

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

БОДНАР ІВАННА РОМАНІВНА

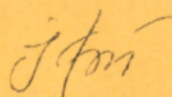
УДК 796.011:371.71-053.5

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ
ІНТЕГРАТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ
ШКОЛЯРІВ І–ІІІ ГРУП ЗДОРОВ'Я**

24.00.02 – фізична культура, фізичне виховання
різних груп населення

АВТОРЕФЕРАТ

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



Львів – 2014

близького зарубіжжя накопичено достатньо наукового й методичного матеріалу з адаптивного ФВ і спорту (Р. П. Карпюк, 2009–2010; Т. Ю. Круцевич, 2013 та ін.), з ФВ школярів і студентів із різними захворюваннями (І. І. Вржесневський, 2011; Г. П. Грибан, 2012 та ін.), з проведення інтегрованих уроків у системі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку (Н. В. Москаленко, 2004–2007). У деяких дослідженнях започатковано вирішення проблеми *диференційованого* ФВ школярів з урахуванням низки різних критеріїв: соматотипів (В. П. Гололмолзина, 2009; О. П. Скавронський, 2010; Г. В. Кротов, 2010; А. Ю. Жмыхова, 2010), фізичного і психофізіологічного розвитку (В. И. Егозина, 2006; Ю. Ю. Борисова, 2009), біологічного розвитку й фізичного стану (А. М. Сітовський, 2008; Р. Арламовський, 2011), навчальних досягнень і фізичної культури школярів (О. П. Аксьонова, 2005; Я. І. Кравчук, 2010). Поодинокі наукові пошуки присвячено дослідженню окремих аспектів диференційованого ФВ школярів та студентів з урахуванням рівня соматичного здоров'я і ступенів відхилень у його стані (Л. А. Еракова, 2005; В. П. Шульпина, 2006; І. А. Тюх, 2009; А. В. Магльований, 2010). Проте локальність об'єктної галузі досліджень обмежує сферу їх можливих екстраполяцій.

Наявна (великою мірою сегрегативна) система фізичного виховання не спроможна забезпечити потреби суспільства у фізично, психічно та соціально здорових випускниках загальноосвітніх навчальних закладів. В умовах входження України до європейського освітнього простору виникає необхідність впровадження інтегративного ФВ учнів I–III груп здоров'я відповідно до міжнародних договорів у сфері прав людини та напрацювання відповідних розробок.

Зв'язок з темами, програмами. Дисертаційне дослідження виконано в рамках теми 3.6 «Науково-теоретичні основи інноваційних технологій у фізичному вихованні різних груп населення» на 2011–2015 рр. науково-дослідної роботи Міністерства освіти і науки (номер державної реєстрації 0111U001169) та теми науково-дослідної роботи на замовлення Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України (наказ №1241 від 28.10.11) «Обґрунтування нормативної бази рівня фізичної підготовленості учнів 5–9 класів загальноосвітніх навчальних закладів» на період від 2012 р. до 2013 р. (номер державної реєстрації 0112U003242). Роль автора полягала у створенні концепції інтегративного фізичного виховання школярів I–III груп здоров'я, поточного тестування та експрес-оцінювання фізичної підготовленості і здоров'я школярів середнього шкільного віку.

Мета дослідження полягає в розробленні науково-теоретичних основ інтегративного фізичного виховання учнів середнього шкільного віку I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах.

Завдання роботи:

1. Виявити основні проблеми фізичного виховання учнів I– III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах України.
2. Визначити прогностичні показники скерування учнів середнього шкільного віку до I–III груп здоров'я.
3. Визначити ефективність чинних форм та методик інтегративного фізичного виховання школярів I–III груп здоров'я.
4. Сформувати модель компетентності випускника вишу, який працюватиме в інтегративних умовах.
5. Розробити систему скерування школярів I–III груп здоров'я до підгруп в умовах інтегративних уроків фізичної культури.
6. Обґрунтувати систему поточного тестування та експрес-оцінювання фізичної підготовленості і здоров'я школярів середнього шкільного віку.
7. Розробити концепцію інтегративного фізичного виховання учнів I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах.

Об'єкт дослідження – фізичне виховання учнів I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах.

Предмет дослідження – інтегративне фізичне виховання учнів I – III груп здоров'я середнього шкільного віку.

Методи дослідження. Опрацювання наукових і документальних джерел; соціально-психологічний моніторинг проблем інтегративного ФВ дітей I – III груп здоров'я в Україні; загальнонаукові методи теоретичного пізнання: зокрема методи індукції, дедукції, аналізу (функціонально-структурного аналізу, порівняльного аналізу), синтезу, узагальнення, порівняння, абстрагування, аналогії, теоретичного моделювання, прогнозування, логічного аналізу літературних джерел; соціологічні (неформалізовані бесіди з учителями ФК, опитування вчителів ФК), а також педагогічні спостереження під час уроків ФК застосовували для визначення основних тенденцій реалізації інтегративного навчання дітей у сучасних умовах. Педагогічні методи (тестування, констатувальний педагогічний експеримент); соціологічні методи (опитування), а також медико-біологічні та психодіагностичні методи, метод визначення обсягу РА використовували для отримання емпіричних даних з метою обґрунтування концепції інтегративного ФВ I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах. Для цього ж застосовували методи теоретичного пізнання та моделювання. Отримані дані опрацьовували за допомогою методів математичної статистики.

Методологічну й теоретичну основу дослідження становили сучасні наукові уявлення про провідну роль діяльності в розвитку дитини; єдність психічного й фізичного у формуванні особистості і значення ФК у цьому процесі (В. К. Бальсевич, М. М. Визитей, Л. И. Лубышева, В. І. Столяров,

Т. Т. Ротерс); теорії, ідеї та наукові положення в галузі інтегративної освіти в корегувальній педагогіці (Н. Н. Малофеев, Н. М. Назарова, М. И. Никитина, Н. Д. Шматко); роботи з теорії та практики виховання молоді засобами ФК і спорту (Б. А. Ашмарин, В. К. Бальсевич, М. Я. Виленский, В. М. Выдрин, В. Кремінь, Т. Ю. Круцевич, Ю. Ф. Курамшин, Л. П. Матвеев, А. Д. Новиков, Н. Г. Пономарев, І. П. Ратов, В. І. Столяров, Ж. К. Холодов та ін.); адаптивної ФК (С. П. Евсеев, В. С. Дмитриев), лікувальної ФК (В. Н. Мошков, В. А. Епифанов); праці вчених з оптимізації процесу професійної підготовки фахівців (С. Демінська, Л. Іванова, В. Каргаполов, О. Пехота, Л. Сущенко, Г. Шашкин, Б. Шиян); фундаментальні роботи в галузі філософії освіти, психології та педагогіки, методології педагогічних досліджень (Ю. К. Бабанский, Л. С. Виготський, В. С. Ільїн, И. Я. Лернер, І. С. Якиманська); дослідження з питань когнітивної психології, теорії навчання (В. М. Величковский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, И. Я. Лернер, Я. І. Пономарев, Н. Ф. Тализин, Н. И. Чуприкова); психологічні теорії про взаємозв'язок процесів освіти та розвитку (Г. Д. Глейзер, В. С. Леднев, Л. И. Новикова, В. А. Караковський), індивідуалізації і диференціації навчання (П. П. Блонский, М. М. Боген, А. А. Бударний, Л. С. Виготський, І. Я. Унт).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні теоретичних наукових положень інтегративного ФВ учнів I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах.

Уперше обґрунтовано концепцію інтегративного ФВ учнів I–III груп здоров'я загальноосвітніх навчальних закладів, що узагальнює наявні тенденції реалізації інтегративного ФВ, його ідеологічні, аксіологічні та гносеологічно-методичні засади, розкриває мету, завдання та умови реалізації цих завдань, сутнісні характеристики змісту й організації уроків фізичної культури та позаурочних форм фізичного виховання учнів I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах.

Уперше виявлено теоретико-методичні проблеми інтегративного ФВ школярів I–III груп здоров'я в Україні, що потребують невідкладного вирішення: невизначене ставлення вчителів ФК до інтегративного ФВ учнів I–III груп здоров'я; нижчий від середнього рівень підготовленості учителів до проведення інтегративних уроків ФК; недосконалість наявних критеріїв розподілу школярів до медичних груп; низький рівень загальної та моторної щільності уроків ФК, менші від належних величини інтенсивності фізичних навантажень, обсягів розвитку сили й витривалості постуральних м'язових груп, косих м'язів живота, ромбоподібних м'язів, вправ цілеспрямованого оздоровчо-реабілітаційного характеру; імовірність відносно менших зростань показників, особливо фізичної підготовленості фізично підготовлених школярів; недостатнє матеріально-технічне й медичне забезпечення процесу.

Уперше виявлено вищу ефективність інтегративного ФВ (порівняно з сегрегативним) у формуванні ставлення до ФК, структурі дозвілля, збільшенні обсягів РА, показниках фізичного розвитку (насамперед функціональних резервів дихальної і нервово-м'язової систем), психічного стану школярів середнього шкільного віку.

Уперше з'ясовано, що за показниками психічного стану, обсягами РА й показниками рівня фізичної підготовленості інтегративне ФВ є результативнішим для школярів із відхиленнями у стані здоров'я (СМГ та ПМГ), ніж для практично здорових учнів (основної медичної групи – ОМГ).

Уперше розроблено чотирикомпонентну модель компетентності випускника вишу на основі системи знань про відмінності школярів СМГ за показниками фізичного розвитку та психічного стану, фізичної підготовленості, РА, соціо-психологічними показниками від загалу школярів; гігієнічно виправданих і функціонально доступних для сучасних школярів навантажень на уроці ФК; з організації інтегративних уроків і позаурочних форм фізичного виховання в загальноосвітніх навчальних закладах, яку захищено патентом на корисну модель.

Уперше укладено систему скерування школярів I–III груп здоров'я до підгруп в умовах інтегративних уроків ФК з урахуванням протипоказань школярів до фізичних навантажень. Пріоритет укладання критеріїв підтверджено свідоцтвом про реєстрацію авторського права на твір.

Уперше обґрунтовано безпечні, доступні, індивідуалізовані, економічні системи *поточного тестування* фізичної підготовленості і здоров'я школярів середнього шкільного віку на основі складання ними 9 тестових вправ (що охоплюють основні м'язові групи й діагностують основні фізичні якості) і обчислення 3 індексів; *експрес-оцінювання* рівня фізичної підготовленості і здоров'я школярів, що передбачає складання 4 вправ, результат яких найтісніше корелює з функціональним станом провідних систем організму. Пріоритет розробки цих систем підтверджено свідоцтвом про реєстрацію авторського права на твір.

Удосконалено уявлення про сенситивні періоди розвитку фізичних якостей, уточнено їхні терміни у школярів СМГ. Уперше з'ясовано, що у школярів СМГ періоди пришвидшеного розвитку фізичних якостей були вужчими, темпи їхнього розвитку суттєво нижчими, ніж у школярів ОМГ; сенситивні періоди розвитку окремих (спритність, гнучкість) фізичних якостей наставали на 1–2 роки пізніше, ніж у їхніх однолітків з ОМГ.

Набули подальшого розвитку відомості про соціо-психологічні показники, показники фізичного розвитку та психічного стану, соматичного здоров'я, функціонального стану та його компонент, фізичної підготовленості, обсягів РА учнів середнього шкільного віку, взаємопов'язані з показниками

соматичного здоров'я. Величини цих показників у школярів основної медичної групи можна вважати орієнтовними для школярів СМГ, тобто такими, що гарантують міцне здоров'я, оптимальні резерви компенсації організму, високі рівні адаптації, фізичної підготовленості, фізичної та соціальної активності та психоемоційного стану, тоді як відхилення комплексу цих показників у школяра інформує про належність його до групи ризику, потребує корегування способу життя, оскільки загрожує прихованими порушеннями у стані здоров'я і потенційним скеруванням до СМГ.

