

**Wybrane aspekty szkolnej edukacji zdrowotnej
na przykładzie stylu życia młodzieży polsko-ukraińskiej**

Emilian Zadarko, Zbigniew Barabasz, Olena Shyyan, Edyta Nizioł-Babiarz, Yevheniya Slyvka , Maria Zadarko-Domaradzka, Iryna Turchyk, Krzysztof Frączek, Yuriy Nakonechnyy

skrypt dla wykładowców, nauczycieli i studentów

Lwów 2014

BBK 75.57
3 582

Recenzenci:

prof. nadzw. dr hab. Sławomir Drozd

prof. dr hab. Yevhen Prystupa

Redakcja techniczna - Liliana Kudryk

Projekt okładki - Jacek Wnuk

Wydawca:

Lwowski Regionalny Instytut Doskonalenia Nauczycieli we Lwowie

ISBN 978-966-8708-37-4

Zrealizowano w ramach projektu:

„Kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród młodzieży na obszarze polsko-ukraińskiego pogranicza” (Nr PBU/0832/12/MP10) realizowany w ramach projektu parasolowego pn. „Transgraniczna współpraca na rzecz turystyki uzdrowiskowej pogranicza polsko-ukraińskiego” o NR. PBU/0832/12 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś- Ukraina 2007-2013.

Egzemplarz bezpłatny

Spis treści

Wstęp

1. Edukacja zdrowotna (Health Education): Podejście europejskie i ukraińskie doświadczenia	7
2. Zarys sytuacji w ochronie zdrowia i działań w zakresie monitoringu wybranych zachowań zdrowotnych w obrębie Unii Europejskiej	11
2.1. Zarys sytuacji i stan działań w Polsce	13
2.2. Zarys sytuacji i stan działań na Ukrainie	16
3. System współczesnego wychowania fizycznego w Polsce	20
3.1. Nauczyciel wychowania fizycznego edukatorem zdrowia w polskiej szkole w wyniku reformy programowej kształcenia ogólnego	24
4. Wychowanie fizyczne i sport szkolny w systemie edukacji ogólnokształcącej szkół średnich na Ukrainie	28
4.1. Rola nauczyciela wychowania fizycznego w realizacji projektów dotyczących zdrowego stylu życia wśród uczniów na Ukrainie	32
5. Wytrzymałość i jej uwarunkowania w kontekście zachowań zdrowotnych	36
6. Kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród młodzieży na obszarze polsko-ukraińskiego pogranicza	40
6.1. Analiza wybranych zachowań zdrowotnych stylu życia młodzieży ponadgimnazjalnej z Polski i Ukrainy	41
7. Podsumowanie, uwagi, rekomendacje	66
Literatura	142

Зміст

Вступ	
1. Освіта з основ здоров'я (Health Education): європейський підхід та український досвід	74
2. Нарис ситуації в охороні здоров'я та заходів з моніторингу обраних zachowań zdrowotnych w obrębie Unii Europejskiej	78
2.1. Нарис ситуації та заходів у Польщі	80
2.2. Нарис ситуації та заходів у Україні	83
3. Актуальна система фізичного виховання в Польщі.....	87
3.1. Учитель фізичного виховання в ролі педагога валеології в польській школі внаслідок реформи навчальних програм загальної освіти.....	91
4. Фізичне виховання й шкільний спорт у системі середньої загальної освіти в Україні	96
4.1. Роль учителя фізкультури у формуванні здорового способу життя учнів (український досвід)	99
5. Витривалість і її детермінанти в контексті поведінки у відношенні до здоров'я ..	103
6. Формування здороворозумного ставлення до життя серед молоді польсько - українського прикордоння.....	107
6.1. Аналіз вибраних здорових навичок і стилю життя понадгімназійної молоді Польщі та України	108
7. Підсумки, зауваження, рекомендації.....	138
Література	142

Wstęp

W Unii Europejskiej pojawiają się coraz poważniejsze wyzwania związane ze zdrowiem społeczeństwa, których rozwiązanie wymaga nowego strategicznego podejścia, np. zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa. Powszechnie za „stare” uważa się kraje, w których udział ludności w wieku 65 lat i więcej przewyższa 7%. Sprzyjają tej dyskusji rozważania i wytyczne: komitetów, ciał doradczych i organizacji pozarządowych w państwach zrzeszonych w Unii Europejskiej dotyczące zagrożeń zdrowotnych wynikających z uwarunkowań środowiskowych i społecznych współczesnego stylu życia oraz możliwości kompensacji ich negatywnych skutków.

Wspieranie zdrowego starzenia się oznacza zarówno promocję zdrowia przez całe życie, mającą na celu zapobieganie problemom zdrowotnym i niepełnosprawności od wczesnego dzieciństwa, jak i zajmowanie się nierównościami zdrowotnymi, związanymi z czynnikami społecznymi, gospodarczymi i środowiskowymi.

Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa, termin „umiejętność odczytywania znaczenia zdrowia” (*“health literacy”*) jest używany przynajmniej od 30 lat. Według raportu *Healthy People 2010* opracowanego przez Amerykański Departament Zdrowia i Opieki Społecznej, kompetencje zdrowotne (*health literacy*) są definiowane jako: „stopień, w jakim osoby są w stanie uzyskiwać, przetwarzać i rozumieć podstawowe informacje i usługi zdrowotne konieczne do podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia”. Definicja ta odnosi się do potrzeb i umiejętności pojedynczego człowieka, w aspekcie jego zdolności wyboru i przestrzegania zdrowego stylu życia np. w zakresie zapobiegania chorobom (udział w badaniach kontrolnych i diagnostycznych) w tym korzystanie z materiałów informacyjnych, interpretowanie wyników badań, umiejętność określenia stopnia ryzyka, postępowanie zgodnie z zaleceniami lekarza. Głównym celem jest poprawa stanu ludzkiej wiedzy na temat pełnego zakresu możliwych do podjęcia działań na rzecz poprawy stanu zdrowia i stworzenia warunków dla dokonywania kompetentnych wyborów. Posiadanie przez mieszkańców kompetencji zdrowotnych uznawane jest za jeden z kluczowych elementów strategii zdrowia w polityce Unii Europejskiej. W ramach strategii zaleca się intensywną promocję programów kształcenia w tym zakresie dla różnych grup wiekowych. Obecnie zdolność odczytywania zdrowia dotyczy także posiadania umiejętności odczytywania informacji przedstawianych w formie broszur, tablic i wykresów, korzystania z komputera tak, aby osoba poddana edukacji zdrowotnej lub będąca potencjalnym czy rzeczywistym pacjentem mogła odnieść uzyskane informacje i wiedzę do siebie i postrzeganych objawów oraz zastosować się do wskazań dotyczących zmiany stylu życia czy postępowania leczniczego. Nieodłącznym elementem możliwości uzyskiwania pełnej satysfakcji z wykonywanej pracy jest dobrostan zdrowia. Już dziś szeroko pojętym stanem zdrowia i jego pomnażaniem zainteresowani są zarówno przyszli pracodawcy jak i sami pracownicy. Tymczasem poziom aktywności i sprawności fizycznej młodzieży szkolnej budzi coraz większy niepokój instytucji i ekspertów zajmujących się problematyką zdrowia społeczeństwa polskiego. Jest to trend ogólnoswiatowy, ale w Europie, Polsce a w szczególności na Ukrainie nasilenie tego zjawiska ma w

ostatnim dziesięcioleciu bardzo dynamiczny charakter, łącząc się często z nadwagą, otyłością, cukrzycą oraz występowaniem zaburzeń układu krążeniowo-oddechowego.

Wiele problemów stwarza dziś samo określenie celów szkolnego wychowania fizycznego. Okres szkoły średniej jest ostatnim etapem nauki, gdzie na szeroką skalę można prowadzić edukację zdrowotną ukierunkowaną na rozwijanie, utrzymanie oraz monitorowanie poziomu aktywności i wydolności fizycznej. Zmieniając system wychowania fizycznego, jego cele, zadania oraz strukturę nie sposób pominąć systemów kontroli.

Nasza propozycja dotycząca kultury fizycznej młodzieży zawiera tak niezbędne dziś walory samooceny i samo edukacji. Istota projektu polega na identyfikacji i modyfikacji wybranych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca jak: niski poziom aktywności i wydolności fizycznej, nieracjonalne odżywianie, nadwaga i otyłość brzuszna, palenie tytoniu oraz włączeniu działań związanych z edukacją zdrowotną. Otrzymane wyniki badań i ich analiza powinna się przysłużyć do zmiany postaw młodzieży w kierunku świadomego uczestnictwa w aktywności fizycznej. Przyczyni również się do dyskusji o kształcie i roli nowoczesnego wychowania fizycznego.

