчику "Так". Якщо несправедливі, то поставте "+" - у стовпчику "Ні".

Твердження	ТАК	НІ
1. Я часто відчуваю нудоту		
2. Працюючи, я втомлююсь		
3. Я не можу зосередитись на чомусь одному		
4. Я хвилююсь з будь-якої причини		
5. Коли я щось роблю, мої руки тремтять		
6. Я часто хвилююсь		
7. Мені часто сняться страшні сни		
8. Я пітнію навіть у холодну погоду		
9. Я постійно відчуваю голод		
10. Мене часто непокоїть шлунок		
11. Іноді через хвилювання не можу спати		
12. Мене легко вивести з рівноваги		
13. Я більш чутливий ніж інші		
14. Я часто через щось хвилююсь		
15. Дуже прикро, що я не такий щасливий, як інші		
16. Я легко можу заплакати		
17. Коли мені доводиться чекати, це мене дратує		
18. Іноколи я відчуваюсь таким метушливим, що не можу всидіти на одному місці		
19. Я боюсь труднощів		
20. Іноді я відчуваю свою непотрібність		
21. Я сором'язлива людина		
22. Я думаю, що для в усьому світі багато труднощів		
23. Я завжди напружений		
24. Іноді я відчуваюсь розвигим		
25. Я уникаю труднощів		

ДОДАТОК И

ОПИТУВАЛЬНИК ОЦІНКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

ПІБ _____ вік _____ стать _____

Оцініть, наскільки часто ви відчуваєте або проявляєте зазначені емоції, використовуючи шкалу від 1 до 5, де: 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – інколи, 4 – часто, 5 – постійно.

	1	2	3	4	5
Прояв агресії					
○ Я легко виходжу з рівноваги.					
○ У конфліктних ситуаціях я часто реагую агресивно.					
○ Я відчуваю потребу фізично або словесно виражати своє незадоволення.					
Відчуття пригнічення					
○ Я часто почуваюся виснаженим(ою) або безсил(ою).					
○ Мені здається, що я не можу впоратися з життєвими труднощами.					
○ У мене немає бажання займатися звичними справами.					
Відчуття страху					
○ Я часто переживаю через майбутнє.					
○ Я уникаю певних ситуацій, оскільки боюся можливих наслідків.					
○ Мені важко контролювати почуття тривоги.					
Прояв дратівливості					
○ Дрібниці часто викликають у мене роздратування.					
○ Я легко злюся на людей або ситуації.					
○ Я відчуваю нервову напругу протягом дня.					
Віра в те, що все буде добре					
○ Я вірю, що ситуація навколо мене покращиться.					
○ Незважаючи на труднощі, я налаштований(а) оптимістично.					
○ Я вмію знаходити позитив у будь-яких обставинах.					
Віра у перемогу					
○ Я впевнений(а), що можу досягти своїх цілей, незважаючи на труднощі.					
○ Я вірю, що в кінцевому підсумку добро переможе.					
○ Я готовий(а) діяти для досягнення успіху та перемоги.					

ДОДАТОК І

Бланк
тесту на знання факторів ризику та клінічних особливостей раку
молочної залози й процедури самообстеження

Ім'я та Прізвище учасника _____ Дата _____

1. Який вид раку є найбільш поширений у структурі онкологічної захворюваності та смертності у жінок в Україні?

- а) шийки матки;
- б) шлунка;
- в) колоректальний;
- г) молочної залози.

2. В якому віці жінки частіше хворіють на рак молочної залози?

- а) 65-85 років;
- б) 45-65 років;
- в) 25-45 років.

3. Яким чином прийом оральних контрацептивів впливає на розвиток раку молочної залози?

- а) сприяє зменшенню частоти раку молочної залози у жінок;
- б) сприяє збільшенню частоти раку молочної залози;
- в) ніяк не впливає;
- г) зменшує ризик за рахунок тривалого застосування.

4. Які є чинники ризику розвитку раку молочної залози (можливі декілька правильних відповідей)?

- а) серцево-судинна недостатність;
- б) раннє менархе;
- в) рак молочної залози у кровних родичок;
- г) відсутність вагітності;
- д) вживання естрогенів з метою контрацепції чи лікування.

5. Який метод лікування раку молочної залози застосовується найчастіше?

- а) комплексний;
- б) хірургічний;
- в) хіміотерапевтичний;
- г) променевий.

6. З якого віку показана періодична мамографія з метою скринінгу раку молочної залози?

- а) з 25-35 років;
- б) з 35-40 років;
- в) з 40 років.