Практична значущість одержаних результатів полягає у використанні теоретичних, практичних доробок на галузевому й базовому рівнях для формування нових та удосконалених чинних форм, технологій і методик інтегративного ФВ дітей, скерованих до різних медичних груп, а також для вдосконалення змісту навчальних дисциплін «Теорія і методика фізичного виховання», «Методика викладання у спеціальній медичній групі» як важливих елементів системи підготовки бакалаврів, магістрів спеціальностей фізичного виховання, фізичної реабілітації та їхньої післядипломної освіти.

Практичну значущість наукового дослідження підтверджено актами впровадження отриманих результатів у процес ФВ учнів загальноосвітніх закладів Львівської, Тернопільської та Чернівецької областей та в навчальний процес Львівського державного університету фізичної культури.

Особистий внесок здобувача в розробку досліджуваної наукової проблеми полягає у визначенні власного методологічного підходу при постановці проблеми, конкретизації напрямків організації і проведення дослідження, формуванні нової концепції інтегративного ФВ школярів I–III груп здоров'я та умов її реалізації в загальноосвітніх навчальних закладах, у збиранні, аналізі даних про динаміку показників фізичного розвитку та психічного стану, фізичної підготовленості та РА учнів залежно від рівня соматичного здоров'я, узагальненні отриманих результатів, розробленні моделі компетентності випускників вишів із питань інтегративного ФВ, удосконаленні змісту педагогічного контролю. У спільних публікаціях авторові належить формулювання наукової проблеми, визначення завдань дослідження, аналіз та інтерпретація отриманих даних.

Кандидатську дисертацію на тему «Фізичне виховання студентів з низьким рівнем фізичної підготовленості» захищено у 2000 році. Матеріали кандидатської дисертації в тексті докторської не використано.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дослідження оприлюднено під час Міжнародної наукової конференції «Молода спортивна наука України» (Львів, 2003–2006, 2009, 2013, 2014), Всеукраїнської науково-практичної конференції «Медико-біологічні та педагогічні основи ФВ і спорту»

(Кременець – Луцьк, 2013), Всеукраїнської науково-практичної конференції «Теоретико-методичні основи організації фізичного виховання молоді» (Львів, 2010), міжнародної наукової конференції пам'яті А. М. Лапутіна «Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту» (Чернігів, 2013), міжнародної науково-практичної конференції «Реалізація здорового способу життя – сучасні підходи» (Дрогобич, 2011), міжнародної науково-практичної конференції «Основні напрямки розвитку фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації» (Дніпропетровськ, 2013), Міжнародного наукового конгресу «Олімпійський спорт и спорт для всех» (Алматы, Казахстан, 2014), Міжнародної науково-практичної конференції «Молодая спортивная наука Беларуси» (Мінськ, Білорусія, 2014).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи викладено у двох монографіях, одна з яких одноосібна – «Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп» (2014), навчальному посібнику «Теорія, методика та організація фізичного виховання у спеціальній медичній групі» (2013), навчально-методичному посібнику «Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи» (2005) і 34 наукових працях за темою дисертації (серед яких 20 одноосібних), у тому числі у 22 статтях у наукових фахових виданнях України, 4 – у закордонних періодичних виданнях.

Структура та обсяг дисертації. Текст дисертаційної роботи міститься на 343 сторінках основного тексту. Робота складається зі змісту, вступу, семи розділів, висновків, списку використаних джерел, 6 додатків. Повний обсяг дисертаційної роботи становить 492 сторінки. Для написання роботи використано 345 літературних джерел, з яких 50 – іноземних авторів. Роботу ілюстровано 43 таблицями та 70 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У вступі обґрунтовано актуальність і доцільність дослідження для подальшого удосконалення ФВ школярів і поліпшення здоров'я дітей, його зв'язок із науковими темами, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання, методологічну основу та методи дослідження, розкрито наукову новизну отриманих результатів, їх практичне значення, наведено дані про апробацію результатів дисертації.

У першому розділі «**Основні проблеми фізичного виховання школярів І–ІІІ груп здоров'я в Україні**» проаналізовано та узагальнено наукові дані щодо можливостей поліпшення соматичного, психічного та соціального здоров'я школярів шляхом впровадження інтегративного фізичного виховання.

Протягом останніх 10 років скоротилася кількість здорових першокласників, тоді як чисельність СМГ зросла з 10 до 40%. Найпоширенішими є хвороби

органів дихання, травлення, порушення зору й опорно-рухового апарату, які швидко прогресують у шкільному віці. Ефективними засобами профілактики цих захворювань є фізичні вправи, збалансоване харчування й утримання від шкідливих звичок. Проте не усі можливості для запобігання в дітей порушенням здоров'я використовуються сьогодні повною мірою.

Рівень здоров'я дітей залежить від низки чинників: від типу навчального закладу, в якому навчається дитина, оскільки в навчальних закладах нового типу захворюваність є вищою, ніж у звичайних школах; від місцевості, в якій вона мешкає, бо в сільських школярів рівень захворюваності є нижчим, ніж у міських (42% порівняно з 40%); від статі, позаяк у складі СМГ більше дівчат (2,19% порівняно з 1,78%). Зафіксовано і зворотній зв'язок: для школярів, скерованих до СМГ, характерна більша, ніж для ОМГ, кількість курців (84% порівняно з 63%), кількість незадоволених рівнем власного здоров'я і власним обсягом РА (26% порівняно з 12%).

Актуальними для ФВ учнів середнього шкільного віку I–III груп здоров'я загальноосвітніх навчальних закладів в Україні є проблеми тестування рівня фізичної підготовленості та обліку успішності навчання учнів шкільного віку, скерованих до різних медичних груп; недосконалість критеріїв комплектування медичних груп; відсутність розробок технологій спільних диференційованих для школярів I–III груп здоров'я позаурочних фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі дня, тижня, року; відсутність інформації про періоди пришвидшеного розвитку фізичних якостей у школярів різних медичних груп.

У спеціальній літературі практично відсутні дані порівняльного аналізу показників дітей, скерованих до різних медичних груп. Найчастіше об'єктом дослідження були діти якогось одного віку або цілого періоду без диференціації за віком, тому складно прослідкувати динаміку змін цих показників. В окремих наукових дослідженнях подано результати обстеження дітей лише однієї статі, що суттєво звужує діапазон висновків. Трапляються й суперечливі дані. Дискретність інформації ускладнює правильний вибір стратегії управління фізичним вихованням учнів I–III груп здоров'я.

Діти, які за низкою показників фізичного розвитку та психічного стану, фізичної підготовленості та РА суттєво відрізняються від практично здорових однолітків не можуть повною мірою опанувати високі вимоги стандартів освіти, постійно є неуспішними. Це призводить до непоправних втрат у дорослому віці та проявляється в негативних соціальних феноменах: несамостійності, безініціативності, втрати толерантності, розвитку агресії, ксенофобії (М. Л. Семенович). Тому потреба в доступній освіті в сучасному суспільстві зростає з кожним днем. Доступна освіта, насамперед, асоціюється з інклюзивною освітою. Першим кроком до інклюзивної

освіти є інтегративна освіта. Та незважаючи на світові тенденції активного поширення інклюзивної та інтегративної освіти, ФВ учнів СМГ в Україні залишається сегрегативним.

У сучасній спеціальній літературі навіть відсутнє трактування терміна «інклюзивне фізичне виховання». Окремі фахівці (А. В. Аксенов) використовують його як синонімічний до терміна «фізичне виховання *в умовах інклюзивної освіти*», – тобто під час інтегративних занять дітей з особливими потребами разом з практично здоровими дітьми. Проте, згідно з міжнародними нормативними документами, до дітей з *особливими потребами*, окрім дітей-інвалідів, зараховують також і обдарованих дітей, і дітей із незначними порушеннями здоров'я, гіперактивних дітей, із дефіцитом уваги, соціально занедбаних дітей, дітей, які працюють, які зловживають алкоголем, дітей біженців або переселенців, мігрантів, дітей із конфліктних зон, представників релігійних та етнічних меншин, вагітних підлітків, хворих на ВІЛ/СНІД, сиріт тощо. Діти III групи здоров'я, яких скеровують для занять з ФК до СМГ, також мають свої особливі освітні потреби, а тому інклюзивне та інтегративне ФВ поширюється і на них.

У наукових дослідженнях часто аналізують соціальні, емоційні та поведінкові переваги інклюзії для школярів із відхиленнями у стані здоров'я, переваги в академічній успішності. В окремих випадках розглядають зміни моторних показників школярів в умовах інклюзивної освіти. Показники фізичного розвитку вивчають рідше. Повністю відсутні емпіричні дані про вплив інклюзивної чи інтегративної освіти на показники фізичної підготовленості.

Фахівці відзначають позитивні економічний, гуманістичний і навчальний ефекти інклюзії та інтеграції в освіті. Разом із тим висловлюють застереження про складність, а часом і неможливість проведення інтегративних уроків фізичної культури зі школярами, функціональні можливості яких дуже різняться. Тому вони рекомендують окремі заняття для здорових учнів і учнів спеціальної та навіть підготовчої медичних груп.

У більшості досліджень доведено високу ефективність інклюзивної освіти для школярів із високим рівнем захворюваності. Про вплив інтегративної чи інклюзивної освіти на школярів із незначними відхиленнями у стані здоров'я обсяг емпіричних даних суттєво менший.

У другому розділі дисертації «**Методи й організація дослідження**» обґрунтовано доцільність застосування методів дослідження, подано відомості про контингент обстежених та етапи дослідження.

Під час виконання дисертаційної роботи використано методи теоретичного пізнання, соціологічні, педагогічні, медико-біологічні, методи психодіагностики, моделювання, математичної статистики.

Дисертаційне дослідження складалося з кількох етапів.

На *першому етапі* (вересень 2006 р. – серпень 2012 р.) опрацьовано наукові й документальні джерела для визначення основних тенденцій реалізації інтегративного навчання дітей у сучасних умовах; здійснено соціально-психологічний моніторинг проблем інтегративного ФВ дітей I–III груп здоров'я в Україні. Проведена робота дозволила з'ясувати стан досліджуваної проблеми, уточнити об'єкт, предмет, мету, завдання та програму дослідження. Загальнонаукові методи теоретичного пізнання, зокрема методи індукції, дедукції, аналізу (функціонально-структурного аналізу, порівняльного аналізу), синтезу, узагальнення, порівняння, абстрагування, аналогії, теоретичного моделювання, прогнозування; логічний аналіз літературних джерел, а також і педагогічні спостереження застосовували під час опрацювання теоретичних положень, викладених у науковій літературі, документальних, методичних джерелах і реалізованих у практичній діяльності фахівців із ФВ в загальноосвітніх навчальних закладах.

Неформалізована бесіда (з учителями ФК 168 шкіл) передбачала обговорення питань, безпосередньо пов'язаних із проблемою, що досліджується, та виявлення запитів практики. Для цього ж було здійснено опитування (анкетування) 89 вчителів ФК загальноосвітніх навчальних закладів.

Було проведено 104 педагогічні спостереження на уроках ФК 16 загальноосвітніх навчальних закладів з учнями середнього шкільного віку, скерованими до СМГ. Дослідження відбувалися в другому півріччі навчального року. Для оцінювання уроку використовували хронометрування з паралельним визначенням реакції організму учнів на запропоноване навантаження за величинами ЧСС. Візуальні педагогічні спостереження були спрямовані на визначення часу виконання вправ (для цілеспрямованого розвитку основних фізичних якостей, окремих м'язових груп тощо). Уроки були представлені 4 модулями (видами спорту) програми з ФК: баскетбол, волейбол, гімнастика й легка атлетика.

Другий етап (вересень 2012 р. – серпень 2013 р.) було спрямовано на отримання емпіричних даних для обґрунтування концепції інтегративного ФВ. Вивчали показники фізичного розвитку та психічного стану, фізичної підготовленості та РА школярів різних медичних груп; з'ясували потреби, мотиви й рухові уподобання цих категорій дітей ($n=1017$); ставлення їхніх батьків до рухової діяльності в аспекті її ефективності для поліпшення психофізичного стану ($n=299$); проводили опитування експертів ($n=19$), учителів ФК ($n=200$). Використовували такі методи: педагогічні – тестування, констатувальний експеримент; соціологічні – опитування, медико-біологічні, психодіагностичні, методи визначення обсягу РА. Опрацювання отриманих даних здійснювали за допомогою методів математичної статистики.