Autorzy

1. Edukacja zdrowotna (Health Education): Podejście europejskie i ukraińskie doświadczenia

Zgodnie z powszechnym przekonaniem początki edukacji zdrowotnej (Health Education) tkwią w czasach społeczeństw pierwotnych. Prymitywna edukacja zdrowotna opierała się na zgromadzonej wiedzy i umiejętności życia w istniejących warunkach. Przy takim ujęciu, zdaniem badaczy, edukacja ta: „nieznacznie tylko różni się od edukacji współczesnej” (Bedworth A., Bedworth B., 2001, c.10).

Nowoczesne uprawianie tej dziedziny edukacji jest związane z rozwojem fundamentalnych zasad opartych na wynikach badań naukowych w dziedzinie behawioryzmu u zdrowia. W wieku XIX i na początku wieku XX miała ona charakter informacyjny. Należy podkreślić, że już w połowie XX w. pojawiły się prace teoretyczne poświęcone problematyce wprowadzenia edukacji zdrowotnej w placówkach edukacyjnych (Schneider, R., 1958), prowadzono także gruntowne analizy stanu nauczania w szkołach przedmiotów poświęconych zdrowiu (School Health Education Study – SHES; USA, 1961) Uzyskane wyniki wpłynęły na status i na jakość edukacji zdrowotnej, jak również na zmianę polityki kadrowej i zastosowanie nowych koncepcji i nowych sposobów kształcenia specjalistów. Wzrost znaczenia przedmiotu został potwierdzony w stanowisku Wydziału Zdrowia Amerykańskiego Stowarzyszenia Zdrowia Publicznego (School Health Section of the American Public Health Association, 1974), które głosiło, że „edukacja w dziedzinie zdrowia powinna stać się procesem trwającym od poczęcia aż do śmierci. Edukacja ta powinna być obowiązkowa, zintegrowana i planowa” (Bedworth A., Bedworth B., 2001, c.76).

Na podstawie zapoznania się z dokumentami, materiałami i rekomendacjami Rady Europy oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) można stwierdzić zapanowanie podobnych tendencji w edukacji zdrowotnej w zjednoczonej Europie drugiej połowy XX wieku. Za potwierdzenie może tu posłużyć decyzja podjęta podczas Madryckiej Konferencji Ministrów Zdrowia Krajów Europy (1981p.), podczas której omówiono strategiczne problemy edukacji w dziedzinie ochrony zdrowia i profilaktyki różnych chorób, jak również potwierdzono, że program szkolny („Health education”) powinien stać się jednym z głównych programów na najbliższe dziesięciolecie. Docenienie kierunku edukacyjnego przez Madrycką Konferencję Ministrów Zdrowia Krajów Europy (1981p.) potwierdziło priorytetowe znaczenie edukacji w zachowaniu i wzmocnieniu zdrowia społeczeństwa.

W tym czasie WHO zainicjowała kampanię „Zdrowie dla wszystkich”, w ramach której zapoczątkowano proces gromadzenia i systematyzowania informacji o istniejących zagrożeniach dla zdrowia społeczeństwa. Uzyskane wyniki zwróciły uwagę społeczeństwa na przedmiotowy problem. Należy zauważyć, że skutkiem tego stało się upowszechnienie edukacyjnych programów profilaktycznych mających na celu zapoznanie z pewnymi ryzykami dla zdrowia i popularyzację zachowań sprzyjających ich profilaktyce. Podsumowanie działań przedstawiono w Karcie Ottawskiej (WHO, 1986), na zapisach której opiera swą działalność światowe środowisko problemów zdrowia i zdrowego sposobu życia. Zgodnie z tym dokumentem edukacja zdrowotna stanowi integralny komponent polityki promocji zdrowia i jest powołana do ograniczenia nierówności społecznych, ekonomicznych i środowiskowych.

Idee Konferencji Madryckiej położyły podwaliny pod opracowanie przez Komitet Ministrów Rady Europy (1988) rekomendacji o wprowadzeniu kursu edukacji zdrowotnej do szkół. Ważnym aspektem nowej koncepcji jest z metodologicznego punktu widzenia stwierdzenie, że młodzież należy zachęcać do badania swych osobistych poglądów i przekonań, do uświadomienia sobie wyznawanych wartości i przeanalizowania różnych etapów procesu podejmowania jakiegokolwiek decyzji. W centrum uwagi powinno się znaleźć

wychowywanie uczniów do odpowiedzialności i rozumienia przez nich właściwego sposobu dokonania wyboru drogi życiowej (Wasylenko/ Vasylenko, 2000).

Kolejne ważne wydarzenia miało miejsce w 1988 r., gdy Komitet Ministrów Rady Europy opracował Rekomendację Nr (88) 7 „O edukacji zdrowotnej w szkole oraz roli i kształceniu nauczycieli”. Komitet Ministrów, zgodnie z punktem b artykułu 15 Statutu Rady Europy (994_001), wzięwszy pod uwagę, że celem Rady Europy jest osiągnięcie większej spójności między jej członkami, uchwalił ogólną koncepcję dziedzin ochrony zdrowia i ochrony socjalnej. W dokumencie uwzględniono rekomendacje Nr R(82)4 „O profilaktyce problemów związanych z alkoholem, szczególnie wśród młodzieży” oraz Nr R(82)5 „O profilaktyce narkomanii i szczególnej roli edukacji zdrowotnej”, a także wzięto pod uwagę, że niezależnie od rozwoju zaawansowanej i specjalistycznej służby zdrowia nadal pojawia się wiele problemów związanych ze zdrowiem, które nie nadają się do rozwiązania przy pomocy tradycyjnych środków profilaktycznych lub medycznych, a przy tym większość z tych problemów pozostaje w korelacji z niezdrowym sposobem życia. Dlatego też podkreślono, że edukacja zdrowotna (Health Education), poprzez stymulowanie zdrowych postaw społecznych i sposobów życia, może sprzyjać unikaniu takich problemów oraz, że wraz z odgrywającą główną rolę rodziną, *szkoła stanowi instytucję najbardziej przydatną w upowszechnianiu edukacji zdrowotnej*, ponieważ gromadzi młodzież – grupę wiekową, która najbardziej potrzebuje wpojenia wzorców zdrowych zachowań.

Przed nowoczesną edukacją zdrowotną postawiono następujące zadania:
- podniesienie poziomu wiedzy w społeczeństwie, wśród specjalistów ds. zdrowego sposobu życia i polityków (przedstawicielei władz) o wpływie czynników społeczno-ekonomicznych i środowiskowych na stan zdrowia oraz o nierównomiernym upowszechnieniu środków terapeutycznych;

- kształtowanie skłonności do przejmowania odpowiedzialności. Zawiera się w tym zastosowanie edukacji w zakresie zdrowego sposobu życia do przekazywania wiedzy i kształtowania umiejętności życiowych (kompetencji) w celu nabycia zdolności do podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia, a także zdrowia rodziny i społeczności, w której żyją (Touns K. 1990).

Ostatnie dziesięciolecie XX wieku przyniosło, zdaniem międzynarodowych ekspertów, nowe postrzeganie roli edukacji zdrowotnej, w którym uwzględniono zarówno przeszłość, teraźniejszość, jak i przyszłość. Zgodnie z rezolucją ONZ Nr 38/54 z roku 1997, zdrowie społeczeństwa zostało uznane za główne kryterium celowości i efektywności wszystkich dziedzin działalności gospodarczej. Edukacja zdrowotna została uznana za najważniejszą misję ruchu „nowe zdrowie społeczne” działającego na rzecz zawodowej i społecznej dbałości o wpływ na stan zdrowia wywierany przez całe środowisko - społeczne, ekonomiczne i fizyczne (Seymour, 1997). W dokumencie końcowym Konferencji w Dżakarcie „Promocja zdrowego stylu życia w XXI wieku” podkreślono, że w celu przezwyciężenia nowych zagrożeń dla zdrowia, konieczne są nowe priorytety w działalności promującej zdrowie w XXI wieku. (Deklaracja z Dżakarty, 1997).

Komitet Ekspertów Rady Europy w sprawie kryteriów polityki w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia (Strasbourg, 1998), który uznaje promocję zdrowia za poszerzanie sfery dobrobytu i przeciwdziałania (lub ograniczenia prawdopodobieństwa) zachorowania lub pogorszenia zdrowia i wyodrębnia przy tym trzy rodzaje zachowań, z których jednym jest edukacja zdrowotna. Edukacji dane jest odegrać tu rolę szczególną, a to z powodu jej zdolności do zapewnienia zarówno ustawicznego kształcenia różnych grup społecznych, jak i specjalistów z różnych dziedzin, na każdym z etapów ich działalności zawodowej.