7. Який метод скринінгу раку молочної залози є найбільш інформативним для жінок старших за 40 років?

- а) мамографія;
- б) УЗД молочних залоз;
- в) самообстеження;
- г) клінічний огляд.

8. Як часто потрібно проводити самообстеження молочних залоз жінкам, які менструють?

- а) 1 раз на місяць на 5 - 9 день менструального циклу;
- б) щотижня;
- в) 1 раз на 3 місяці на 10 - 12 день менструального циклу;
- г) 1 раз на 6 місяців на 5 - 9 день менструального циклу.

9. Назвіть візуальні ознаки дифузної клінічної форми раку молочної залози(можливі декілька правильних відповідей)

- а) наявність гіперемії шкіри;
- б) пастозність молочної залози;
- в) позитивний симптом «лимонної кірки»;
- г) наявність локалізованого вузла.

10. Назвіть шкірні симптоми раку молочної залози

- а) ретракція соска;
- б) наявність виразок та тріщин;
- в) втягіння шкіри;
- г) потовщення складок ареоли;
- д) все зазначене вище.

11. Назвіть перший етап самообстеження молочних залоз

- а) пальпація пахвових лімфатичних вузлів;
- б) огляд білизни;
- а) огляд в положенні стоячи (руки опущені, руки на поясі, руки за головою);
- в) пальпація молочної залози в положенні лежачи.

12. Назвіть другий етап самообстеження молочних залоз

- б) пальпація пахвових лімфатичних вузлів;
- в) огляд білизни;
- г) огляд в положенні стоячи (руки опущені, руки на поясі, руки за головою);
- д) пальпація молочної залози в положенні лежачи.

13. Назвіть третій етап самообстеження молочних залоз

- а) пальпація пахвових лімфатичних вузлів;
- б) огляд білизни;
- е) огляд в положенні стоячи (руки опущені, руки на поясі, руки за головою);
- в) пальпація молочної залози в положенні лежачи.

14. На що звертають увагу під час самообстеження молочних залоз?

- а) асиметричність контурів молочних залоз;
- б) наявність епідермальних нащарувань;
- в) втягіння соска;

- г) наявність зморшкуватості шкіри;
- д) все зазначене вище.

15. У якому положенні відбувається пальпація молочних залоз?

- а) у вихідному положенні лежачи з валиком під грудною кліткою;
- б) у вихідному положенні лежачи з валиком під шийним відділом хребта;
- в) у вихідному положенні лежачи з валиком під поперековим відділом хребта;
- г) у вихідному положенні стоячи.

16. Яким чином проводиться пальпація молочних залоз?

- а) однойменною рукою з боку обстежуваної молочної залози;
- б) контрлатеральною рукою з боку обстежуваної молочної залози;
- в) обома руками одночасно.

17. Назвіть положення руки з боку обстежуваної молочної залози під час самообстеження (можливі декілька правильних відповідей)

- а) рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
- б) рука спрямована уверх за голову;
- в) рука спрямована у бік;
- г) рука розташована на грудній клітці.

18. Пальпацію проводять:

- а) подушечками II-IV пальців;
- б) подушечками II-III пальців;
- в) подушечкою вказівного пальця;
- г) подушечкою великого пальця.

19. Назвіть методики пальпації

- а) спіральноподібна;
- б) горизонтальна;
- в) секторальна;
- г) вертикальна.

20. Які ділянки лімфовідтоку підлягають пальпації (можливі декілька правильних відповідей)?

- а) підпахвинні лімфовузли;
- б) надключичні лімфовузли;
- в) підключичні лімфовузли;
- г) парастернальні лімфовузли.

Список опублікованих праць за темою дисертації

Наукові праці, що розкривають основні результати

1. Współczesne trendy rozwoju rekreacji i rehabilitacji w XXI wieku. W: Skaliy A, Kokhan S, redaktorzy. Współczesne trendy rozwoju rekreacji i rehabilitacji w XXI wieku: monografia zbiorowa. Bydgoszcz: Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy; 2020. 382 s. *Особистий внесок здобувача полягає у формуванні загальної концепції та проблематики монографії, узагальненні результатів наукових досліджень, розробленні висновків і рекомендацій.*
2. Skaliy A. Preparing and conducting hiking trips with students: monograph. Bydgoszcz: Bydgoszcz WSG University; 2023. 239 p.
3. Novopysmennyi S, Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grygus I, Muszkieta R, Napierała M, Hagner-Derengowska M, Ostrowska M, Smoleńska O., Skaliy A, Zukow W, Stankiewicz B. Implementation of electronic health control technologies in higher education institutions. Journal of Physical Education and Sport. 2020;20(2):921–8. DOI: 10.7752/jpes.2020.s2131. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*
4. Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grynova M, Grygus I, Skaliy A, Hagner-Derengowska M, Napierała M, Muszkieta R, Zukow W. Historical Retrospective of the Development of Scientific Approaches to Health-Saving Activity in Society. International Journal of Applied Exercise Physiology. 2020;9(1):31–8. <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000513670400005>. Періодичне видання іншої держави (Ірану), внесене до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