Порівняльний педагогічний експеримент передбачав з'ясування розбіжностей у показниках фізичного розвитку і психічного стану, фізичної підготовленості, РА та ставлення до ФВ школярів, які навчалися в умовах сегрегативного та інтегративного способу організації ФВ у загальноосвітніх навчальних закладах. До експериментальної групи (ЕГ) належали школярі, які навчалися в загальноосвітніх навчальних закладах в інтегративних умовах – у цих навчальних закладах уроки ФК для учнів I–III груп здоров'я проводилися одночасно і діти з різним рівнем психофізіологічних можливостей займалися разом (з диференціацією / індивідуалізацією завдань, залежно від потреб і можливостей кожної дитини). До контрольної групи (КГ) увійшли школярі тих загальноосвітніх навчальних закладів, в яких уроки ФК для школярів основної та підготовчої медичних груп проводилися окремо від школярів СМГ (сегрегативно – у різних залах, у різний час). До дослідження було залучено 9 загальноосвітніх навчальних закладів (жоден з яких не був інклюзивним). Під час уроків ФК, згідно з розкладом, школярі СМГ не брали безпосередньої участі, лише допомагали вчителю в організації уроку. У дослідженні взяло участь 1414 школярів середнього шкільного віку (5–9 класів), скерованих за станом здоров'я до трьох медичних груп. Кількість школярів в ЕГ – 694 особи, серед яких 320 дівчат і 374 хлопці. КГ нараховувала 720 осіб, серед яких 332 дівчини і 388 хлопців.

На *третьому етапі* (вересень 2013 р. – травень 2014 р.) розроблено концепцію інтегративного ФВ школярів I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах. Для цього використали методи теоретичного пізнання та моделювання. На цьому ж етапі здійснено узагальнення даних, обговорення результатів, формулювання висновків, оформлення дисертаційної роботи.

У третьому розділі «**Прогностичні показники скерування школярів до I–III груп здоров'я**» викладено результати констатувального педагогічного експерименту. З'ясовані особливості сприяли обґрунтуванню концепції інтегративного ФВ школярів I–III груп здоров'я.

Визначено показники фізичного розвитку, психічного стану, фізичної підготовленості, РА учнів середнього шкільного віку, взаємопов'язані з показниками соматичного здоров'я. Школярі ОМГ відрізняються від інших учнів оптимальними резервами компенсації організму, високим та вищим за середній рівнями адаптації, фізичної підготовленості, активності та психоемоційного стану. Величини цих показників у школярів ОМГ можна вважати такими, що гарантують міцне здоров'я, тобто орієнтовними для СМГ. Відхилення комплексу цих показників у школяра від орієнтовних (більше ніж на σ) інформує про його приналежність до групи ризику, загрожує скеруванням до СМГ і потребує корегування способу життя і РА.

У фізичному розвитку ($p < 0,05-0,001$) достовірні розбіжності між школярами ОМГ та інших медичних груп спостерігали за показниками маси тіла, ЖЕЛ, сили кисті, низки індексів (сутулості, стійкості до гіпоксії, Кетле, Скібінського), величиною індексу соматичного здоров'я, за показниками функціонального стану та його складових (рівня адаптації організму, вегетативної та центральної регуляції, психоемоційного стану). Серед показників психічного стану школярі ОМГ достовірно відрізнялися від решти учнів за силою нервової системи, ступенем тривожності (рис. 1, 2), самопочуття та самооцінкою активності. З'ясовано, що в середовищі школярів СМГ достовірно більше ($p < 0,05$) осіб зі слабкою нервовою системою (яка свідчить про невисокий рівень працездатності нервової системи), тоді як в ОМГ приблизно однаково часто трапляються представники усіх типів нервової системи з тенденцією до переважання серед хлопців осіб із сильною, а в дівчат – середньою за силою нервовою системою. Невисокий рівень працездатності нервової системи, імовірно, може впливати на обсяг добової РА школярів СМГ. Також зі збільшенням ступеня відхилень у стані здоров'я спостерігали достовірне зростання кількості школярів із низьким рівнем самопочуття, можливо, унаслідок зниження рівня тренуваності й тенденцію до зниження суб'єктивного оцінювання ступеня власної активності, що відповідає об'єктивним даним. У середовищі СМГ суттєво більше осіб із високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності, ніж в ОМГ та ПМГ ($p < 0,001$), що підтверджує відомості літератури (Т. А. Должикова, 2009; Г. А. Єдинак, 2009).

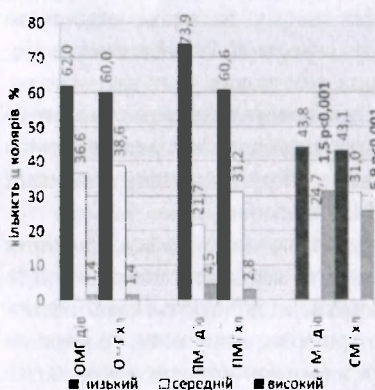


Рис. 1. Кількість школярів із різними рівнями ситуативної тривожності (%)

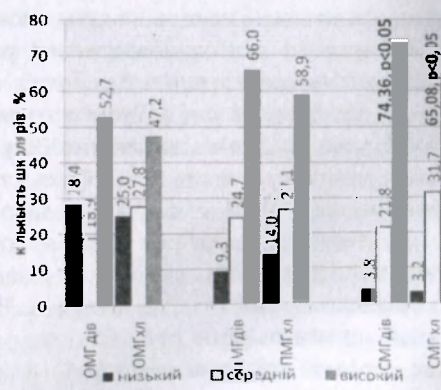


Рис. 2. Кількість школярів із різними рівнями особистісної тривожності (%)

Школярі СМГ достовірно відставали за рівнем розвитку усіх фізичних якостей. Проте до орієнтовних показників фізичної підготовленості ми

дїбрали лише тї, якї найтїснїше корелюють з їнтегральним показником функціонального стану – результати виконання вправ на силову витривалїсть рук, абдомїнальних м'язїв, на спритнїсть і рухливїсть хребта у фронтальнїй площинї.

Аналіз отриманих даних свїдчить про те, що загальний обсяг РА і енерговитрати школярїв упродовж доби не відрїзняються у представникїв рїзних медичних груп, що, їмовїрно, пов'язано з однаково низьким рївнем рухової активностї в усїх школярїв. Проте обсяг РА високого рївня у школярїв, скерованих до СМГ, суттєво менший, нїж у дїтей підготовчої і основної медичних груп. Зауважимо, що і на сон учнї СМГ також затрачають щодня в середньому на 1 годину 45 хвилин менше ($p < 0,05-0,01$), нїж їнші. Дещо бїльшим ($p > 0,05$), нїж у школярїв їнших медичних груп, є неозначений час у дїтей СМГ, який становить резерв для підвищення їхньої РА.

З'ясовано сенситивнї періоди розвитку фізичних якостей у школярїв СМГ: силової витривалостї м'язїв рук – 14–15 рокїв у хлопцїв та 12–13 у дївчат, абдомїнальних м'язїв – 14–15 рокїв, спритностї – 13–16 рокїв, швидкостї – 11–12 рокїв, гнучкостї – 14–15 рокїв. Отриманї данї не повнїстю відповідають наявним (В. Д. Кряжев, 2003; Б. А. Никитюк, 2008; Л. В. Волков, 2012) щодо настання і тривалостї періодїв максимальних і високих темпїв розвитку фізичних якостей, що відображає дїалектичну складнїсть явища чергування рїзних етапїв у життї людини й нестачу знань у цїй галузї. Доведено, що віковї діапазони періодїв пришвидшеного розвитку фізичних якостей у школярїв СМГ були вужчими, темпи їхнього розвитку суттєво нижчими, нїж у школярїв ОМГ, сенситивнї періоди розвитку окремих фізичних якостей (спритнїсть, гнучкїсть) наставали на 1–2 роки пізнїше, нїж у їхнїх однолїткїв з ОМГ.

У четвертому роздїлі «Проблеми залучення учнїв середнього шкїльного віку I–III груп здоров'я до їнтегративного фізичного виховання в загальноосвітнїх навчальних закладах України» з'ясовано назрїлі потреби науково-методичного забезпечення їнтегративного фізичного виховання для школярїв, скерованих до СМГ; потреби, мотиви й руховї уподобання школярїв рїзних медичних груп; ставлення їхнїх батькїв до рухової дїяльностї як до одного з чинникїв полїпшення психофізичного стану дїтей.

Уперше виявлено суперечностї мїж декларативно позитивним ставленням до їнтегративного ФВ учнїв I–III груп здоров'я вчителїв фізичної культури загальноосвітнїх навчальних закладїв України (85%) і одночасним наданням переваги окремим урокам ФК для дїтей рїзних медичних груп (77%); декларативною готовнїстю бїльшостї учителїв (73%) до проведеного їнтегративних урокїв з учнями I–III груп здоров'я і бажанням 92% їз них полїпшити рївень своєї готовностї з цього питання, якї свїдчать про необхіднїсть поглибленого вивчення порушеної проблеми. Установлено, що в умовах їнтегративного ФВ вчителї ФК

передбачають менші зростання показників фізичного розвитку і психічного стану (85–59%) у фізично підготовлених школярів, ніж у дітей із відхиленнями у стані здоров'я (92–83%); найменшим позитивним (59%) буде зростання показників фізичної підготовленості здорових школярів, що підтверджує факти, наведені в спеціальній літературі. Першочергового вирішення, на думку вчителів ФК, потребують проблеми матеріально-технічного (99%) й медичного (91%) забезпечення інтегративного ФВ, розв'язання яких є компетентністю держави; проблеми, які в змозі вирішити фахівці на місцях: питання недосконалого науково-методичного та організаційного забезпечення й готовності вчителів ФК до здійснення цього процесу (75%; 67%; 72% відповідно), на думку респондентів, потребують свого рішення не так гостро.

Наші дослідження показали, що для підвищення ефективності інтегративних уроків ФК зі школярами, скерованими до СМГ, варто підвищити їхню загальну (88,7±15,2%) й моторну (30,2±5,4%) щільність, збільшити інтенсивність уроків, збільшити кількість обсягів вправ для розвитку сили й витривалості. Кількість вправ для розвитку постуральних м'язових груп, косих м'язів живота, ромбоподібних м'язів, вправ цілеспрямованого оздоровчо-реабілітаційного характеру варто збільшити за рахунок зменшення обсягів асиметричних вправ, розвитку великих грудних м'язів, непотрібних і шкідливих для застосування у СМГ. Наявні форми організації ФВ в загальноосвітніх навчальних закладах в умовах інтеграції учнів СМГ з ПМГ та ОМГ (50–80%) потребують удосконалення.

З'ясовано, що в більшості дітей обсяги РА розташовані на мінімальній межі оптимуму для здоров'я. Серед улюблених підлітками форм проведення дозвілля рухливі ігри у дворі посідають лише п'яте місце після сидячих та низькоінтенсивних видів активності. Суттєво могли б поліпшити стан здоров'я заняття спортом, які в середньому тривають лише 18 хвилин на добу. Кожен школяр може віднайти 2,5 години щодня для занять РА, проте займаються в спортивних секціях чи танцювальних гуртках лише половина дівчат і хлопців середнього шкільного віку (43,7%).

Установлено, що більшість школярів упевнені в користі уроків ФК (86,4%), тому велика частина учнів (86,06%) висловлюється «за» три і більше уроків у тиждень. Підтверджено, що суттєво ($p < 0,001$) більшій частині учнів в уроках ФК подобається усе. Школярам подобається складати нормативи (у середньому на 6,8±3,3 бала за 10-бальною шкалою), бажання мати диференційовану оцінку з ФК зафіксовано у 80,1% школярів (табл. 1). Тобто реально існують деякі позитивні передумови для поліпшення процесу ФВ школярів середнього шкільного віку. Одним із можливих шляхів підвищення його ефективності для поліпшення стану соматичного, психічного та соціального здоров'я учнів можуть бути інтегративні заняття школярів I–III груп здоров'я.