Taki wybór priorytetów znajduje potwierdzenie w jeszcze jednym dokumencie międzynarodowym „Polityka zapewnienia zdrowia dla wszystkich w XXI wieku”, w którym zwraca się uwagę, że wszystkie państwa członkowskie Europejskiego Biura WHO, w tym również Ukraina, powinny realizować politykę kształtowania zdrowego sposobu życia społeczeństwa, a szczególnie młodzieży. (tekst w j. angielskim prawdopodobnie omyłkowo) Analiza materiałów ostatniej, siódmej Globalnej Konferencji Wzmocnienia Zdrowia „ pokonywanie zaniedbań w praktyce” (Nairobi, 2009) potwierdza znaczenie edukacji w dziedzinie

wzmocnienia zdrowia i zapewnienia zdrowego sposobu życia młodzieży. A wiedza o zdrowiu (Health Literacy) wychodzi poza granice wąskiej koncepcji edukacji sanitarnej i zachowania jednostki, jej doniosłość przyrównuje się do decydujących o zdrowiu czynników ekologicznych, politycznych i społecznych.

Ukraina włączyła się w wymienione procesy. W pierwszych latach okresu postradzieckiego państwowa polityka edukacyjna w niepodległej Ukrainie wspierała opracowanie i wdrożenie w pracy szkół nowych w naszym kraju i koniecznych w nowoczesnej praktyce światowej programów nauczania w zakresie edukacji profilaktycznej. Po katastrofie technologicznej w Czarnobylskiej Elektrowni Atomowej zaczęto po raz pierwszy otwarcie mówić o problemach zdrowotnych społeczeństwa. Jednakże w warunkach ZSRR problem nie został podjęty. Do przełomu doszło dopiero po rozpadzie Związku Radzieckiego, w warunkach niepodległej Ukrainy. (W. I. Szachnenko/Shakhnenko, J. Cukanowa/ Y. Tsukanova, 2001, s. 6-8). W celu upowszechnienia wiedzy naukowej o zdrowiu i zdrowym sposobie życia w 1994 roku Ministerstwo Ochrony Zdrowia zdecydowało się na wprowadzenie do programów nauczania szkół nowego kursu wolnego wyboru „Waleologia” (nauka o zdrowiu), który łączył wiedzę z wielu dziedzin nauki, ponieważ integralny opis zdrowia zawiera komponent fizyczny, psychiczny i duchowy (W. P. Kaznaczejew/ V. P. Kaznacheev, 1996, s. 75-82).

Utworzenie systemu ustawicznego wychowania i kształcenia zdrowotnego w Ukrainie, częścią którego powinien być zdrowy sposób życia, miało na celu wyhamowanie i przezwyciężenie negatywnych tendencji (Здоровье України/ Zdorove Ukrainy, 1998). W tym czasie została opracowana „Podstawa programowa szkolnego kształcenia w zakresie waleologii” (Валеологія, 1996/ Valeolohia, 1996), program szkolnego zintegrowanego kursu „Waleologia” (Шкільний курс «Валеологія», 1994/ Program przedmiotu „Waleologia”, 1944).

Zgodnie z Ustawą Ukrainy „O średniej edukacji ogólnokształcącej” (Закон України «Про загальну середню освіту», Урядовий кур’єр, 1999, с. 5-8), opracowano „Państwowy standard podstawowej edukacji ogólnokształcącej” (Державний стандарт, 2000), w którym wskazywano, że „Dziedzina edukacji „Zdrowie i kultura fizyczna” zapewnia świadomy stosunek uczniów do własnego zdrowia, sprzyja rozwojowi fizycznemu, kształtuje podstawy zdrowego sposobu życia” i zawiera ścieżki merytoryczne: „Zdrowie człowieka”; „Fizyczny komponent zdrowia”, „Społeczny komponent zdrowia” oraz „Psychiczny i duchowy komponent zdrowia”. W uzupełnionym wariantcie „Państwowego standardu podstawowej edukacji ogólnokształcącej (ze zmianami...)” z 2005 roku stwierdzono, że zasadniczym celem dziedziny jest rozwój cech fizycznych, społecznych, psychicznych i duchowych jednostki. Ta dziedzina edukacji jest realizowana przez przedmioty nauczania „Kultura fizyczna” i „Podstawy zdrowia” (Державний стандарт, 2004).

Tym samym, po proklamowaniu niepodległości nastąpił dynamiczny rozwój nowych *programów profilaktyczno-edukacyjnych* wprowadzonych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki Ukrainy do szkolnych programów nauczania w 1995 r. W przedszkolach prowadzone są cykle pogadanek i działania wychowawcze. W szkołach ogólnokształcących realizowany jest *nowy przedmiot obowiązkowy* – „Podstawy zdrowia” (w klasach 1-9). W 2009 roku osiągnięto 100% wskaźnik udziału w edukacji zdrowotnej (po raz pierwszy przedmiot był nauczany w klasach 1-9). Komponent *wolnego wyboru: kursy fakultatywne* – „Pożyteczne przyzwyczajenia” (klasy 1-4); „Ja – moje zdrowie – moje życie” (klasy 5-9). ; „Szkoła przeciwko AIDS” (klasy 10-11). *Działalność pozalekcyjna i pozaszkolna*: program „Równy – równemu” (klasy 7-11); cykle wykładów, pogadanek, akcji informacyjno-popularyzatorskich. Należy też zwrócić uwagę, że w placówkach kształcenia poddyplomowego został wprowadzony typowy model szkolenia metodyków nauczania przedmiotu „Podstawy zdrowia” w klasach 5-9 na zasadach kształcenia w oparciu o przyzwyczajenia życiowe.

Wnioski

Międzynarodowe doświadczenia przekonują zatem, że do wprowadzenia programów edukacji zdrowotnej potrzebne są: wskazówki planowania i rozwoju programów nauczania ochrony zdrowia; ściśle określona rola nauczycieli w tym zakresie; specjalistyczne przygotowanie, podnoszenie kwalifikacji i

dokształcanie wszystkich nauczycieli, co pozwoli im na wsparcie programów w ramach ich dyscyplin, przyjęcie konsekwentnej państwowej polityki edukacji zdrowotnej.

Strategia edukacji profilaktycznej jest realizowana na Ukrainie od roku 2005 w oparciu o stopniowe objęcie programami placówek przedszkolnych, ogólnokształcących, zawodowo-technicznych, wyższych i podyplomowych:

- szkoły ogólnokształcące: *przedmiot obowiązkowy* – waleologia (1995), podstawy bezpieczeństwa w aktywności życiowej (1999), podstawy zdrowia (2005);

- szkoły zawodowo-techniczne: *przedmiot obowiązkowy* – waleologia (1995), podstawy bezpieczeństwa w aktywności życiowej (1999), podstawy zdrowia (2009);

- uczelnie wyższe: *obowiązkowy przedmiot ogólnokształcący* – „Waleologia” (1999), specjalność „Waleologia” (2000), kierunek studiów „Zdrowie człowieka” (2010).

Zdolność systemu do realizacji tych etapów nauczania jest uzależniona od ogólnego poziomu wykształcenia, a także od przygotowania nie tylko samych pedagogów ale i osób zajmujących stanowiska kierownicze. W okresie ostatnich kilku lat również na Ukrainie dojrzewa przekonanie o konieczności wprowadzenia modułów edukacyjnych poświęconych nowoczesnej polityce państwa w zakresie kształtowania zdrowego sposobu życia młodzieży do programów kształcenia, przekwalifikowania i podwyższenia kwalifikacji urzędników państwowych i osób zajmujących stanowiska kierownicze w organach samorządu .

2. Zarys sytuacji w ochronie zdrowia i działań w zakresie monitoringu wybranych zachowań zdrowotnych w obrębie Unii Europejskiej

Mianem zachowań zdrowotnych określa się indywidualne zachowania człowieka, od których zależy utrzymanie i umacnianie stanu zdrowia (Ogińska-Bulik, 2002, Bishop, 2000). Rozpatrując związki między zdrowiem a zachowaniem, przedstawiane są różnorodne kryteria ich klasyfikacji: nawyki, stosunek do zdrowia i konsekwencji zdrowotnych, prozdrowotne zachowania prewencyjne (Heszen, 2007). Do zmian zachowań na rzecz zdrowia może dojść wtedy, gdy osoba spostrzeże, że dotychczasowe zachowania czynią ją podatną na chorobę, a konsekwencje braku właściwych zachowań mogą być poważne, postrzegane są również korzyści z podjęcia działania prozdrowotnego. Zachowania zdrowotne to wskaźniki postaw wobec zdrowia, wynikające z przyjętych przez jednostkę wartości, dlatego wskazują na potrzebę doradzenia, wsparcia i pomocy ludziom w kształtowaniu ich stylu życia (Bochniak, 2010).