5. Momot O, Diachenko-Bohun M, Hrytsai N, Grygus I, Stankiewicz B., Skaliy A, Hagner-Derengowska M, Napierała M, Muszkieta R, Ostrowska M, Zukow W. Creation of a healthcare environment at a higher educational institution. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;20:975–81. DOI:10.7752/jpes.2020.s2138. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

6. Одинець Т, Бріскін Ю, Скалій О, Скалій Т. Навчання самообстеженню молочних залоз в рамках реалізації міжнародного проєкту RITA – «Зміни в регіоні» для академічної спільноти закладів вищої освіти та факультетів фізичного виховання та спорту. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020;5;5(27):219–22. DOI: 10.26693/jmbs05.05.219. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, у формулюванні висновків.*

7. Мулик К, Гриньова Т, Скалій О, Бершов С, Корнієнко В. Рівень розвитку сили студентів, які займаються у спортивних секціях зі скелелазіння із застосуванням вправ на різних тренажерах. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2021;5(85):5–10. <https://doi.org/10.15391/sns.v.2021-5.001>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

8. Mulyk K, Skaliy A, Ruban L, Duhina L, Skaliy T, Nowikiewicz T, Kowalski W. Implementation of the Polish-Ukrainian project "Self-diagnosis of breast cancer in young Ukrainian women" within the framework of the RITA program – changes in the region at the Kharkiv State Academy of Physical Culture. *Wiadomości lekarskie*. 2022;75(2):366–71. DOI: 10.36740/WLek202202107. Періодичне видання іншої держави (Польщі), внесене до міжнародної

наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

9. Ostrowski A, Stanula A, Ambroży T, Rydzik Ł, Skaliy A, Skalski D, Kaganek K, Mulyk K. Physical effort and pace of MTB and eMTB bicycles on mountain trails – a case study. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023;23(7):1762–73 DOI: [10.7752/jpes.2023.07216](https://doi.org/10.7752/jpes.2023.07216). Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

10. Skaliy A, Mulyk K, Zhijing B, Ostrowski A, Anosova O. Assessment of the functional state of the cardiovascular system of students during a mountain hiking trip. *Slobozhanskyi Herald of Science and Sport*. 2023;27(3):158–65. <https://doi.org/10.15391/snsv.2023-3.007>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

11. Скалій О, Мулик К. Особливості організації фізкультурно-оздоровчих занять з людьми похилого віку. В: *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2023;16(35), с. 34–40. [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-16\(35\)-34-40](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-16(35)-34-40). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, формулюванні висновків.*

12. Скалій О, Мулик К, Абдула Н. Теоретичне обґрунтування аспектів фізкультурно-оздоровчої та здоров'язбережувальної діяльності особистості. В: *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури*

(фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2024;5(178), с. 193–7. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.5\(178\).38](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.5(178).38). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні мети дослідження, структуризації наукових даних, формулюванні висновків.*

13. Mulyk K, Skaliy A, Mukazhanov N, Ostrowski A, Paievskyi V, Abdula A. Influence of volleyball and sports and health tourism on the physical, mental and social state of schoolchildren and students. Slobozhanskyi Herald of Science and Sport. 2024;28(1):31–7. <https://doi.org/10.15391/snsv.2024-1.004>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

14. Zalewski T, Skaliy A, Mulyk K, Skaliy T, Ostrowski A, Kowalski W, Adamczyk M. Impact of the implementation of the project «Polish-Kazakh regional center for training, safety and rescue» on competence in the field of medical care. Physical rehabilitation and recreational health technologies. 2024;9 (3):135–50. [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(3\).04](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(3).04). Видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

15. Skaliy A, Skaliy T, Kuangaliyeva T, Kenzhin Z, Meergul A, Letkiewicz S. The influence of complex motor activities on the morphofunctional and psychoemotional state of elderly people from different countries of Europe and Asia. Slobozhanskyi Herald of Science and Sport. 2024;28(2):92–9. <https://doi.org/10.15391/snsv.2024-2.006>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх*

зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.