Таблиця 1

**Показники зацікавленості уроками фізичної культури
в дітей різних демографічних і медичних груп**

Показники	Медичні групи	Спеціальна (n=59)	Підготовча (n=327)	Основа (n=631)
Необхідність уроків ФК, %		89,47	92,54	93,62
Бажання складати нормативи, X±σ		5,83±3,47	7,69 ^{**} ±2,90	7,14 ^{***} ±3,25
«За» диференційовану шкалу оцінювання з ФК, %		66,67	75,00	83,83
«За» удосконалення оцінювання на уроках ФК, %		58,82	55,81	64,21
Показники	Класи	5 кл (n=365)	7 кл (n=342)	9 кл (n=310)
Необхідність уроків ФК, %		86,0	89,9	84,5
Бажання складати нормативи, X±σ		7,5±3,4	8,2±2,3	7,9±2,7
«За» диференційовану шкалу оцінювання з ФК, %		76,2	85,4	81,1
«За» удосконалення оцінювання на уроках ФК		70,0	48,7	65,7
Показники	Стать	дівчата (n=510)	хлопці (n=507)	–
Необхідність уроків ФК, %		91,2	88,7	–
Бажання складати нормативи, X±σ		7,7±2,8	7,9±3,1	–
«За» диференційовану шкалу оцінювання з ФК, %		77,5	83,5	–
«За» удосконалення оцінювання на уроках ФК		59,2	65,8	–

Примітка. Ступені достовірності розбіжностей:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Установлено вікові та гендерні особливості в улюблених формах проведення дозвілля школярами середнього шкільного віку. Улюблені учнями 5-х класів рухливі ігри у дворі з віком замінюються на комп'ютерні ($p < 0,05 - 0,001$). З роками навчання спостерігається тенденція до зменшення кількості учнів, які бажали б мати 5 уроків ФК на тиждень (з 32,5% до 22,9%), і зростає ($p < 0,001$) кількість тих, які хотіли би мати 2 уроки. Кількість учнів, які займаються спортом, з 5-го по 9-й клас має тенденцію до зниження – від 43,5 до 33,6%. Отож, щоб не допустити зниження інтересу школярів до ФВ, варто впроваджувати зміни на початку середнього шкільного віку.

Дівчата частіше від хлопців (на 11,7%) присвячують свій вільний час перегляду телепрограм, а також – читанню (на 14,2%), тоді як хлопців більше серед активних користувачів комп'ютера (65,3% порівняно з 58,5%). З'ясовано, що хлопці також частіше від дівчат займаються в спортивних секціях (46,9% порівняно з 43,6%). Хлопці частіше, ніж дівчата, в процесі уроків ФК звертають увагу на поліпшення настрою (на 7,5%), фізичної підготовленості (на 19,5%,

$p < 0,001$) і розумової працездатності (на 10,6%, $p < 0,001$). Дівчата ж у процесі регулярного виконання фізичних вправ (на 7,5%, $p = 0,06$) частіше від хлопців зосереджені на змінах форм тіла. Суттєві ($p < 0,05 - 0,001$) гендерні відмінності спостерігалися і у причинах, через які учням не подобається брати участь в уроках ФК. Хлопці рідше ($p < 0,01$) звертають увагу на будь-які недоліки, тоді як дівчатам не подобаються неприємні відчуття, пов'язані з напруженнями під час фізичних навантажень: піт, втома, біль та зависокі вимоги до учнів.

Не спостерігається розбіжностей з віком чи залежно від статі дітей у переконанні в користі та важливості уроків ФК, а також у бажанні складати нормативи (див. табл. 1). Відсутні гендерні розбіжності у ставленні до 12-бальної шкали оцінювання, проте з віком тільки зростає кількість учнів, які переконані в тому, що оцінка з ФК повинна бути диференційованою (від 76,2 до 81,1%).

Визначено соціопсихологічні показники, за якими школярі *спеціальної медичної групи* суттєво ($p < 0,05 - 0,001$) відрізняються від учнів інших медичних груп середнього шкільного віку (частота перегляду телепередач, прогулянок і занять спортом, тривалість сну; ставлення до ФВ, яке визначається розміром бажання складати нормативи фізичної підготовленості і мати диференційовану оцінку з предмета «Фізична культура» (див. табл. 1), а також кількістю бажаних уроків фізичної культури на тиждень); поширеністю шкідливих звичок (куріння і вживання алкогольних напоїв).

Статистично значущих розбіжностей у відповідях хлопців і дівчат щодо скарг на здоров'я не спостерігалось. Однак хлопці трохи частіше від дівчат скаржилися на неприємні відчуття в очах (12,5% порівняно з 8,5%), дівчата ж нарікали на болі у хребті і суглобах (14,4% порівняно з 16,5%) і на безпідставні зміни настрою, тривожність і роздратованість (28,9% порівняно з 22,9%). Отже, імовірно, що хлопці дещо більше схильні до розвитку офтальмологічних захворювань, дівчата – до порушень постави й нервово-психічних розладів.

Найбільшими були розбіжності в кількості скарг школярів різних медичних груп на офтальмологічні порушення: кількість таких серед СМГ (26,3%) суттєво (на 18,1%, $p < 0,05$) переважала учнів серед ПМГ і ОМГ (на 15,7%, $p = 0,05$). Учні СМГ відзначають суттєве погіршення свого здоров'я за останній час (на 13,6%, $p < 0,001$) частіше, ніж ОМГ, і на 13,63% частіше від ПМГ ($p = 0,09$).

У п'ятому розділі «Ефективність інтегративного фізичного виховання школярів I–III груп здоров'я» викладено результати порівняльного аналізу показників фізичного розвитку та психічного стану, фізичної підготовленості та РА учнів середнього шкільного віку в умовах упровадження інтегративного та сегрегативного ФВ.

З'ясовано, що існує низка соціопсихологічних показників, на які не впливає спосіб організації ФВ в загальноосвітніх навчальних закладах. Поряд із цим виявлено низку відмінностей у соціопсихологічній характеристиці

школярів різних медичних груп ЕГ, що сформувалися під впливом участі в інтегративних уроках ФК. Ці особливості ставлення до ФК і структури дозвілля школярів, які навчалися в умовах інтеграції, дають можливість стверджувати, що така модель є ефективнішою, оскільки сприяє формуванню передумов до розвитку у школярів таких важливих якостей, як здатність до кооперації, відповідальність, чуйність, комунікабельність, мобільність мислення тощо.

Організація інтегративного ФВ в загальноосвітніх навчальних закладах сприяє збільшенню обсягів побутової РА у школярів ($p < 0,05-0,001$), а в 5 класі достовірному ($p < 0,001$) зростанню обсягів занять у спортивних секціях при суттєвому відставанні обсягів низького рівня активності, а також практично однакових обсягів сну і занять сидячи, що визначає вищі енерговитрати школярів (2276,2 ккал в ЕГ порівняно з 2196,5 ккал, $p = 0,05$). Інтегративне ФВ є більш ефективним для школярів із відхиленнями у стані здоров'я (СМГ та ПМГ), оскільки зумовлює суттєве ($p < 0,05$) зростання в них обсягів РА високого рівня. Тоді як для практично здорових школярів більш ефективним є ФВ в сегрегативних умовах, які сприяють суттєвому збільшенню ($p < 0,001$) обсягів занять у спортивних секціях і самостійно організованих формах дозвілля.

Зміни, що відбулися в показниках фізичного розвитку під впливом інтегративного ФВ, свідчать про збільшення ($p < 0,05$) функціональних резервів дихальної і нервово-м'язової систем, стійкості до гіпоксії ($p = 0,06 - p < 0,01$) школярів середнього шкільного віку, відсутність відставання загального рівня соматичного здоров'я школярів і його складових, відповідність ступеня сутулості нормі. Порівняння усього комплексу показників, що відображають вплив на фізичний розвиток організму, виявило дещо вищу ефективність ФВ в інтегративних умовах організації навчального процесу (19,4% порівняно з 13,6%, $p < 0,05$) від сегрегативної (табл. 2).

Таблиця 2

Показники школярів ЕГ та КГ

Показники	Групи	ОМГ		ПМГ		СМГ		Сума
		дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	
Фізичний розвиток	ЕГ	23,6	20,0	23,6	27,3	18,0	3,6	19,4*
	КГ	16,3	7,3	18,2	18,2	9,1	12,7	13,6
Фізична підготовленість	ЕГ	2,9	1,0	5,7	10,5	8,6	3,8	32,4
	КГ	4,8	8,6*	4,8	7,6	4,8	5,7	36,2
Психічний стан	ЕГ	6,7	13,3	10,0	26,7	16,7	16,7	15,0**
	КГ	0	2	10,0	10,0	3,3	0	5,0
Разом	ЕГ	3,2	3,7	4,4	4,2	4,6	1,9	22,3**
	КГ	2,5	1,9	3,2	3,9	4,6	2,3	18,4

Примітка. Ступені достовірності розбіжностей: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

За рівнем розвитку фізичних якостей (див. табл. 2) в інтегративних умовах ФВ школярі СМГ та ПМГ ЕГ не відставали від тих, які навчалися в сегрегативних умовах, проте серед школярів ОМГ кількість вищих результатів

в ЕГ була суттєво меншою, ніж у КГ (3,9% порівняно з 13,4%, $p < 0,05$). Це підтверджує, що інтегративне ФВ є ефективнішою формою організації для поліпшення фізичної підготовленості школярів із відхиленнями у стані здоров'я, тоді як для фізичного удосконалення практично здорових школярів – уроки, що проводяться окремою підгрупою. Для забезпечення достатніх темпів зростання ФП в умовах інтегративних уроків ФК обов'язковою є участь школярів ОМГ в додаткових заняттях фізичними вправами (секції з видів спорту). За показниками фізичної підготовленості переваги інтегративної моделі організації ФВ школярів проявлялися в окремих статево-вікових та медичних групах (у дівчат частіше, ніж у хлопців; у 7–9 класах – ніж у 5–6, у школярів із відхиленнями у стані здоров'я – ніж у практично здорових) і в окремих фізичних якостях (насамперед спритності). Спритність набуває дедалі важливішого значення в теперішньому світі, зокрема в оволодінні сучасними професіями, визначає ступінь швидкості когнітивних операцій, пристосування людей до мінливих ситуацій, тому переваги експериментальної організації уроків ФК у цьому напрямі є соціально значущими.

Проте найчастіше достовірно ($p < 0,05–0,001$) менші результати (порівняно зі школярами КГ) спостерігали у школярів ЕГ в результатах виконання вправ на силову витривалість (ніг, живота, рук і верхньої частини спини). Силова витривалість є важливою фізичною якістю, оскільки від ступеня її розвитку залежить працездатність школярів. Тому необхідно збільшити обсяги вправ на розвиток силових витривалості школярів з урахуванням оздоровчого впливу на організм школяра рівня розвитку силових витривалості.

Спосіб організації ФВ не впливає на рівні ситуативної тривожності, результати теплінг-тесту та ступінь мотивованості класу на досягнення успіху в діяльності школярів середнього шкільного віку. Інтегративні уроки ФК менш психічно травматичні, зручніші і психологічно комфортабельніші, ніж сегрегативні, оскільки у школярів різних медичних груп у таких умовах високі показники тривожності трапляються рідше ($p < 0,05$), низькі – дещо частіше, суб'єктивні оцінки самопочуття, активності і настрою – вищі ($p < 0,05–0,01$). Під час інтегративних уроків ФК створюються сприятливіші психологічні умови для школярів; у результаті в усіх без винятку статевих, вікових і медичних групах кількість вищих показників психічного розвитку суттєво більша (15,0% порівняно з 5,0%, $p < 0,01$). В інтегративних умовах позитивні зміни у психічних показниках відбуваються у всіх школярів, проте найбільш відчутні вони у СМГ та ПМГ: заняття з ФВ такі діти сприймають прихильніше, відчують себе в безпеці, тому спокійніші, позатим ініціативніші та активніші. Отже, за показниками психоемоційного стану інтегративне проведення уроків ФК у загальноосвітніх навчальних закладах ефективніше насамперед у середовищі школярів із відхиленнями у стані здоров'я (ніж для ОМГ).