Styl życia to zespół postaw i zachowań zarówno jednostki, jak i całej społeczności. Zależy od środowiska, norm społecznych i kulturowych, w których człowiek żyje, od osobistych przekonań, systemów wartości i postaw (Woynarowska, 2000). Styl życia oraz składające się na nie zachowania zdrowotne kształtują się przez całe życie, poczynając od wczesnego dzieciństwa (Bochniak, 2010). Definiując prozdrowotny styl życia określa się go jako „charakterystyczny dla danej jednostki lub grupy społecznej zespół zachowań, mający istotne znaczenie dla zdrowia” (Romanowska-Tołłoczko, 2011). Do zachowań zdrowotnych zalicza się wszelkie nawyki, zwyczaje, czynności, postawy, oraz wartości uznawane przez członków danego społeczeństwa, jakie odnoszą się do dziedziny zdrowia. Prowadzenie prozdrowotnego stylu życia zakłada więc realizację celowych działań nakierowanych na zdrowie i eliminację zachowań mu zagrażających (Ostrowska, 1999). W tym miejscu warto zwrócić uwagę na teorię Health Locus of Control (umiejscowienie kontroli zdrowia) mającą zastosowanie w programach promujących zdrowie. U podstaw tej teorii leży założenie, że poczucie wewnętrznej zlokalizowanej kontroli nad zdrowiem sprzyja podejmowaniu decyzji zmiany zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne (Dolińska-Zygmunt, 2001, Heszen, 2007).

Zdrowie stanowi podstawę do osiągnięcia celów życiowych, realizacji zamierzeń, pragnień i ambicji. Im gorszy subiektywny stan zdrowia, tym mniejsza aktywność jednostki, mniej planów na przyszłość, niższy poziom zadowolenia z życia i obniżona ocena jakości życia. (Makowska, 2010). Wzorce stylu życia np. sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, palenie tytoniu lub nadmierne spożywanie alkoholu, przy jednoczesnym występowaniu takich czynników ryzyka, jak podwyższone ciśnienia krwi, wysoki poziom cholesterolu lub nadwagą, mają wpływ na przedwczesne zgony, przede wszystkim z powodu chorób układu krążenia i nowotworów, będących najważniejszymi przyczynami zgonów w Europie.

Stan zdrowia ludności jest również istotnym czynnikiem wpływającym na jakość kapitału ludzkiego, traktowanego w teoriach ekonomicznych jako czynnik determinujący zarówno produktywność przedsiębiorstw jak i rozwój gospodarek w długim okresie. W latach 2000–2006 we wszystkich krajach UE wzrosły (w różnym tempie): poziom produktu krajowego brutto, wydatki na ochronę zdrowia, relacja wydatków na zdrowie do PKB (%) oraz przewidywana długość życia (poza Łotwą i Litwą, w których przewidywana długość życia pozostała na niezmiennym poziomie) (Ryc, 2011).

Wyższy poziom rozwoju gospodarczego kraju zapewnia większą ilość środków trafiających do systemu ochrony zdrowia, umożliwia lepszą i wszechstronniejszą opiekę medyczną, gwarantuje wyższą jakość żywienia, a nawet korzystniejsze środowisko naturalne itp. – co niewątpliwie wpływa w istotny sposób na stan zdrowia społeczeństwa i poziom wskaźników epidemiologicznych, charakteryzujących daną populację.

Unia Europejska została mocno dotknięta kryzysem – recesja spowodowała spadek PKB w 2009 r. o 4,2%; w krajach nadbałtyckich nastąpiły dwucyfrowe spadki poziomu PKB, a w kilku innych krajach członkowskich recesja trwała 2-3 lata. W 2010 r. produkt krajowy brutto UE zwiększył się o 1,8% w skali rocznej, przy czym sytuacja poszczególnych krajów była silnie zróżnicowana. Wyraźnie zarysowała się grupa krajów o wysokim wzroście gospodarczym, do której należały Szwecja (5,5%), Słowacja (4,0%) i Polska (3,8%), a także Niemcy (3,6%) wpływające znacząco na tempo wzrostu całej Wspólnoty.

Porównanie danych o wielkości PKB wytworzonego na mieszkańca w poszczególnych krajach UE w latach 2004-2009 wskazuje wyraźnie na postęp, jakiego dokonały nowe państwa członkowskie pod względem zbliżania się do średniej unijnej. Zmieniła się nieco kolejność krajów uszeregowanych pod względem poziomu tego wskaźnika, np. Irlandia i Wielka Brytania obniżyły swoją pozycję, a Słowacja podwyższyła; Polska nadal lokuje się w ostatniej piątce krajów unijnych i wyprzedza jedynie Litwę, Łotwę, Bułgarię i Rumunię.

Kwestie związane ze zdrowiem obecne są na coraz wyższych szczeblach polityki europejskiej. Służba zdrowia jednakże – co do zasady – jest w dalszym ciągu obszarem należącym do wyłącznej kompetencji państw członkowskich a nie do kompetencji wspólnot europejskich. Z drugiej strony jednak, ponadnarodowy charakter czynników zagrażających zdrowiu, staje się coraz bardziej widoczny w miarę rozszerzania się Unii Europejskiej. Dlatego też UE odgrywa coraz większą rolę w promowaniu i koordynowaniu rozwiązań istniejących w ramach krajowych systemów służby zdrowia i dostępnych dla wszystkich obywateli Unii. Działania te koncentrują się w znacznym stopniu na zapobieganiu chorobom.

W ciągu ostatnich trzydziestu lat drastycznie wzrosła liczba przypadków nadwagi i otyłości wśród ludności UE, a zwłaszcza wśród dzieci, gdzie szacunkowy współczynnik nadwagi wyniósł 30 % w 2006 r. Wskazuje to na pogarszanie się tendencji do nieprawidłowego sposobu odżywiania i niskiego poziomu aktywności fizycznej wśród ludności UE i z tego powodu w przyszłości spodziewany jest dalszy wzrost przewlekłych dolegliwości, takich jak: choroby układu krążenia, nadciśnienie, cukrzyca typu 2, udar, niektóre nowotwory, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, a nawet szereg zaburzeń psychicznych. W dłuższej perspektywie będzie to miało negatywny wpływ na średnią długość życia w UE oraz pogorszenie jakości życia wielu osób (Commission of the European Communities, 2007). Indeks masy ciała wyrażony jako masa [kg] / wysokość do kwadratu [m²], szeroko stosuje się do określania grup pod względem masy ciała, stosując kwalifikację podaną przez narodowe instytuty zdrowia i WHO. Wzrastająca wartość BMI wysoce wiąże się z ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych (ang. cardiovascular disease, CVD). Ostatnie badania wykazały, że regionalna dystrybucja tkanki tłuszczowej może być bardziej istotna w określaniu ryzyka sercowo-naczyniowego niż całkowita masa ciała. Szczególnie nadmierny ośrodkowy (trzewny, brzuszny) tłuszcz ma silny związek z ryzykiem metabolicznym i sercowo naczyniowym (Pacholczyk, 2008). W Europie najszerzej akceptowane są wartości graniczne według WHO. Zalecane są dwa poziomy działania. Pierwszy poziom działania – WC \geq 94 cm u mężczyzn i \geq 80 u kobiet- reprezentuje wartość progową, przy której nie powinien wystąpić dalszy przyrost masy ciała. Drugi poziom działania - WC \geq 102 cm u mężczyzn i \geq 88 cm u kobiet – to próg, przy którym należy zlecić redukcję masy ciała (World Health Organization Consultation of Obesity, 2000)

Platforma działania UE na rzecz właściwego sposobu odżywiania, aktywności fizycznej i zdrowia zaczęła funkcjonować w marcu 2005 r. w celu „stworzenia wspólnego forum dla wszystkich zainteresowanych podmiotów na poziomie europejskim” (Eu Platform On Diet, Physical Activity And Health, 2005) Komisja Europejska uznała za konieczne wzmocnienie monitorowania w kontekście wskaźników zdrowia Wspólnoty Europejskiej (ECHI) - związanych ze sposobem odżywiania i aktywnością fizyczną (Commission of the European Communities, 2007). Istnieją wystarczające dane dowodzące roli aktywności fizycznej oraz umiarkowanego do energicznego wysiłku jak czynników sprzyjających redukcji masy ciała (Drabik, 1996). Nadmierna masa ciała wiąże się z ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych CVD i ze zwiększoną

śmiertelnością. Wytyczne WHO z 1999 roku zalecają umiarkowane ćwiczenia aerobowe przez 30-45 minut, trzy do czterech razy w tygodniu. Przykładem rekomendacji europejskich są zalecenia pochodzące z Ośrodka Rehabilitacji i Prewencji oraz Medycyny Sportowej we Freiburgu z 1998 roku. Zgodnie z nimi powinno się wydatkować na zajęcia ruchowe minimalnie 1000 kcal a maksymalnie 3500 kcal tygodniowo. Poleca się, ażeby jednostka treningowa powodowała wydatek energetyczny około 300 kcal. Pracownia Medycyny Sportowej Akademii Medycznej w Łodzi na podstawie opublikowanych badań uznaje za minimalny wydatek energetyczny na aktywność ruchową 1000 kcal/tydzień, chociaż najbardziej korzystne efekty obserwowano przy wydatku powyżej 2000 kcal/tydzień. Wydatek ten powinien być rozłożony na 3-4 jednostki treningowe. Preferowane ćwiczenia, to wysiłki wytrzymałościowe uzupełnione w 10-15% ćwiczeniami siłowymi. Główna część treningu powinna trwać 30-40 minut i być poprzedzona rozgrzewką trwającą 5-10 minut, a zakończona - trwającymi 10-15 minut - ćwiczeniami wyciszającymi (Jegier, 2001).