16. Mulyk K, Skaliy A, Grynova T, Skaliy T, Polovinko K. The influence of adaptive games on the psycho-emotional state of military personnel during rehabilitation. Physical rehabilitation and recreational health technologies. 2024;9;5:343–51. [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(5\).01](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(5).01). Видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

17. Skaliy A, Mulyk V, Skaliy T, Maksymova K, Mulyk K. Determining the Impact of Adaptive Games on the Individuals' Psycho-Emotional State among Different Age Groups in Poland and Ukraine. Physical Education Theory and Methodology. 2024;24(5):769–76. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2024.5.12>. Фахове видання України категорії «А», внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

18. Скалій О, Мулик К, Горбенко О, Скалій Т, Абдула Н. Виявлення мотивації людей похилого віку до занять різними видами рухової активності. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2024;29(2): 91–7. [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(2\).91-97](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(2).91-97). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

19. Мулик К, Скалій О, Аносова О. Вплив занять боксом на психоемоційний стан підлітків в умовах воєнного стану. Єдиноборства. 2024; 3(33):40–8. <https://doi.org/10.15391/ed.2024-3.04>. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми,*

доборі методів дослідження, обґрунтуванні одержаних результатів, у формулюванні висновків.

20. Maksymova KV, Skaliy O. Necessity of forming culture of health for different groups of population in war's conditions. В: Науковий часопис Українського державного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорту). 36. наук. пр. Київ; 2024;8(181),с. 261–6. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.8\(181\).48](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.8(181).48). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, доборі методів дослідження, обґрунтуванні одержаних результатів, у формулюванні висновків.*

21. Скалій О, Максимова К. Вплив оздоровчих фітнес-технологій на психоемоційний стан студентів в умовах війни. Освіта. Інноватика. Практика. 2024;12(8):67–72. <https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol12i8-009>. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, формулюванні висновків.*

22. Skaliy A, Мулик К, Zhijing B, Горбенко О., Максимова К. Визначення найпопулярніших видів фізкультурно-оздоровчих занять серед молоді та дорослого населення різних країн (Польща, Китай, Україна). Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2024;29(3):160–7. [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(3\).160-167](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(3).160-167). Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, доборі методів дослідження, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні одержаних результатів, у формулюванні висновків.*

23. Скалій О, Мулик К. Використання мобільних додатків для підвищення мотивації до занять фізкультурно-оздоровчою діяльністю осіб зрілого віку. Освіта. Інноватика. Практика. 2024;12(10):43–8.

<https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol12i10-006>. Фахове видання України категорії «Б». *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

Праці апробаційного характеру

24. Skaliy A, Kowalski W, Kutek T, Briskin Y, Mulyk K, Odynets T, Grabowski Y, Skaliy T. Polsko-ukraiński projekt transferu doświadczeń naukowych w profilaktyce raka piersi wśród młodzieży studenckiej. W: Zdrowie – edukacja – społeczeństwo. Perspektywa międzynarodowa. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSG; 2020, s. 17–29. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

25. Мулик К, Скалій О, Рубан Л, Дугіна Л, Скалій Т, Ковальський В. Формування культури профілактики захворюваності на рак молочної залози шляхом самоспостереження та самодослідження. Інтернаука. 2021;13. <https://doi.org/10.25313/2520-2057-2021-13-7540>. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, безпосередньому проведенні дослідження, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

26. Одинець Т, Бріскін Ю, Скалій О, Скалій Т. Здобутки та перспективи розвитку проєкту «Самодіагностика раку молочної залози в молодих українок» в рамках міжнародної програми RITA – «Зміни в регіоні». Management and law in sport, recreation, tourism, education and health. 2022;4–9. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків, оформленні публікації.*

27. Skaliy A. Międzynarodowe projekty na rzecz edukacji, zdrowia i zrównoważonego rozwoju. Kurier innowacyjności. 2024;2:18–27.