У шостому розділі «Обґрунтування і зміст концепції інтегративного фізичного виховання школярів I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах» викладено зміст концепції, її структурні елементи.

Розроблена концепція інтегративного ФВ учнів I–III груп здоров'я загальноосвітніх навчальних закладів (рис. 3) узагальнює наявні тенденції реалізації інтегративного фізичного виховання, його ідеологічні, аксіологічні та гносеологічно-методичні засади, розкриває мету, завдання та умови реалізації цих завдань. Вона містить обґрунтовані сутнісні характеристики: специфічні принципи; засоби й форми інтегративного ФВ школярів різних статевікових і медичних груп, зміст (здоров'язбережного, здоров'яформувального, здоров'явідновлювального та адаптивного) напрямків інтегративного фізичного виховання; тести й систему критеріїв визначення фізичної підготовленості і здоров'я школярів; систему скерування школярів I–III груп здоров'я до підгруп в умовах інтегративних уроків фізичної культури, організацію сукупного педагогічного впливу довкілля на школяра.

Модель компетентності з інтегративного фізичного виховання випускника вишу розроблено на підставі системи знань про відмінності показників фізичного та психічного розвитку, фізичної підготовленості, соціопсихологічних показників школярів СМГ від загалу школярів; гігієнічно виправданих і функціонально доступних для сучасних школярів навантажень на уроці ФК; з організації інтегративних уроків і позаурочних форм фізичного виховання в загальноосвітніх навчальних закладах. Компонентами моделі компетентності випускника вишу виступають когнітивна, діяльнісно-кондиційна, ціннісно-мотиваційна і функціональна компоненти. Ступінь компетентності випускника вишу можна визначити застосувавши рівняння регресії, яке ми розробили.

Уперше обґрунтовано безпечну, доступну, індивідуалізовану, економічну систему *поточного тестування* фізичної підготовленості і здоров'я школярів середнього шкільного віку. Систему тестування з 9 вправ і 3 індексів рекомендовано до застосування у процесі фізичного виховання в загальноосвітніх навчальних закладах для поточного оцінювання фізичної підготовленості школярів як одного із критеріїв оцінювання успішності засвоєння ними навчального предмета «Фізична культура» і визначення шляхів удосконалення окремих складових.

До авторської програми тестування вибрали такі вправи, що відповідають вікові дітей, інформують про рівень розвитку основних фізичних якостей, а їх виконання залучає до роботи основні м'язові групи. Запропоновані тестові вправи відповідають основним критеріям стандартизації тестів, маючи досить високі коефіцієнти надійності та валідності ($r_{tt}=0,81-0,98$; $r_v=0,80-0,89$). Переваги запропонованих в розробленні програмі тестових вправ полягають у їхній економічності, доступності, індивідуалізації та новизні.

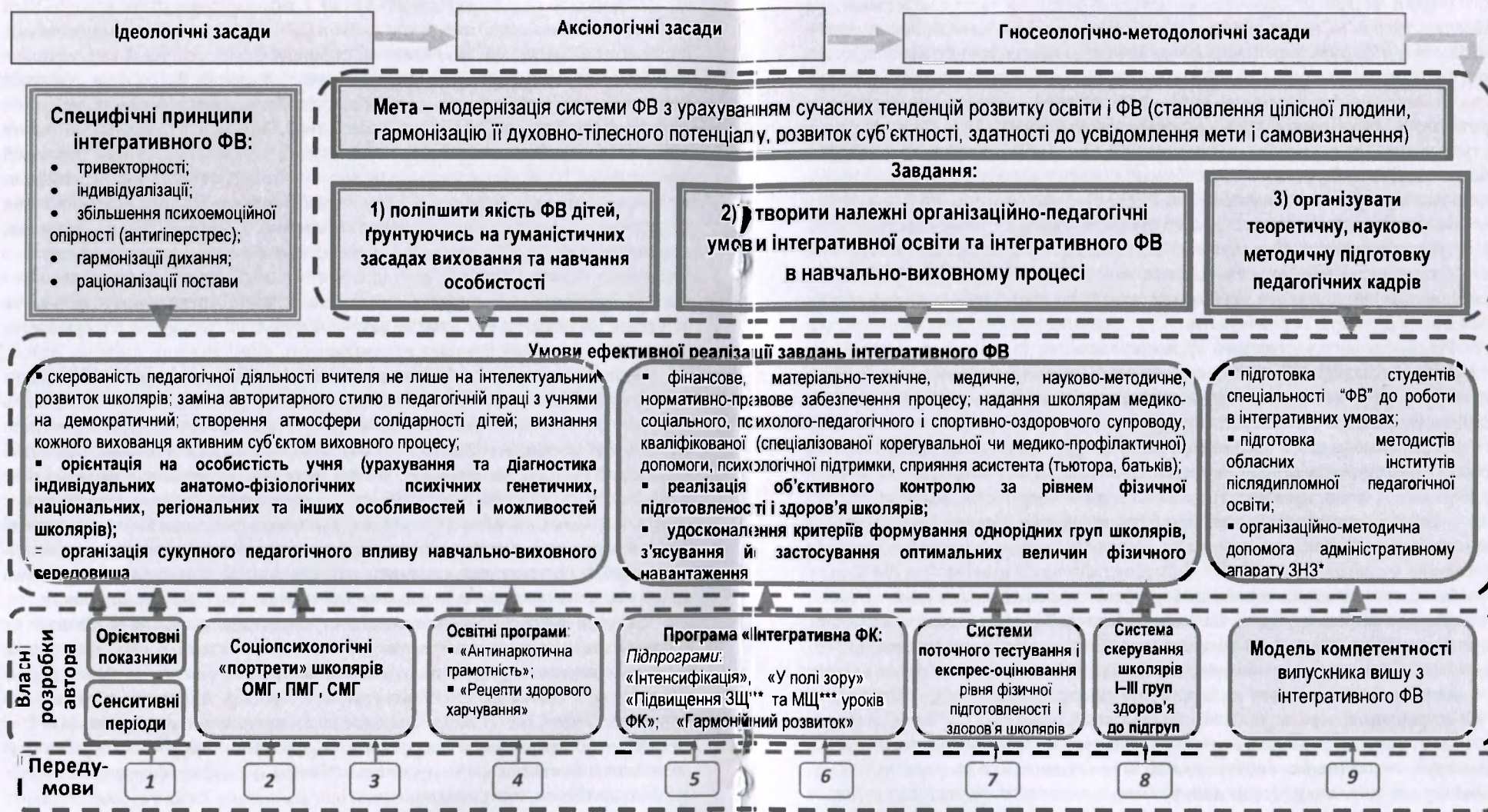


Рис.3. Концепція інтегративного ФВ школярів I-III груп здоров'я та передумови її формування

Примітки: 1-3 показники ФР, фізичної підготовленості, РА; соціопсихологічні показники школярів різних медичних груп та їхні зміни в умовах ПЕ; 4 – шкідливі звички та особливості харчування школярів різних медичних груп; 5-6 – особливості уроку ФК та позаурочних форм ФВ зі школярами СМГ; 7 – перевірка тестів на надійність та валідність; 8 – оцінювання наявних систем скерування школярів до медичних груп; 9 – рівень готовності учителів до проведення інтегративних уроків ФК зі школярами I-III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах; * – ЗНЗ – загальноосвітні і навчальні заклади, ** – ЗЩ – загальна щільність, *** – МЩ – моторна щільність.

Обрані вправи є *безпечними*, оскільки вони не травмонебезпечні, не шкодять здоров'ю, навіть навпаки, *запобігають захворюванням*, поширеним у шкільному віці (оскільки «переключення» уваги з близької на далеку відстань під час передачі та ловіння волейбольного м'яча сприяє тренуванню акомодациї ока, а виконання відповідних вправ з урахуванням ступеня симетричності розвитку м'язів (індексу гармонійності розвитку косих м'язів) – зменшенню ступеня порушень постави у фронтальній площині). Урахування маси тіла, довжини тіла та його ланок, передбачене умовами виконання тестових вправ, дозволяє врахувати *індивідуальні* особливості учня, а отже, об'єктивізувати результати тестування. *Новизна* вправ (чи введення нових елементів, наприклад ліміту часу, в умови виконання добре відомих вправ, чи вимірювання довжини стрибка не в сантиметрах, а в кількості стоп школяра) і їхня доступність (не складні технічно і помірні за навантаженням), індивідуалізація не відбивають бажання у школярів їх виконувати.

Рівень розвитку окремих фізичних якостей доцільно оцінювати за 12-бальною шкалою, прийнятою у школі. Для визначення загального рівня фізичної підготовленості школярів 5–9 класів обчислюють середнє значення оцінок, отриманих у результаті складання нормативів.

Нормативи (окремо для кожної вікової групи) були розроблені шляхом обчислення середніх величин на підставі статистичного дослідження великої вибірки школярів основної та підготовчої медичних груп середнього шкільного віку. Надалі шляхом моделювання було проведено пошук інформативних критеріїв експрес-оцінювання рівня розвитку фізичних якостей і здоров'я школярів.

Виведене рівняння множинної регресії з високим ступенем точності дозволяє встановити рівень здоров'я і фізичної підготовленості школярів, про що свідчать результати кореляційного аналізу між результатами індексу фізичної підготовленості і здоров'я (ІФПЗ) 85 школярів та інтегральним показником стану здоров'я цих самих школярів ($r=0,54$), отримані із застосуванням програмно-апаратного комплексу «Омега-М».

Для *експрес-оцінювання* рівня здоров'я та фізичної підготовленості школярів як критерію поділу школярів на відносно однорідні групи на початку навчального року для добору фізичного навантаження й мотивування відносно слабо підготовлених школярів до тестування, а також регулярних занять фізичними вправами з метою самоудосконалення можна запропонувати обчислення індексу фізичної підготовленості і здоров'я (ІФПЗ):

$$ІФПЗ = 0,11 + 0,007X_1 + 0,006X_2 + 0,025X_3 + 0,004X_4,$$

де ІФПЗ – індекс фізичної підготовленості і здоров'я;

X_1 – силова витривалість рук (у вправі згинання-розгинання рук в упорі ззаду на лаві упродовж 20 с, рази);

X_2 – спритність (у вправі кидки й ловіння м'яча двома руками від стіни протягом 30 с, рази);

X_3 – індекс рухливості хребта, у.о.;

X_4 – силова витривалість м'язів живота (у вправі піднімання тулуба в сід упродовж 30 с, рази).

Нормативи, які увійшли до авторської системи тестування, дозволяють встановити еталон, виявити, до чого необхідно прагнути школяреві для досягнення оптимального стану фізичного здоров'я. Високий рівень фізичної підготовленості забезпечується належним рівнем здоров'я, гармонійними фізичним розвитком і фізичною підготовленістю, стійкістю до поширених у середовищі школярів захворювань.