W celu wspierania monitorowania na poziomie ogólnym, Komisja Europejska rozwinęła europejskie badanie ankietowe dotyczące zdrowia (EHIS), prowadzone od 2007r. i wprowadziła zharmonizowane podejście do regularnego gromadzenia danych statystycznych przez Europejski System Statystyczny (ESS) na temat wzrostu i wagi respondentów, wykonywanej aktywności fizycznej oraz częstotliwości spożywania owoców i warzyw. W 2010 r. Komisja stworzyła europejskie badanie ankietowe dotyczące badania stanu zdrowia (EHES) w celu uzyskania obiektywnych informacji na temat szeregu wskaźników odżywiania, łącznie z BMI, poziomem cholesterolu i nadciśnieniem wśród losowo wybranej grupy osób. Projekt **Europejskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności** (skrót EHES od angielskiej nazwy: European Health Examination Survey), został wdrożony pod auspicjami Unii Europejskiej i jest realizowany w 14 europejskich krajach: Czechy, Finlandia, Niemcy, Grecja, Węgry, Włochy, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowacja, Hiszpania i Wielka Brytania/Anglia. W Polsce badanie przeprowadza **zespół naukowo-badawczy Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii** w Warszawie.

2.1. Zarys sytuacji i działań w Polsce

Średnia długość życia w Polsce w 2010 r. wynosiła 80,6 lat dla kobiet, a 72,1 dla mężczyzn. Wysoka nadumieralność mężczyzn jest widoczna już wśród chłopców. W młodszych grupach wieku, począwszy od 20-25. roku życia współczynnik zgonów dla mężczyzn jest 4-krotnie wyższy niż dla kobiet, zaś w starszych grupach wieku - 3 i 2-krotnie wyższy (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2011). Społeczeństwo polskie starzeje się. 13,4 % populacji stanowią mieszkańcy którzy osiągnęli 65 rok życia (Ryć, 2011). W pierwszym półroczu 2011 roku Główny Urząd Statystyczny odnotował w Polsce, po raz pierwszy od 6 lat, ujemny przyrost naturalny.

Obiektywne mierniki masy ciała BMI wskazują, że w porównaniu z 2004 r. waga dorosłego Polaka wzrasta i coraz częściej pojawia się problem nadwagi i otyłości. Zbyt dużą masę ciała ma już co drugi dorosły Polak i relatywnie częściej problemy z nadmierną masą ciała występują wśród mężczyzn, w ostatnich 5 latach wzrastając o 9 punktów procentowych. Pod koniec 2009 roku ponad 61% ogółu mężczyzn i 45% ogółu kobiet ważyło zbyt dużo (45% mężczyzn i 29% kobiet miało nadwagę, a blisko 17% mężczyzn i 15% kobiet zaliczono do grupy ludzi otyłych). W odróżnieniu od kobiet relatywnie częściej zbyt dużą masę ciała mieli mężczyźni mieszkający w miastach niż na wsi (więcej kobiet w mieście 4,9% wobec 3,4 % na wsi ma niedobór masy ciała). Wzrost masy ciała miał miejsce we wszystkich grupach wiekowych, przy czym najczęściej tyli mężczyźni i kobiety stosunkowo w młodym wieku (mężczyźni 20-39 lat i kobiety 20-49 lat) oraz najstarsi (mężczyźni w wieku 70 lat i więcej). Niedowagę ma co 6 dziewczyna w wieku 15-19 lat i co 10 dwudziestolatka. Wśród mężczyzn niedowaga występuje rzadko – ma ją co 10 chłopak w wieku 15-19 lat, a wśród dwudziestoletnich mężczyzn występuje ona bardzo sporadycznie. Młodsze generacje dorosłych Polaków

osiągają coraz wyższy wzrost. Dotyczy to zarówno młodych mężczyzn jak i kobiet. Statystyczna dwudziestoletnia kobieta mierzy 166 cm wzrostu i jest wyższa od swojej matki o 4 cm, a od swojej babki o 7 cm. Statystyczny dwudziestoletni mężczyzna mierzy 180 cm wzrostu i jest wyższy od swojego ojca o 5 cm, a od swojego dziadka o 10 cm (Główny Urząd Statystyczny, 2011).

W latach 2003-2005 w ramach programu WOBASZ (Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności) Instytut Kardiologii w Warszawie we współpracy z ośrodkami naukowo-badawczymi Gdańska, Łodzi, Poznania, Krakowa i Katowic przeprowadził badanie przekrojowe próby losowej populacji polskiej, w którym zbadano blisko 15 000 osób w wieku 18-74 lata. Oceniono bardzo szeroki zakres czynników ryzyka, zarówno klasycznych, jak i tzw. nowych, oraz chorobowość z powodu chorób układu krążenia, cukrzyca, nadciśnienia tętniczego, jak również wiedzę pacjentów dotyczącą prewencji chorób układu krążenia. Ocena regionalna została przeprowadzona po raz pierwszy w Polsce. W przeprowadzonym badaniu WOBASZ wykazano znaczne natężenie i raczej złą kontrolę klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia w całej populacji polskiej. Opublikowane wyniki badań wskazują na silną zależność pomiędzy występowaniem czynników ryzyka a stylem życia (Drygas, 2005). Jak wskazują badania palenie tytoniu w Polsce jest coraz mniej popularne. W przeciągu kilku ostatnich lat odsetek osób niepalących wzrósł z 69% do 71%. Udział mężczyzn palących tytoń codziennie zmniejszył się zauważalnie z 34% do 31%, natomiast wśród kobiet nieznacznie z 19% do 18%. Całkowitą abstynencję w picciu alkoholu deklaruje 25% badanych. Wielkość populacji osób pijących alkohol częściej niż jeden raz w tygodniu szacuje się nieco ponad 2,5 mln osób (2,1 mln mężczyzn i 0,5 mln kobiet) (Główny Urząd Statystyczny, 2011). Badania epidemiologiczne prowadzone w Polsce jak WHO CINDI, POL-MONICA i programy NATPOL I, II i III wykazały jednoznacznie, iż wiedza o czynnikach ryzyka jest w polskim społeczeństwie zdecydowanie niewystarczająca (Zdrojewski, 2007).

W okresie ostatnich 5 lat subiektywna ocena stanu zdrowia Polaków poprawiła się. O ile w 2004 r. 39% mieszkańców Polski oceniało swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, to pod koniec 2009 r. takie opinie formułowało tylko 34% Polaków, tj. o 5 punktów procentowych mniej. Chociaż subiektywna poprawa stanu zdrowia w równym stopniu dotyczyła mężczyzn jak i kobiet, to kobiety znacznie częściej oceniały swoje zdrowie poniżej dobrego (37% kobiet, wobec 31% mężczyzn). Poprawa stanu zdrowia dotyczyła zarówno mieszkańców miast jak i wsi. Uwzględniając osiągnięty poziom wykształcenia można zauważyć, że osoby o wysokim poziomie wykształcenia korzystniej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby słabiej wykształcone. Pomimo wyraźnej poprawy ocen stanu zdrowia dorosłych Polaków trzeba podkreślić, że tylko 2/3 osób w wieku 15 lat i więcej, oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, podczas gdy w Holandii, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Grecji, taki stan zdrowia deklaruje ponad ¾ rozważanej populacji, a w Irlandii, Szwajcarii i Islandii-powinno ponad 80% dorosłych mieszkańców. Gorszy stan zdrowia niż Polacy deklarują tylko dorośli mieszkańcy Litwy, Łotwy, Estonii, Węgier i Portugalii (Główny Urząd Statystyczny, 2011). Konieczność wdrażania działań prewencyjnych wynika z faktu, iż choroby układu krążenia są wciąż główną przyczyną zgonów, w tym zgonów w Polsce, Słowacji, a w szczególności na Ukrainie.