Праці, які додатково відображають результати дисертації

28. Sereda I, Lavrin H, Kucher T, Grygus I, Muszkieta R, Napierała M, Hagner-Derengowska M, Ostrowska M, Smoleńska O, Zukow W, Skaliy A. The Impact of Yoga Practice on the Development of Flexibility among the Female Student's Pedagogical Specialties in the Process of Physical Training of Higher Educational Institutions. *International Journal of Applied Exercise Physiology*. 2020;9(1):85–95. Періодичне видання іншої держави (Ірану), внесене до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

29. Скалій О, Мулик К, Пономаренко А, Гриньова Т. Навчання техніці їзди на велосипеді дітей молодшого шкільного віку. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2020;6(80):5–10. doi:10.15391/sns.v.2020-6.001. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

30. Skaliy A, Bala T. Influence of horting elements on the level of motor preparation of 15 year old pupils. *Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення*. 2020;216–22. Вилучено із <https://journals.uran.ua/hdafk-tmfv/article/view/250509>. *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

31. Kozin V, Boychuk Y, Skaliy A, Zelenskiy R, Honcharenko V. Individual Factorial Structure of Biomechanical and Psychophysiological Indicators as a Basis for Determining the Fighting Style of Qualified Veteran Boxers. *Health, Sport, Rehabilitation*. 2021;7(3):8–30. <https://doi.org/10.34142/HSR.2021.07.03.01>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus.

Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.

32. Kolokoltsev M, Vorozheikin A, Romanova E, Bolotin A, Gryaznykh A, Skaliy A, Sovetkhanuly D, Kaldybayeva A, Gabdullin A, Kushakova I, Pashkov A. Girls with «different volumes and intensity of physical activity constitution types»: a comparative analysis. Journal of Physical Education and Sport. 2021;21(3):1436–43. DOI:10.7752/jpes.2021.03183. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

33. Kolokoltsev M, Kuznetsova L, Makeeva V, Ustselemonova N, Romanova E, Savchenkov A, Mischenko N, Vorozheikin A, Bolotin A, Skaliy A. Physical education of girls from different somatotypes and health groups. Journal of Physical Education and Sport. 2021;21(2):852–9. DOI:10.7752/jpes.2021.02106. Періодичне видання іншої держави (Румунії), внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків.*

34. Скалій О, Лотоцький В. Вплив занять спортивним орієнтуванням на розвиток фізичних якостей підлітків. Спортивна наука. 2021:44–7. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

35. Mishchenko N, Romanova E, Skaliy A, Skaliy T, Kowalski W. Strengthening the physical health of preschoolers by means of fitball. VIREF Revista De Educación Física. 2021;10(2):126–44. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/viref/article/view/344569>. Періодичне видання іншої держави (Іспанії), внесене до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації результатів, формулюванні висновків, перекладі матеріалів публікації.*

36. Павлюк О, Скалій О, Павлюк Є. Результати експериментальної перевірки реалізації педагогічної технології самовдосконалення вчителів фізкультури в процесі професійної діяльності на різних етапах професійного розвитку. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*. 2022;2:6–15. <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.2.1>. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

37. Шаверський В, Скалій О, Литвинчук Ю, Толкач В. Фізична підготовленість студентів-волейболістів у змагальному періоді річної підготовки. В: *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2022;14, с. 98–103. DOI: [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2022-14\(33\)-98-103](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2022-14(33)-98-103). Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

38. Павлюк Є, Скалій О. До проблеми формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної культури та спорту у процесі фахової підготовки. *Physical culture and sport: scientific perspective*. 2022;1: 27–35. <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.1.4>. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у доборі матеріалів для теоретичного аналізу, структуризації наукових даних, обґрунтуванні результатів, формулюванні висновків.*

39. Ryepko O, Skaliy A, Tymko Y, Kozin S, Kozina Z, Feshchenko A. Training program in the lowlands for amateur mountaineers for climbing to the peaks. *Health, Sport, Rehabilitation*. 2023;9(3):91–103. <https://doi.org/10.58962/HSR.2023.9.3.91-103>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

40. Shevchenko O, Mulyk K, Paievskyi V, Skaliy A, Guba A, Skaliy T, Anosova O. Changes in Indicators of Special Physical Preparedness in Badminton Players Aged 10–11 under the Influence of Specially Selected Exercises. *Physical Education Theory and Methodology*. 2023;23(2):246–52. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2023.2.13>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

41. Prayudho S, Nasrulloh A, Skaliy A. Risk factor of pickleball injury: systematic review and meta-analysis. *Health, Sport, Rehabilitation*. 2024;10(3): 115–24. <https://doi.org/10.58962/HSR.2024.10.3.115-124>. Фахове видання України, внесене до міжнародної наукометричної бази Scopus. *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, обґрунтуванні результатів і їх зіставленні з даними інших фахівців, у формулюванні висновків.*