Уперше укладено обґрунтовані критерії скерування школярів I–III груп здоров'я до підгруп в умовах інтегративних уроків ФК (у вигляді таблиці і в текстовому форматі). Критеріями обрано протипоказаннями, школярів до фізичних навантажень. Згідно з протипоказаннями школярів варто розподіляти на чотири групи (A1, A2, Б і В), що дозволить учителям ФК добирати оптимальне фізичне навантаження відповідне до можливостей і потреб школярів після захворювань, що, імовірно, сприятиме зростанню обсягів їхньої РА, а відтак і оздоровленню засобами ФВ. Отже, відповідно до запропонованого підходу, школярів I–III груп здоров'я в умовах спільних уроків ФК об'єднують у три підгрупи: А, Б і В. Підгрупу А поділяють ще на дві. Так, до *підгрупи А1* належать діти, які за станом здоров'я на цей момент не мають виражених протипоказань до застосування вправ, проте потребують виконання спеціальних та корегувальних вправ (профілактичної й оздоровчої спрямованості, для формування правильної постави, для зняття психологічних і фізичних навантажень, дихальних вправ) і корегування інтенсивності навантаження. До *підгрупи А2* скеровують дітей, яким за станом здоров'я на цьому етапі протипоказані вправи на форсоване дихання. *Підгрупа Б* – діти, яким за станом здоров'я на цьому етапі протипоказані вправи на затримку дихання, вправи зі статичним навантаженням (натужуванням), різкі рухи і глибокі нахили голови та тулуба. *Підгрупа В* – діти, яким за станом здоров'я на цьому етапі протипоказані акробатичні вправи, стрибки, швидкісно-силові вправи.

У сьомому розділі «Аналіз та узагальнення результатів дослідження» підсумовано отримані дані. Виокремлено три групи отриманих результатів: дані, які отримали подальший розвиток, ті, які було удосконалено, та абсолютно нові результати з означеної проблеми.

Наші дослідження *підтверджують* результати інших фахівців (И. А. Анохина, 1992; Г. В. Безверхня, 2003; А. Obłecińska, 2006; Н. Москаленко, 2007, 2008, 2010, 2014; В. Ваїпта, 2008; В. О. Сутула, 2010; М. В. Дутчак, Т. Ю. Круцевич, 2010 та ін.) щодо низької РА школярів на дозвіллі, нерегулярних занять у спортивних секціях при декларації позитивного ставлення до уроків ФК; щодо мотивів, що приваблюють до участі в уроках ФК, а також улюблених засобів і форм ФВ; недоліків у харчуванні, кількості школярів, охоплених шкідливими звичками, віку першого досвіду й мотивів вживання алкоголю та тютюнокуріння.

У проведеному дослідженні підтверджено дані (В. В. Залеська; В. С. Шувалова; Д. Н. Исаев, 2000; Ю. А. Перевошиков, 2006; В. Земцова, 2007; Л. А. Хохлова, 2010; Е. В. Сажнева, 2010; А. В. Сутула, 2011) про поширені у шкільному віці недуги; зростання чисельності СМГ з роками навчання у школі; дані (В. К. Спирин, 2002; С. Д. Поляков, 2006; А. Ю. Лутонин, 2009; Г. А. Єдинак, 2009) про антропометричні, функціональні, психічні показники та показники фізичної підготовленості школярів СМГ; схильність учнів із відхиленнями у стані здоров'я до ризикованої поведінки (В. М. Вовк, 2009; В. О. Сутула, 2010; А. А. Пашин, 2011).

Підтверджено (В. Д. Кряжев, 2003; С. П. Левушкин, 2006; Б. А. Никитюк, 2008; Л. В. Волков, 2012), що періоди пришвидшеного розвитку тієї ж фізичної якості, установлені за результатами виконання різних вправ, не збігаються, а періоди високих темпів розвитку фізичних якостей у дітей із відхиленнями у стані здоров'я (Л. В. Шапкова, 2001–2003) відстають на 1–2 роки. Підтверджено (О. Маркова, 2007; О. Булгаков, 2012; Г. П. Ковальчук, 2012), що в сучасних загальноосвітніх навчальних закладах робота з профілактики і корекції порушень у стані здоров'я школярів практично не проводиться, «малі» форми ФВ на ділі не організовуються.

Набули подальшого розвитку дані (Р. П. Карпюк, 2008; 2009) про спосіб життя, обсяг і характер РА учнів 5–9-х класів, пріоритети їхніх мотивів й інтересів, установлені особливості соціопсихологічних показників у дітей різних медичних, вікових та гендерних груп; диференційовано донозологічні чинники захворюваності за демографічними й медичними показниками дітей; уточнено вік і стать, а також медичні групи, в яких розбіжності показників фізичного розвитку є суттєвими.

На контингенті школярів СМГ середнього шкільного віку підтверджено інформацію про низькі рівні адаптації, зареєстровані у студентському віці (А. Ю. Лутонин, 2009; А. В. Магльований, 2009–2010). Підтверджено на контингенті середнього шкільного віку наукові результати (Т. Е. Виленская, 2005; 2006), отримані на контингенті молодшого шкільного віку, щодо недоліків в організації і методиці ФВ школярів СМГ. Уточнено окремі

аспекти організації і змісту уроків в СМГ зі школярами середнього шкільного віку (належна МЦ, тривалість навантажень різної інтенсивності, співвідношення часу на розвиток окремих фізичних якостей і зміцнення окремих груп м'язів).

Уперше встановлено розбіжності показників фізичного розвитку та психічного стану, фізичної підготовленості РА школярів, які навчаються в різних (сегрегативних чи інтегративних) умовах організації процесу ФВ. Зокрема, встановлено, що за показниками *фізичного розвитку і психічного стану* в процесі інтегративного ФВ спостерігається більша кількість достовірно кращих ($p < 0.05 - 0.001$) показників у різних статевих, медичних і вікових групах. Аналіз показників *фізичної підготовленості* дозволяє визнати інтегративні уроки ФК більш ефективнішими для школярів із відхиленнями у стані здоров'я, ніж для здорових школярів; для розвитку спритності школярів, ніж для їхньої силової витривалості; для дівчат, ніж для хлопців; для школярів СМГ старших вікових груп (7–9 класів), ніж для молодших осіб. Для школярів, що навчалися в умовах інтеграції, характерне достовірно краще ставлення до уроків ФК, ніж для тих, які навчалися в сегрегативних умовах. Інтегративне ФВ сприяє формуванню в усіх школярів таких важливих якостей як відповідальність, здатність до кооперації, чутливість, комунікабельність, мобільність мислення тощо; психологічно комфортнішим для школярів із відхиленнями у стані здоров'я. Сегрегативні уроки у школярів ОМГ чи ПМГ викликали неспокій, підвищену збудливість, роздратованість, нервозність, агресивність. Таким чином, сегрегативне ФВ становить загрозу порушення психічного здоров'я школярів.

Уперше з'ясовано, що проведення спільних уроків ФК для школярів сприяє ($p < 0.05$) збільшенню функціональних резервів дихальної і нервово-м'язової систем, тоді як кількість школярів із вищими резервами ССС була дещо більшою ($p > 0.05$) в умовах окремих уроків ФК для школярів із різних медичних груп.

Уперше доведено, що у школярів різних медичних груп періоди високих темпів розвитку окремих фізичних якостей настають гетерохронно, спостерігаються відмінності в їхній тривалості й потужності. У школярів СМГ періоди пришвидшеного розвитку фізичних якостей вужчі, темпи їхнього розвитку суттєво нижчі, ніж у школярів ОМГ, і настають на 1–2 роки пізніше, ніж у їхніх однолітків з ОМГ.

Уперше встановлено сенситивні періоди розвитку фізичних якостей школярів СМГ: спритності – 13–16 років; гнучкості – у дівчат – 14–15 років, хлопців – 14–15 років; силової витривалості рук – у дівчат – 14–15 років, хлопців – 12–13 і 14–15 років; силової витривалості м'язів живота – у дівчат – 14–15 років, хлопців – 14–15 років. Вік 11–12 років – помірно чутливий період до розвитку швидкості розгиначів рук.

Уперше складено порівняльні соціопсихологічні портрети школярів різних вікових, статевих і медичних груп.

Уперше розроблено й обґрунтовано безпечну, доступну, індивідуалізовану, економічну систему поточного тестування фізичної підготовленості і здоров'я школярів середнього шкільного віку на основі складання 9 тестових вправ і обчислення 3 індексів, що охоплюють основні м'язові групи й діагностують основні фізичні якості та систему експрес-оцінювання рівня фізичної підготовленості і здоров'я школярів, що передбачає складання 4 вправ, результат яких найтісніше корелює з функціональним станом провідних систем організму, з оцінними таблицями статево-вікових нормативів дітей 10-15 років.

Уперше укладено критерії скерування школярів I-III груп здоров'я до підгруп в умовах спільних уроків ФК.

ВИСНОВКИ

У дисертації подано нове розв'язання науково-прикладної проблеми невідповідності наявного рівня знань з теорії і методики інтегративного ФВ школярів I-III груп здоров'я сучасним потребам практики.

I. Досвід, накопичений донині у фізичному вихованні, засвідчує, що система тестування рівня фізичної підготовленості та обліку успішності навчання учнів, скерованих до різних медичних груп, вимагає подальшого удосконалення; потребує поліпшення система комплектування медичних груп, не розроблено технологій спільних диференційованих для школярів I-III груп здоров'я позаурочних фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі дня, тижня, року; відсутня інформація про періоди пришвидшеного розвитку фізичних якостей у школярів різних медичних груп.

Потреба в інтегративному фізичному вихованні зростає пропорційно до збільшення кількості школярів із відхиленнями у стані здоров'я. Локальність інформації про показники фізичного, психічного розвитку, РА та фізичної підготовленості, притаманної школярам СМГ різних вікових і статевих груп, про протікання процесів адаптації школярів із відхиленнями у стані здоров'я до фізичних навантажень ускладнює правильний вибір стратегії управління РА і фізичним розвитком учнів. Таким чином, незважаючи на світові тенденції активного поширення інтегративної освіти, фізичне виховання учнів СМГ в загальноосвітніх навчальних закладах України залишається сегрегативним. Фахівці зазначають позитивні ресурсні, гуманістичні й навчальні компоненти нововведень інтегративної моделі освіти, а також й висловлюють застереження про складність (часом і неможливість) проведення інтегративних уроків ФК для дітей, функціональні можливості яких дуже різняться, тому рекомендують окремі заняття для здорових учнів і учнів СМГ та навіть ПМГ.

2. Інтегративне ФВ дітей різних медичних груп в Україні супроводжується низкою нерозв'язаних проблем, серед яких найактуальнішими, на думку вчителів ФК, є матеріально-технічне (99%) й медичне (91%) забезпечення процесу. Суттєво ускладнює увесь процес ФВ двояке ставлення вчителів ФК до інтегративного ФВ учнів I–III груп здоров'я і нижчий за середній ($2,56 \pm 0,89$ бала) рівень готовності до проведення інтегративних уроків ФК. Потребують удосконалення наявні критерії розподілу школярів до медичних груп (1,4–1,6 бала за 4-бальною шкалою). Значно знижують ефективність уроків фізичної культури в СМГ низька ЗЩ ($88,7 \pm 15,2\%$) і МЩ ($30,2 \pm 5,4\%$); менші від належних обсяги вправ для розвитку сили й витривалості (на 68.3% і 68.4% відповідно) постуральних м'язових груп, косих м'язів живота, ромбоподібних м'язів, вправ цілеспрямованого оздоровчо-реабілітаційного характеру та інтенсивність фізичних навантажень. Недоліком інтегративних уроків ФК слугує імовірність невисоких зростає показників фізичної підготовленості (59%) у фізично підготовлених школярів.

3. Школярі, скеровані до СМГ, суттєво ($p < 0,05$ – $0,001$) відрізняються від учнів інших медичних груп середнього шкільного віку за низкою показників: частіше переглядають телепередачі, рідше прогулюються пішки й займаються спортом, менше сплять. Серед школярів із відхиленнями у стані здоров'я спостерігається вища ймовірність куріння і вживання алкогольних напоїв, а також більш ранній початок куріння та вживання алкоголю, що підтверджує схильність учнів із відхиленнями у стані здоров'я до ризикованої поведінки та свідчить про знецінення базових екзистенційних цінностей, домінування біологічних потреб, таких як потреби в стимуляції психоактивними речовинами. Їхнє ставлення до фізичного виховання відрізняється суттєво меншим ($p < 0,05$ – $0,001$) бажанням скласти нормативи фізичної підготовленості й мати диференційовану оцінку з предмета «Фізична культура», а також меншою кількістю бажаних уроків фізичної культури на тиждень. Окрім цього, існує велика кількість показників, за якими відмінності школярів СМГ не досягли статистично достовірної значущості, але їхні зміни однозначно свідчать про існування тенденції до погіршення ставлення до РА (різних її форм і засобів) зі зниженням рівня здоров'я. Ці школярі утворюють групу підвищеного ризику суттєвого погіршення здоров'я, тому і потребують підвищеної уваги батьків, педагогів, медичних працівників.