Z każdą dekadą mamy młodzież coraz większą somatycznie i coraz słabszą motorycznie. Ta asymetria rozwojowa między somatyką i motoryką pogłębia się z każdym dziesięcioleciem, burząc w ten sposób strukturę kondycji fizycznej i stanowiąc zagrożenie dla zdrowia pozytywnego młodych Polaków w następnych dekadach (Przewęda, 2003). Wzrastającej hipokinezy dzieci i młodzieży zaczyna towarzyszyć także otyłość, której epidemia wzrostu jest obserwowana na świecie, w Europie w tym i w Polsce (Mazur, 2011). Pojawiają się liczne programy profilaktyczne np.: Let's Move w Stanach Zjednoczonych, w Polsce Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym Poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej, czy też realizowana w ramach działań WHO Move for Health kampania „Postaw serce na nogi”. Wszystkie te programy, podobnie jak wytyczne Unii Europejskiej (Komisja Europejska Ds. Sportu i Zdrowia, 2008) dotyczące Aktywności Fizycznej, starają się wykorzystać aktywność fizyczną jako środek w

walce z chorobami cywilizacyjnymi, poprzez tworzenie narzędzi – przewodników uaktywniających społeczeństwo, promując aktywność rekreacyjną oraz oddziaływując na pozytywną ocenę walorów aktywności fizycznej (tak jak między innymi przewodnik HEPS (Healthy Eating and Physical Activity in Schools), który ma promować zdrowe żywienie i aktywność fizyczną w szkołach (Boonen, 2009).

Atrybuty sprawności, łącznie z informacjami o aktywności fizycznej, innymi zachowaniami zdrowotnymi i danymi statystycznymi o zachorowalności i śmiertelności mają dostarczyć wiedzę niezbędną do lepszego zrozumienia wzajemnych związków zachodzących między stanem zdrowia a stylem życia. W definicji WHO sprawność fizyczna jest istotnym elementem zdrowia, obok sprawności psychicznej i sprawności społecznej (a nie tylko stanem braku choroby czy niedołęstwa). Tak zdefiniowana sprawność fizyczna ma być źródłem i warunkiem pełnego, satysfakcjonującego życia, a nie celem samym w sobie. Nieodłącznym elementem możliwości uzyskiwania pełnej satysfakcji z wykonywanej pracy jest dobrostan zdrowia. Już dziś szeroko pojętym stanem zdrowia i jego pomnażaniem zainteresowani są zarówno przyszli pracodawcy jak i sami pracownicy. W Polsce zachodzi potrzeba wydłużenia życia zawodowego ludzi. Tymczasem choroby układu krążenia są wciąż główną przyczyną absencji chorobowej w pracy oraz zgonów przed 65 rokiem życia, a koszty leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego stanowią ogromne obciążenie dla społeczeństw i rządów państw na całym świecie. Same osiągnięcia ruchowe i sprawność motoryczna są ważne z punktu działań podejmowanych w czynnościach samoobsługowych, produkcyjnych, rekreacyjnych i sportowych; chociaż mogą mieć one również swoje pośrednie implikacje w pozytywnym zdrowiu i trudno je oceniać. Najczęściej uwzględnia się i wykorzystuje różne specyficzne testy: zręczności, szybkości, czasu reakcji, równowagi ciała, koordynacji ruchowej. Pojawia się coraz więcej krytyki dotyczących takich testów, które tworzy się bez wyraźnie określonej reguły głównej. W szczególności chodzi o jasną deklarację: czy test ma mierzyć sprawność motoryczną i osiągnięcia M-FT (ang. Motor-fitness performance) czy też komponenty związane ze zdrowiem H-RF (ang. Health- Related Fitness) (Osiński, 2010). W opinii wielu ekspertów nie powinno rezygnować się z obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego jako formy uczestnictwa młodzieży w kulturze fizycznej (stop zwolnieniom z wf-u), ponieważ aktywność fizyczna jest ważnym czynnikiem wpływającym na poziom sprawności fizycznej, ujętej w koncepcji zdrowia. Proponują testowanie sprawności fizycznej w konwencji zdrowia testami opartymi o założenia koncepcji Health Related Fitness (H-RF), zwracając uwagę aby wynik testowania wykorzystywać do oceny skutków pracy pedagogicznej (Mleczo, 2007, Mirek, 2008). Bardzo ważna jest umiejętność odróżniania testów sprawności mierzących różne aspekty zdrowia od testów mierzących wyłącznie osiągnięcia motoryczne i sprawność funkcjonalną. Testy tworzone na potrzeby oceny osiągnięć motorycznych (M-FP) są nadal wykorzystywane przy porównywaniu sprawności młodzieży z różnych krajów i przy monitorowaniu trendów sekularnych. Niektóre baterie testów (np. Eurofit) były tworzone wyraźnie w ramach koncepcji uwzględniających zarówno elementy M-FP jak i H-RF (Osiński, 2010). Przyjęcie głównych założeń koncepcji H-RF ma istotne konsekwencje dla jej diagnostyki. Punkt ciężkości przesuwa z powszechnie do tej pory stosowanych w badaniach sprawności fizycznej pomiarów efektów, w różnych testach ruchowych, na diagnostykę wskaźników zdrowia i pełni możliwości biologicznych człowieka (ang. Positive Health Velness). Test sprawności ukierunkowany na zdrowie (H-RF) ma mierzyć w założeniach te czynniki, które ułatwiają jednostce wykorzystanie pełni możliwości (ang. *wellnes*). Sprawność krążeniowo-oddechowa i pomiar komponentów ciała (głównie otluszczenia) są ogólnie uważane za kluczowe w ocenie optymalnego zdrowia (Mynarski, 2003). Opracowany w 1982 roku przez Instytut Coopera w Dallas w Teksasie, USA, program FitnessGram został zaprojektowany w celu zwiększenia świadomości rodziców o poziomie sprawności fizycznej ich dzieci oraz ujednolicił raportowanie przez nauczycieli uzyskanych ocen. Normy ustanowione przez Instytut Coopera reprezentują poziom sprawności fizycznej (Healthy Fitness Zone), stanowiący ochronę przed chorobami, które wynikają z siedzącego trybu życia (FitnessGram, 1982).

2.2. Zarys sytuacji i stan działań na Ukrainie

Społeczność międzynarodowa przywiązuje coraz większą wagę do zagwarantowania prawa człowieka do zachowania i wzmocnienia zdrowia. Problemy związane z zagrożeniami dla zdrowia młodzieży nie znają granic narodowych. Mają podobne przyczyny i podobne negatywne oddziaływanie na stan zdrowia. Przejawy i natężenie ich oddziaływania są nieco odmienne i charakterystyczne dla różnych regionów i państw świata. Kraje UE cechuje polityka zorientowana na zachowanie zdrowia i realizację programów nastawionych na podnoszenie świadomości społeczeństwa o istniejących zagrożeniach i profilaktykę hipodynamii, nadwagi i nałogów.

Również ustawodawstwo ukraińskie uznało wspieranie zdrowia i zdrowego trybu życia obywateli za jeden z podstawowych kierunków polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia i edukacji, co jest związane z obserwowanymi negatywnymi procesami zmian w strukturze wiekowej ludności, obniżeniem udziału młodzieży i szybkim wzrostem udziału osób starszych, szczególnie w okresie po uzyskaniu przez Ukrainę niepodległości (*Shyyan O./ Szyjan O., 2010*).

Aktualne analizy przebiegu procesów demograficznych w społeczeństwie ukraińskim wskazują zmniejszenie liczebności społeczeństwa Ukrainy o 12 %, co stanowi jeden z najwyższych wskaźników w Europie (World Bank, 2009). Jako jedną głównych przyczyn tej sytuacji wymienia się obniżenie długości życia obywateli. Prognozowana długość życia jest na Ukrainie znacznie krótsza niż w innych krajach Europy.

Poza niższą długością życia Ukraińców dodatkową okolicznością zaostrzającą problem jest mniejsza niż w pozostałych krajach Europy ilość lat przeżytych w pełnym zdrowiu. Przeprowadzone niedawno badania wykazały, że stan zdrowia Ukraińców okazuje się pozostawać poniżej normy przez niemal 13% trwania życia. Warto zwrócić uwagę, że w krajach rozwiniętych obserwuje się proces obniżania się liczby zachorowań, wydłużenia okresu życia i obniżenia ilości lat przeżytych w słabym zdrowiu. Za przykład mogą posłużyć nawet kraje dawnego obozu socjalistycznego.

Na przykład, w Słowenii i Czechach wskaźnik ten wynosi 9%, a w Polsce – 8%. Wskaźnik długości życia z uwzględnieniem dobrego stanu zdrowia człowieka poniżej 60 roku życia mają tylko Ukraina i Rosja (World Bank, 2009).

Jednakże, zdaniem specjalistów, sam wskaźnik długości życia nie może stanowić podstawy do porównań, bo nie daje dokładnego obrazu stanu zdrowia młodzieży w momencie uzyskania danych i nie oddaje specyficznych cech zachowań stwarzających zagrożenie dla zdrowia. Uważamy, że wskaźnik ten świadczy raczej o stanie zdrowia młodzieży z pokoleń wcześniejszych, ponieważ często znaczący wpływ na zdrowie pewnego rodzaju charakterystycznych dla młodzieży zachowań, ujawnia się dopiero w wieku dorosłym (*Szyjan O./ Shyyan O., 2009*).