Відомості про апробацію результатів дисертації

Теоретичні положення та практичні результати проведеного дослідження оприлюднено на IV–VI Міжнародних наукових конференціях «State, prospects and development of rescue, physical culture and sports in the XXI century» («Стан, перспективи та розвитку рятувальної сфери, фізичної культури та спорту у XXI столітті») (Бидгощ, Польща; 2017, 2019, 2022); III науковому семінарі «Bezpieczeństwo, zdrowie i kultura fizyczna» («Безпека, здоров'я та фізична культура») (Гдиня, Польща; 2017); Міжнародній науково-практичній конференції «Перспективи розвитку реабілітаційних послуг та оздоровчого туризму в Україні з огляду на польський досвід» (Рівне, Україна; 2017); World Conference on Drowning Prevention (Всесвітній конференції із запобігання утопленню) (Ванкувер, Канада; 2017); IV науковій конференції «Ratownictwo wodne, sport pływacki i kultura fizyczna w teorii i praktyce» («Рятування на воді, плавання та фізична культура в теорії та практиці»)

(Гданськ, Польща; 2017); III–VII Всеукраїнських науково-практичних конференціях «Основи побудови тренувального процесу в циклічних та екстремальних видах спорту» (Харків, Україна; 2017, 2018, 2019, 2020, 2021); Міжнародній науково-практичній конференції «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів і студентів на засадах компетентнісного підходу до освіти» (Запоріжжя, Україна; 2018); XVIII–XXIII Міжнародних науково-практичних конференціях «Фізичне виховання, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи» (Харків, Україна; 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023); Міжнародному форумі з протидії корупції «Справедливість, доброчесність, довіра» (Актобе, Казахстан; 2019); Міжнародному конгресі польської федерації рятування на воді на основі консолідації V Міжнародної наукової конференції «Стан, перспективи та розвиток рятувальної справи, фізичної культури та спорту в 21 столітті в Бидгощі» (Щецин, Польща; 2019); XI Міжнародній науково-практичній конференції «Фізична культура, спорт та здоров'я нації» (Вінниця, Україна; 2019); VI Міжнародному конгресі зі спеціальної педагогіки та психології «Особливі діти»: освіта і соціалізація» (Київ, Україна; 2020); V Міжнародній науково-практичній конференції «Problems, achievements and prospects of development of medical, biological sciences and sports» («Проблеми, досягнення та перспективи розвитку медичних, біологічних наук і спорту») (Миколаїв, Україна; 2020); V Міжнародній науковій конференції «Aktywność ruchowa na obszarach górskich polski i świata» («Фізична активність у гірських територіях Польщі та світу») (Вроцлав, Польща; 2020); Міжнародній онлайн-конференції «Evolution of world concepts, trends and challenges in the Internationalization of Higher Education» («Еволюція світових концепцій, тенденцій та викликів інтернаціоналізації вищої освіти») (Актобе, Казахстан; 2020); Міжнародній науково-практичній онлайн-конференції «The current aspects of reproductive health» («Сучасні аспекти репродуктивного здоров'я») (Монголія, Туреччина, 2021); II Міжнародній науково-практичній

конференції «Білім беру, дене мәдениеті, туризм және спорттағы инновация» («Інновації в освіті, фізичній культурі, спорті та туризмі»), присвяченій 85-річчю професора Тлеугалієва Юриста Габдуловича та 80-річчю професора Хаустова Станіслава Івановича (Алмати, Казахстан; 2021); Міжнародній науково-практичній конференції «Дослідження інновацій та перспективи розвитку науки та техніки у XXI столітті» (Рівне, Україна; 2022); Міжнародній науково-практичній конференції до 30-річчя Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука «Innovative research and perspectives of the development of science and technology in the XXI century» («Інноваційні дослідження та перспективи розвитку науки і техніки у XXI столітті») (Рівне, Україна; 2023); VI Міжнародній науковій конференції «Health-saving technologies, rehabilitation and physical therapy» («Здоров'язберігаючі технології, реабілітація та фізична терапія») (Харків, Україна; 2023); конференції «Zdrowie jest darem» («Здоров'я – подарунок») (Бидгощ, Польща; 2023); Куявсько-Поморському форумі соціальної економіки «Gry adaptacyjne zwiększające aktywność fizyczną osób w różnym wieku i stopniu sprawności» («Адаптаційні ігри, що підвищують фізичну активність людей різного віку та рівня підготовки») (Торунь, Польща; 2024); конференції «Profesjonalne kompetencje w sporcie» («Професійні компетенції у спорті») (Вроцлав, Польща; 2024).