4. Зі збільшенням ступеня відхилень у стані здоров'я спостерігали достовірне зростання кількості школярів із низьким рівнем самопочуття, імовірно, унаслідок зниження рівня тренуваності, і тенденцію до зниження суб'єктивного оцінювання ступеня власної активності, що відповідає об'єктивним даним. Висока частота наявності в середовищі школярів СМГ ($p < 0,05$) осіб зі слабкою нервовою системою, яка свідчить про невисокий

рівень працездатності нервових клітин і нервової системи загалом, імовірно, може впливати на обсяг їхньої добової РА.

Установлено прогностичні показники фізичного розвитку, функціонального стану, соматичного здоров'я, психічного стану, фізичної підготовленості школярів середнього шкільного віку. Величини цих показників у школярів ОМГ можна вважати орієнтовними, тобто такими, що гарантують міцне здоров'я, оптимальний рівень РА, оптимальні резерви компенсації організму, високі рівні адаптації, фізичної підготовленості, активності та психоемоційного стану, тоді як відхилення комплексу цих показників потребує корегування обсягів та інтенсивності РА школяра, оскільки загрожує можливим погіршенням стану здоров'я і скеруванням до СМГ.

5. Сенситивними періодами розвитку фізичних якостей у школярів СМГ є такі: силової витривалості м'язів рук – 14–15 років у хлопців та 12–13 у дівчат, абдомінальних м'язів – 14–15 років, спритності – 13–16 років, швидкості – 11–12 років, гнучкості – 14–15 років. Отримані нами дані доповнюють наявні щодо настання і тривалості періоди максимальних і високих темпів розвитку фізичних якостей у житті людини. Доведено, що у школярів СМГ періоди пришвидшеного розвитку фізичних якостей були вужчими, темпи їхнього розвитку суттєво нижчими, ніж у школярів ОМГ, сенситивні періоди розвитку окремих фізичних якостей (спритність, гнучкість) наставали на 1–2 роки пізніше, ніж у їхніх однолітків з ОМГ.

6. Виявлено низку відмінностей у ставленні до ФК і в структурі дозвілля школярів, що сформувалися під впливом участі в інтегративних уроках ФК різних медичних груп. Названі соціально-психологічні особливості школярів, які навчалися в умовах інтеграції, дають можливість стверджувати, що ця модель є ефективнішою, оскільки сприяє формуванню у школярів таких важливих якостей, як здатність до кооперації, відповідальність, чуйність, комунікабельність, мобільність мислення тощо. Організація інтегративного ФВ в загальноосвітніх навчальних закладах сприяє збільшенню обсягів побутової РА у школярів ($p < 0,05$ – $0,001$); а в 5 класі – достовірному ($p < 0,001$) зростанню обсягів занять у спортивних секціях при суттєвому відставанні обсягів утилітарної РА, а також практично однакових обсягів сну і занять сидячи, що визначає вищі енерговитрати школярів (2276,2 ккал в ЕГ порівняно з 2196,5 ккал у КГ, $p = 0,05$).

7. Зміни, що відбулися в показниках фізичного розвитку під впливом інтегративного ФВ (19,4% порівняно з 13,6%, $p < 0,05$), свідчать про збільшення функціональних резервів дихальної і нервово-м'язової систем школярів середнього шкільного віку та про відсутність розбіжностей у показниках ССС. За рівнем розвитку фізичних якостей в інтегративних умовах ФВ школярі СМГ та ПМГ не відставали від тих, які навчалися в сегрегативних умовах, проте

серед школярів ОМГ кількість вищих результатів в ЕГ була суттєво меншою, ніж у КГ (3,9% порівняно з 13,4%, $p < 0,05$). Це підтверджує, що інтегративне ФВ є ефективнішою формою організації для фізичної підготовки школярів із відхиленнями у стані здоров'я, тоді як для здорових школярів уроки, що проводять окремою підгрупою, є бажанішими. Інтегративна модель ФВ сприяє суттєвому поліпшенню (15,0% порівняно з 5,0%, $p < 0,01$) показників психічного розвитку школярів усіх медичних груп. Порівняння усього комплексу показників, що відображають вплив різних моделей ФВ на школярів, виявило вищу ефективність інтегративного ФВ від сегрегативного (22,3% порівняно з 18,4%, $p < 0,01$).

Рівень фізичного розвитку школярів ЕГ із відхиленнями у стані здоров'я не відставав від рівня школярів, які навчалися в сегрегативних умовах, а за обсягами РА високого рівня й показниками психічного стану інтегративна модель ФВ виявилася результативнішою для школярів СМГ і ПМГ. Доведено вищу ефективність інтегративних уроків ФК для розвитку спритності школярів, ніж для їхньої силової витривалості; для дівчат, ніж для хлопців; для школярів старших вікових груп (7–9 класів), ніж для молодших осіб середнього шкільного віку (5–6 класи). Тобто інтегративна модель ФВ виявляється ефективнішою для окремих показників і за певних умов, які необхідно продовжувати вивчати.

8. На основі проведених досліджень розроблено концепцію інтегративного ФВ учнів різних медичних груп, що узагальнює наявні тенденції реалізації інтегративного ФВ, його ідеологічні, аксіологічні та гносеологічно-методичні засади, розкриває мету, завдання та умови реалізації цих завдань, містить специфічні принципи інтегративного ФВ.

Обґрунтовано чотирикомпонентну (ціннісно-мотиваційна, когнітивна, діяльнісно-кондиційна та функціональна компоненти) модель компетентності з інтегративного ФВ випускника вишу, побудовану на основі системи знань про відмінності, показників фізичного та психічного розвитку, фізичної підготовленості, соціопсихологічних показників школярів СМГ від загалу школярів; гігієнічно виправданих (і функціонально доступних) навантажень на уроці фізичної культури для сучасних школярів; з організації (управління) інтегративних (індивідуалізованих одночасних) уроків і позаурочних форм фізичного виховання в загальноосвітніх навчальних закладах.

Сприятливі вирішенню завдань концепції будуть критерії скерування школярів I–III груп здоров'я до підгруп за умови спільних уроків ФК, які ми обґрунтували й подали у вигляді таблиці та в текстовому форматі. Критеріями обрано протипоказання школярів до фізичних навантажень. Згідно з протипоказаннями, школярів варто розподіляти на чотири групи (A1, A2, B і B), що дасть можливість учителям ФК добирати оптимальне

фізичне навантаження, відповідне до можливостей і потреб школярів після захворювань, що, імовірно, сприятиме зростанню обсягів їхньої РА, а також оздоровленню засобами ФВ.

Для забезпечення виконання одного з завдань концепції ми обґрунтували систему поточного тестування фізичної підготовленості і здоров'я школярів середнього шкільного віку. Розроблена й обґрунтована авторська система є безпечною, доступною, індивідуалізованою, економічною. Вона передбачає складання 9 тестових вправ і обчислення 3 індексів, що охоплюють основні м'язові групи й діагностують основні фізичні якості. Система експрес-оцінювання рівня фізичної підготовленості і здоров'я школярів передбачає складання 4 вправ, результат яких найтісніше корелює з функціональним станом провідних систем організму. Розроблено та обґрунтовано нормативи фізичної підготовленості дітей середнього шкільного віку.

Перспективи подальших наукових досліджень вбачаємо в детальнішому з'ясуванні особливостей фізичного психічного та соціального здоров'я школярів, скерованих до підготовчої медичної групи.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп : [монографія] / Іванна Боднар. – Л. : ЛДУФК, 2014. – 316 с.

2. Боднар І. З досвіду викладання дисципліни «Теорія і методика фізичного виховання у спеціальних медичних групах» для студентів Львівського державного інституту фізичної культури / Іванна Боднар // Актуальні проблеми теорії і методики фізичного виховання : колект. моногр. / упоряд.: О. М. Вацеба, Ю. В. Пегришин, Є. Н. Приступа, І. Р. Боднар. – Л. : Укр. технології, 2005. – С. 92–95.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні структури і змісту навчального матеріалу з навчальної дисципліни.

Посібники

3. Боднар І. Р. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи : навч.-метод. посіб. / І. Р. Боднар. – Л. : Укр. технології, 2005. – 48 с.

4. Боднар І. Р. Теорія, методика та організація фізичного виховання учнів у спеціальній медичній групі : навч. посіб. / І. Р. Боднар. – Л. : ЛДУФК, 2013. – 170 с. Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів (лист № 1/11-12177 від 30.07.13).

**Статті в закордонних періодичних виданнях
зи напрямом дисертації**

5. Bodnar I. Socio-educational "portrait" of special medical group schoolchildren / Bodnar I., Andres A., Tymkovych I. // Life and movement. – 2013. – Is. 1(3). – P. 17–21.

Особистий внесок здобувача полягає у формулюванні ідеї, аналізі та узагальненні результатів дослідження. – ISSN 2299 – 7245

6. Bodnar I. Forms of physical education that are preferred by pupils of different demographic and medical groups, by teachers and parents / Ivanna Bodnar // Journal of Physical Education & Health. Social Perspective. – 2013. – Vol. 2, is. 4. – P. 19–26. – ISSN 2084 – 6002

7. Prystupa Y. Health level and fitness of secondary school pupils in Ukraine / Prystupa Y., Bodnar I. // Life and movement. – 2013. – № 3/4 (5). – P. 3–12.

Особистий внесок здобувача полягає в проведенні дослідження, аналізі та узагальненні його результатів. – ISSN 2299 – 7245

8. Приступа Е. Н. Организационно-педагогические аспекты инклюзивного физического воспитания учащихся 1–3 групп здоровья / Е. Н. Приступа, И. Р. Боднар Ю. В. Петришин // Наука и спорт: современные тенденции. – 2014. – № 1, т. 2. – С. 118–123.

Особистий внесок здобувача полягає в проведенні дослідження, аналізі та узагальненні його результатів.

Статті в наукових фахових виданнях України

9. Боднар І. Фізичний розвиток і функціональні показники дітей старшого дошкільного віку другої групи здоров'я / Іванна Боднар, Лариса Козіброда // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2006. – Вип. 10, т. 3. – С. 229–235.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

10. Боднар І. Організація і методика фізичного виховання з учнями спеціальної медичної групи у школах Львівської області / Іванна Боднар, Ярослав Гаврих, Наталя Стефанишин // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2009. – Вип. 13, т. 2. – С. 13 – 20.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

11. Вплив уроків з плавання на фізичний розвиток і соматичне здоров'я школярів 10–річного віку [Електронний ресурс] / Сибіль М. Г., Петришин Ю. В., Боднар І. Р., Мартин П. М., Кобрин В. М. // Спортивна наука України. – 2011. – № 5. – С. 55–71. – Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/SNU/2011-5/11singsvo.pdf>.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

12. Сибіль М. Вплив плавання на фізичний розвиток і соматичне здоров'я школярів / Марія Сибіль, Іванна Боднар, Володимир Кобрин // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Вінниця, 2011. – Вип. 12, т. 1. – С. 360–369.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

13. Сибіль М. Г. Фізичний розвиток і соматичне здоров'я учнів Львівських загальноосвітніх шкіл / М. Г. Сибіль, І. Р. Боднар, В. М. Кобрин // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2011. – Вип. 86, т. 2. – С. 125 – 129.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

14. Волошин І. Зміцнення здоров'я і покращення фізичного розвитку школярів під впливом плавання [Електронний ресурс] / Іван Волошин, Юрій Петришин, Іванна Боднар // Спортивна наука України. – 2012. – № 5. – С. 39–47. – Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/SNU/2012-5/11smgsyo.pdf>.