W ostatnim dziesięcioleciu w Ukrainie coraz częściej publikowane są informacje o pogorszeniu poziomu zdrowia uczniów, notuje się zwiększenie liczby dzieci z przewlekłymi schorzeniami neurotycznymi. Według różnych statystyk 15-25% przypadków różnego rodzaju pogorszenia stanu zdrowia, tak zwanych „chorób szkolnych”, pojawia się właśnie w czasie nauki szkolnej (*M. Kuleba, 2004*). W okresie nauki w szkole o 1,5-2 razy wzrasta liczba chorób przewlekłych.

Wyniki badań wskazują, że w ostatnich latach tendencja do pogarszania się stanu zdrowia uczniów w Ukrainie ma charakter stały. Obserwuje się znaczące odmłodzenie „chorób starszego wieku”, a szczególnie chorób onkologicznych. Zdarzają się przypadki udarów mózgu i zawałów serca u dzieci przed 15 rokiem życia (*S. W. Straszko/ S. W. Strashko, 2006, s. 73*). Duża ilość godzin nauki wiąże się z ograniczeniem aktywności ruchowej, spacerów i snu. Prowadzi to do naruszenia procesów adaptacyjnych u dzieci i powoduje wzrost poziomu zachorowalności. Niewystarczająca aktywność ruchowa, wraz z nieracjonalnym żywieniem w

dzieciństwie może stać się przyczyną poważnych schorzeń metabolicznych i chorób układu sercowo-naczyniowego, jak również prowadzić do niezadowolającego stanu zdrowia w wieku dorosłym. (M. K. Serdula, D. Ivery, R. J. Coates, 1993; Kvaavik E., 2003; S. L. Gortmaker, A. Must, J. M. Perrin Dietz [et al.], 2003; C. Boreham, P. J. Robson, A. M. Gallagher [et al], 2004).

I rzeczywiście, istotnym warunkiem obniżenia wpływu negatywnych czynników procesu nauczania na zdrowie uczniów jest stworzenie prozdrowotnego środowiska edukacyjnego, w którym należy racjonalnie planować obciążenie szkolne dziecka, umiejętnie łączyć jego aktywność ruchową i intelektualną, rozwijać u uczniów i rodziców dziecka świadomość wartości, jaką jest zdrowie, kultywować zdrowy tryb życia itd. Równocześnie, kształtowanie strategii określających politykę i programy w zakresie zapewnienia zdrowia młodzieży, jako przyszłości kraju, wymaga zrozumienia głównych czynników ryzyka wywierających w dzisiejszych warunkach zarówno krótkookresowy, jak i szczególnie długookresowy wpływ na każdym poziomie zdrowia (globalnym, krajowym, indywidualnym).

Analiza wielu przyczyn przedwczesnej umieralności i zachorowalności w Ukrainie świadczy o ich korelacji ze sposobem życia i czynnikami ryzyka, które mogą ulegać istotnym zmianom i którym można zapobiegać. Zgodnie z danymi statystycznymi zawartymi w referacie „Stan zdrowia w Europie w roku 2005 – działania w zakresie ochrony zdrowia dla polepszenia stanu zdrowia dzieci i dorosłych”, główny wpływ na ogólną trwałość życia skorygowaną niepełnosprawnością (DALE) w Europie ma dziesięć czynników ryzyka, których udział w DALE na Ukrainie wynosi (w procentach całości): wysokie ciśnienie krwi – 16,6; wysoki poziom cholesterolu – 14,4; palenie tytoniu – 12,3; alkoholizm – 12,3; wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) - 9,0; niski poziom spożycia owoców i warzyw – 8,0; brak aktywności fizycznej – 5,6; używanie narkotyków – 3,0; niebezpieczny seks – 1,6; zadymienie pomieszczeń z powodu stosowania paliw stałych – 1,1. Każdy z wymienionych czynników ryzyka jest determinowany przez sposób życia (World Bank, 2009).

Najwyższy udział w zachorowalności w Ukrainie ma nadciśnienie tętnicze i wysoki poziom cholesterolu, które często są skutkiem wpływu czynników umieszczonych niżej w hierarchii czynników mających wpływ na zachorowalność. Do czynników związanych ze sposobem życia i mających działanie długookresowe należy rozpowszechnienie nałogów, nieracjonalne odżywianie, jak również brak aktywności fizycznej. Szczególne wyrażenie rysuje się zagrożenie wpływu tych czynników na ukraińską młodzież.

Rozpowszechnienie nałogów wśród ukraińskiej młodzieży powoduje duże zaniepokojenie wśród badaczy. Poziom palenia tytoniu jest na Ukrainie najwyższy w całym europejskim regionie Światowej Organizacji Zdrowia, przy czym udział osób w wieku ponad 15 lat, palących systematycznie wynosi na Ukrainie 62% (baza danych Zdrowie dla wszystkich, 2008 rok). Najczęściej ten szkodliwy nałóg pojawia się w młodym wieku i przyczynia się do przedwczesnej śmierci. Do najpopularniejszych nałogów należy na Ukrainie również spożywanie alkoholu. Badacze zwracają uwagę na poważny problem związany z wiekiem inicjacji alkoholowej: 15-35% chłopców i 5-25% dziewcząt po raz pierwszy spożywało napoje alkoholowe w 11 roku życia lub wcześniej. Wskaźnik śmiertelności z przyczyn związanych z alkoholizmem wciąż rośnie, podczas gdy kraje Europy Środkowej osiągnęły znaczące obniżenie wskaźników śmiertelności w związku z alkoholizmem. Używanie narkotyków ma na Ukrainie 3 procentowy udział w obniżeniu wskaźnika DALE (trzykrotnie wyższy niż w innych krajach europejskich). Badanie przeprowadzone wśród uczniów wszystkich regionów Ukrainy wykazało, że przynajmniej raz zażywało narkotyki 10 % chłopców i 5 % dziewcząt klas ósmych. Odsetek ten wzrasta z wiekiem (UNICEF, 2008 rok).

Niewłaściwe odżywianie. Niewłaściwy sposób odżywiania i niewystarczająca aktywność fizyczna mają na Ukrainie łącznie 37 % udział we wskaźniku DALE. Obniżenie wskaźnika DALE z tego tytułu wynosi w krajach europejskich: 18 % w Słowenii i Rosji, 20 % w Polsce, 25 % w Czechach i 26% na Węgrzech. Spożywanie wąskiego asortymentu produktów żywnościowych lub też żywności o niskiej jakości,

niedostateczna wiedza o właściwościach produktów żywnościowych, ich wartości odżywczej i biologicznej jest jedną z przyczyn wysokiej zachorowalności społeczeństwa.

W krajach Unii Europejskiej i Wspólnoty Niepodległych Państw przeprowadza się regularne badania racji żywnościowych i zwyczajów żywieniowych w różnych przedziałach wiekowych, w tym dzieci i młodzieży (J. Lamberta, C. Agostonia, I. Elmadfaa [et al.], 2004; Elmadfa I., 2004; C. Currie, Ch. Roberts, A. Morgan [et al.], 2004). Szczególnie owoce i warzywa są spożywane na Ukrainie w znacznie mniejszych ilościach niż w krajach Unii Europejskiej (158/ 232,5 kg na osobę). Tendencja ta dotyczy również sposobu odżywiania się młodzieży. Zazwyczaj zbyt niski udział pewnych produktów żywnościowych w codziennej diecie tłumaczy się sytuacją gospodarczą (wysoką ceną lub brakami rynkowymi). O ile może to być przekonujące wyjaśnienie w stosunku do owoców nieszonowych, to brak w codziennej diecie ukraińskiej młodzieży stosunkowo tanich i dostępnych warzyw jest trudny do wyjaśnienia w ten sposób. Jako jedną z znaczących kompleksowych przyczyn takiego stanu wskazuje się pracochłonność kulinarnego obróbki warzyw i atrakcyjność oferty sieci restauracji typu „fast-food”. W sposób szczególny dotyczy to studentów, z których część nie mieszka z rodzicami i często zadowala się fast-foodem, zapiekanką, słodyczami itp. (O. M. Bałakirewa N. O. Rynhacz, R. J. Lewin/ Balakireeva O. M., Ryngach N. O., Levin R. Y., i inni, 2008).