Особистий внесок здобувача полягає аналізі й узагальненні даних літератури, їх систематизації.

15. Боднар І. Місце рухової активності у дозвіллі учнів середнього шкільного віку / Іванна Боднар // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2013. – № 2. – С. 257–264.

16. Боднар І. Організація і реалізація фізичного виховання у різних медичних групах (огляд стану проблеми) / Іванна Боднар // Слобожанський спортивно-науковий вісник. – 2012. – № 5, ч. 1. – С. 19–23.

17. Боднар І. Ставлення учнів середнього шкільного віку до уроків фізичної культури / Іванна Боднар // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвропейського нац. ун-ту імені Лесі Українки. – Луцьк, 2013. – № 1 (21). – С. 134–140.

18. Поширення шкідливих звичок у школярів різних медичних груп / Боднар І. Р., Пазичук М. В., Пазичук О. В., Пазичук О. О. // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2013. – Вип. 112, т. 3. – С. 85–92.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

19. Боднар І. Стан проблеми організації фізкультурно-оздоровчих заходів в режимі дня школяра / Іванна Боднар, Артем Кухарчук // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. – К., 2013. – Вип. 3(31). – С. 18–27.

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

20. Боднар І. Засоби фізичного виховання, яким надають перевагу учні різних демографічних та медичних груп / Іванна Боднар // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. – К., 2013. – Вип. 7 (33). – С. 509–519.

21. Боднар І. Порівняльна характеристика ставлення учнів різних демографічних і медичних груп до уроків фізичної культури / Іванна Боднар // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. Вінницького держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. – Вінниця, 2013. – Вип. 16. – С. 14–21.

22. Боднар І. Ризик-чинники імовірного переведення школярів до спеціальної медичної групи / Іванна Боднар // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини. – Л., 2013. – Вип. 17, т. 2. – С. 22–27.

23. Приступа Є. Н. Інклюзивне фізичне виховання школярів 1–3 груп здоров'я / Приступа Є. Н., Петришин Ю. В., Боднар І. Р. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання. – 2013. – № 1. – С. 62–67.

Особистий внесок здобувача полягає в систематизації даних спеціальної літератури, їх аналізі й узагальненні. Видання внесено до міжнародних наукометричних баз даних: Academic Journals Database, DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elektronische Zeitschriftenbibliothek, Index Copernicus, Google Scholar, Ulrich's periodical Directory, російського індексу наукового цитування (РІНЦ).

24. Боднар І. Проблеми залучення учнів 1–3 груп здоров'я до спільних уроків фізичної культури / Іванна Боднар // Фізична активність, здоров'я і спорт – 2013. – № 1 (11). – С. 36–44. Видання внесено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus Journals Master List.

25. Bodnar I. Dynamics of dextery, speed, explosive force, and flexibility indices in schoolchildren belonging to different medical groups / I. Bodnar // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2013. – № 4(14). – С. 13–22. Видання внесено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus Journals Master List.

26. Боднар І. Динаміка показників силової витривалості м'язів рук школярів різних медичних груп [Електронний ресурс] / Іванна Боднар // Спортивна наука України. – 2013. – № 6 (57). – С. 39–44. – Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua/index.php/snu/article/view/185>

27. Боднар І. Порівняльна характеристика скарг на здоров'я у школярів різних медичних груп / Іванна Боднар // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини. – Л., 2014. – Вип. 18, т. 3. – С. 16–23.

28. Боднар І. Ефективність уроків фізичної культури зі школярами спеціальної медичної групи / Іванна Боднар // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2014. – № 1. – С. 12–16.

29. Боднар І. Підвищення ефективності уроків фізичної культури зі школярами спеціальної медичної групи / Іванна Боднар // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. – К., 2014. – Вип. 14 (41). – С. 26–31.

30. Боднар І. Р. Показники силової витривалості школярів різних медичних груп / Боднар І. Р. // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. – № 1. – С. 7–11.

Патенти

31. Спосіб визначення рівня готовності студентів педагогічних спеціальностей до фізкультурно-оздоровчої роботи : патент 69490 Україна : МПК А61В 5/02 / Приступа Є. Н., Сидорко О. Ю., Сибіль М. Г., Боднар І. Р., Романчишин О. М. – № 13687 ; заявл. 21.11.2012 ; опубл. 25.04.2012, Бюл. № 8.

Особистий внесок здобувача полягає в інтерпретації даних контент-аналізу для обґрунтування змісту заявленого способу.

32. Обґрунтування тестів для визначення рівня фізичної підготовленості і здоров'я школярів середнього шкільного віку : а. с. № 52819 Україна / Линець М. М., Боднар І. Р. – Опубл. 25.12.2013.

Особистий внесок здобувача полягає у формулюванні ідеї, виборі шляхів вирішення проблеми, формуванні програми тестування, вимірюванні, математично-статистичній обробці та аналізі отриманих даних.

33. Критерії скерування школярів 1–3 груп здоров'я до підгруп в умовах спільних уроків фізичної культури : а. с. № 53234 Україна / Боднар І. Р., Івасик Н. О. – Опубл. 21.01.2014.

Особистий внесок здобувача полягає у формулюванні ідеї, виборі шляхів вирішення проблеми, аналізі отриманих даних.

Публікації в інших виданнях

34. Боднар І. Р. Динамика показателей силовой выносливости школьников разных медицинских групп / Боднар И. Р. // Achievement of high school – 2013 : материалы за IX Междунар. науч.-практ. конф. Серия: Педагогические науки. Физическая культура и спорт. – София, 2013. – Т. 26. – С. 75–77.

35. Боднар І. Харчування школярів різних демографічних і медичних груп / Іванна Боднар // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали IX Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Л., 2014. – С. 109–114.

36. Боднар І. Соціо-психологічний портрет школярів різних вікових, статевих і медичних груп / Боднар І., Грабик Я. // *Strategiczne pytania swiatowej nauki – 2014 : materialy X Miedzynarod. nauk.-prakt. konf. – Przemysl, 2014. – Vol. 33. – P. 81–82.*

Особистий внесок здобувача полягає в розробленні стратегії дослідження, аналізі й узагальненні його результатів.

37. Боднар И. Р. Критерии распределения школьников 1–3 групп здоровья в подгруппы в условиях общих уроков физической культуры / Боднар И. Р., Ивасык Н. О. // *Молодая спортивная наука Беларуси : материалы Междунар. науч.-практ. конф. (8–10 апреля 2014 г.). – Минск : БГУФК, 2014. – Ч. 3. – С. 5–7.*

Особистий внесок здобувача полягає у формулюванні ідеї, виборі шляхів розв'язання проблеми, аналізі отриманих даних.

38. Боднар І. Р. Обґрунтування сутнісних характеристик змісту і організації інклюзивного фізичного виховання учнів 1–3 груп здоров'я у середніх загальноосвітніх навчальних закладах / Боднар І. Р. // *Moderni vymozenosti vedy – 2014 : materialy X mezinnarod. vedecko-praktick. konf. – Praha, 2014. – T. 26. – С. 41–43.*

АНОТАЦІЇ

Боднар І. Р. Теоретико-методичні основи інтегративного фізичного виховання школярів I–III груп здоров'я. – 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, м. Львів, 2014.

Розглянуто науково-теоретичні основи інтегративного фізичного виховання школярів різних медичних груп у загальноосвітніх навчальних закладах. Виявлено проблеми системи фізичного виховання дітей I–III груп здоров'я в Україні. Визначено орієнтовні показники фізичного розвитку та психічного стану, фізичної підготовленості та рухової активності учнів середнього шкільного віку, що свідчать про міцне соматичне здоров'я. Перевірено ефективність інтегративного фізичного виховання школярів I–III груп здоров'я. Розроблено критерії скерування школярів I–III груп здоров'я до підгруп в умовах інтегративних уроків фізичної культури. Запропоновано систему поточного тестування та експрес-оцінювання рівня фізичної підготовленості і здоров'я школярів. Розроблено концепцію інтегративного фізичного виховання учнів I–III груп здоров'я в загальноосвітніх навчальних закладах.

Ключові слова: інтегративне фізичне виховання, фізична культура, школярі, фізична підготовленість, фізичний розвиток, психічний стан, рухова активність, медичні групи, здоров'я.

Боднар И. Р. Теоретико-методические основы интегративного физического воспитания школьников I–III групп здоровья. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.02 – физическая культура, физическое воспитание разных групп населения. – Львовский государственный университет физической культуры, г. Львов, 2014.

Рассмотрены научно-теоретические основы интегративного физического воспитания школьников разных медицинских групп в общеобразовательных учебных заведениях. Выявлены проблемы системы физического воспитания детей I–III групп здоровья в Украине. Определены ориентировочные показатели физического развития и психического состояния, физической подготовленности и двигательной активности учащихся среднего школьного возраста, свидетельствующие о крепком соматическом здоровье. Проверена эффективность интегративного физического воспитания школьников I–III групп здоровья. Разработаны критерии направления школьников I–III групп здоровья в подгруппы в условиях интегративных уроков физической культуры. Предложена система текущего тестирования и экспресс-оценки уровня физической подготовленности и здоровья школьников. Разработана концепция интегративного физического воспитания учащихся I–III групп здоровья в общеобразовательных учебных заведениях.

Ключевые слова: интегративное физическое воспитание, физическая культура, школьники, физическая подготовленность, физическое развитие, психическое состояние, двигательная активность, медицинские группы, здоровье.

Bodnar I. R. Theoretical and methodological foundations of integrative physical education pupils I – III groups of health. – On the right of manuscript.

Dissertation for a degree of a Doctor of Physical Education and Sports in speciality 24.00.02 – physical culture, physical education of different population groups – Lviv State University of Physical Culture, Lviv, 2014.

Problems of physical education system in Ukraine for I–III health group schoolchildren have been revealed. Developmental physical and psychic conditions quotients, physical fitness and motor activities rates of secondary school age children have been identified, all of which testifying to sound somatic health. The integrative physical education effectiveness of schoolchildren belonging to I–III health groups has been tested. The criteria for subgroups distribution of the schoolchildren belonging to I–III health groups in the settings of integrative physical education classes have been elaborated. The system of routine testing as well as rapid assessment of physical fitness and general health level has been suggested.

The concept of integrative physical education for comprehensive secondary school pupils belonging to I–III health groups has been developed.

For the first time theoretical and methodological issues of integrative physical education of schoolchildren belonging to the I–III health groups in Ukraine have been discovered. For the first time high efficiency of integrative physical education (as compared to segregating one) has been revealed. Integrative physical education creates positive attitude towards physical culture activities, assists in recreation management, allows increasing the bulk of motor activities, and improves the physical development indices (mostly those of respiratory and muscular-nervous system's functional reserves) as well as mental health of secondary school pupils. It has been proved for the first time that according to mental health indices, motor activities and physical fitness rates integrative physical education is more effective for schoolchildren with health deviations (special health group – SHG and preparatory health group – PHG) as compared to practically healthy schoolchildren (major health group – MHG). For the first time the criteria for the I–III health group schoolchildren's distribution into subgroups in the settings of integrative physical education classes with a glance at schoolchildren's contraindications to physical exercise has been developed. For the first time safe, accessible, individualized, economical systems of routine check for testing physical fitness and general health of secondary school pupils have been substantiated. The routine testing is administered by means of performing by the schoolchildren 9 test tasks (they enclose major muscle groups and diagnose principal physical qualities) as well as computation of 3 indices. Testing also includes express-evaluation of the schoolchildren's physical fitness and general health level. The conception about sensitive periods of physical qualities development has been expanded, their time constraints in schoolchildren belonging to SHG having been specified. It has been stated for the first time that SHG schoolchildren possess narrower periods of physical qualities' accelerated growth, the pace of their development being considerably lower as compared to the MHG schoolchildren; sensitive periods of development for certain physical qualities (agility, flexibility) came 1–2 years later as compared to their peers from MHG.

Key words: integrative physical education, physical culture, schoolchildren, physical preparedness, physical development, mental health, motor activities, medical groups, health.