Jednym ze skutków niewłaściwej diety w warunkach niewystarczającej aktywności ruchowej jest nadwaga. Właśnie wysoki indeks masy ciała stanowi corocznie przyczynę ponad miliona śmierci w regionie Europy (Ezzati M., Lopez A. D., Rodgers A., Murray C. J. L. eds., 2004). Otluszczenie w dzieciństwie jest tym czynnikiem, który powoduje choroby układu sercowo-naczyniowego i cukrzycę, a poza tym stanowi przyczynę pogorszenia zdrowia psychicznego i społecznego, w szczególności obniżenia samooceny i sukcesów szkolnych (J. Williams, M. Wake, K. Hesketh [et al.], 2005, Reilly J. J., 2005). Stwierdzono, że w ostatnich dziesięcioleciach w wielu europejskich krajach zwiększyła się liczba dzieci w wieku 12-16 lat z indeksem masy ciała wyższym od normy (Branca F., 2009). Równocześnie, badania przeprowadzone przez naukowców Ukraińskiego Instytutu Badań Socjologicznych im. O. Jaremenki (2007) wykazały, że 5-35 % badanych (w zależności od wieku i płci) chciałoby choć trochę schudnąć, chociaż średnie wskaźniki stosunku masy ciała i wzrostu we wszystkich grupach wiekowych dziewcząt i chłopców nie przekraczały normy. Bezskrytyczne dążenie do osiągnięcia wzorców znanych z wybiegów dla modelek może być przyczyną poważnych problemów zdrowotnych – zachorowań na anoreksję lub bulimię (O. M. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін./Balakireeva O. M., Ryngach N. O., Levin R. Y., i inni, 2008).

Tym samym, poza czynnikiem ekonomicznym, którego znaczenie jest w wielu przypadkach ograniczone, na pierwsze miejsce wysuwa się problem braku wśród ukraińskiej młodzieży szkolnej wiedzy i nawyków w zakresie właściwego odżywiania. Rola edukacji w kształtowaniu kultury odżywiania jest coraz większa. Pomimo to, również zapewnienie odpowiedniego żywienia w placówkach oświatowych Ukrainy pozostaje problemem nierozwiązanym (Szyjan O./ Shyyan O., 2012).

Mała aktywność fizyczna (hipodynamia) jest cechą charakterystyczną nowoczesnej cywilizacji. Hipodynamia prowadzi do wielu schorzeń: obniżenia odporności organizmu na infekcje i napięcie psychiczne, spadku zdolności do pracy i przyspieszenia procesów starzenia. Z tego powodu rozwijają się takie choroby jak miażdżycy tętnic, nadciśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego, cukrzyca. W ostatnich dziesięcioleciach stwierdzono, że długotrwałym skutkiem i jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów, szczególnie w krajach rozwiniętych, stały się choroby układu sercowo-naczyniowego. Stwierdzono jednak z całą pewnością, że im wyższy jest poziom życia w kraju, tym więcej notuje się zachorowań układu sercowo-naczyniowego. Wiadomym jest, że od poziomu aktywności fizycznej w dzieciństwie zależy kompozycja masy ciała w wieku dorosłym i rozwój schorzeń sercowo-naczyniowych (A. Must, 2005).

Najwyższy poziom aktywności fizycznej notuje się w Austrii, Anglii, Irlandii, Litwie, a najniższy w Belgii, Francji, Włoszech i Portugalii. Przeważnie chłopcy są bardziej aktywni fizycznie od dziewczynek –

odpowiednio - przeciętnie 4,5 oraz 3,5 dnia w tygodniu. Ogólnie młodzi Europejczycy są fizycznie aktywni przez 1 godzinę w 3,8 dnia w tygodniu [3]. W typowym rozkładzie dnia znacznej części młodzieży (od 10% szóstoklasistów do 15% uczniów pierwszych klas szkół policealnych nie ma w ogóle ani ćwiczeń fizycznych, ani treningów (Balakireeva O. M., Ryngach N. O., Levin R. Y., i inni., 2007).

Nowoczesna, ekonomicznie uzasadniona komputeryzacja niesie za sobą również niebezpieczeństwo hipodynamii, nawet dla ruchliwych dzieci i młodzieży. Wyniki wielu badań dzisiejsza młodzież w wieku 12-16 lat spędza o wiele więcej czasu przy komputerze niż na boisku sportowym. W środowisku ukraińskiej młodzieży szkolnej pojawia się problem braku równowagi między obciążeniem fizycznym i intelektualnym, co stanowi przesłankę do masowego rozwoju przewlekłych chorób nieinfekcyjnych, mających długotrwały przebieg, ograniczających możliwość przejawiania pełnowartościowej aktywności życiowej, które zawężają spektrum wyboru zawodu i prowadzą do uzależnienia od lekarstw lub usług medycznych, stają się „dorobkiem” na całe dorosłe życie (Balakireeva O. M., Ryngach N. O., Levin R. Y. i in., 2007).

Regularne monitoringi (regionalne, narodowe, międzynarodowe itp.) są przeprowadzane na różnych szczeblach w celu dokonania oceny efektywności działalności i możliwych przeszkód w realizacji programów zapobiegawczych, takich jak: „Zachowania dzieci szkolnych względem własnego zdrowia” (HBSC), „Globalne badanie WHO w zakresie zbadania statusu zdrowego ucznia”, „Europejskie badanie młodzieży szkolnej pod kątem spożywania alkoholu i substancji narkotykowych” (ESPAD) – są to badania międzynarodowe pomagające w ocenie sposobu życia dzieci w wieku 11-15 lat, takich jak: nałogi, odżywianie, sposób spędzania wolnego czasu, aktywność fizyczna, itp. W obwodzie lwowskim zjawiska te zostały zbadane w niewielkim tylko stopniu.

Przedstawione zjawiska znajdują potwierdzenie w badaniach monitoringowych w zakresie zdrowia i zdrowego sposobu życia ukraińskiej młodzieży. Są to:

- „Europejskie badanie młodzieży szkolnej pod kątem spożywania alkoholu u substancji narkotykowych” - ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (1995, 1999, 2003, 2007...);

- “Zdrowie I behavioralne orientacje młodzieży szkolnej” – HBSC (Health Behavior in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study) (2002, 2006, 2010...). Badanie zostało przeprowadzone w 24 obwodach Ukrainy, Autonomicznej Republice Krym, Kijowie i Sewastopolu. Krajowa próba reprezentatywna umożliwiła dokonanie analizy pod względem wieku, płci, rodzaju miejscowości, regionu, rodzaju rodziny, stanu materialnego itd., ale nie przewiduje analizy na poziomie obwodu i placówki edukacyjnej;

- badania uczniów szkół zawodowo-technicznych i członków ciał pedagogicznych w ramach projektu „Profilaktyka HIV/AIDS w Europie Środkowej” zostały przeprowadzone na zlecenie niemieckiego biura współpracy technicznej (grudzień 2009 – styczeń 2010) wśród młodzieży 13 szkół zawodowo-technicznych w obwodach winnickim, tarnopolskim i czerniowieckim, a także w mieście Kijowie.

3. System współczesnego wychowania fizycznego w Polsce

Od wielu lat nasilał się problem niespełniania przez szkolne wychowanie fizyczne rosnących wciąż oczekiwań uczniów. Zaczęła mnożyć się liczba, bardzo często nieuzasadnionych, całkowitych zwolnień lekarskich z wychowania fizycznego.

Sytuacja taka stała się głównym powodem analizy stanu obecnego i podjęcia efektywnych działań korygujących niedociągnięcia organizacyjno-programowe w zakresie szkolnej edukacji fizycznej. Jak wykazały prowadzone w wielu krajach europejskich badania, proponowane uczniom na lekcjach i zajęciach pozalekcyjnych w szkole formy aktywności ruchowej są mniej atrakcyjne niż pozaszkolne lub oglądane w mediach. Ponadto o wyborze treści lekcji decyduje zawsze nauczyciel, a nie uczeń. Uczniowie, nie mając wyboru pomiędzy różnymi formami aktywności ruchowej, odrzucają w związku z tym całą ofertę programową szkoły, określając ją jako nudną. Nieuwzględnianie w procesie wychowania fizycznego treści zgodnych z oczekiwaniami uczniów, nie sprzyja pozytywnemu motywowaniu ich do pracy nad własnym rozwojem fizycznym i zdrowiem (Warchoń, 2009).

Dokonujące się przeobrażenia w systemie oświaty i wychowania, stworzona koncepcja kształcenia ogólnego – spowodowały zmiany w programach wychowania fizycznego.

Tabela 1. Realizowany wymiar (godz./tydz.) zajęć wychowania fizycznego w latach 2005-2012

Lata 2005 - 2008	Lata 2009- 2012
sp klasy I-III - 3 godz.	sp klasy I-III - 3 godz.
sp klasy IV-VI - 4 godz.	sp klasy IV-VI - 4 godz.
gimnazjum - 4godz	gimnazjum - 4godz
szkoły ponadgimnazjalne - 3 godz.	szkoły ponadgimnazjalne - 3 godz. ¹

Obowiązująca podstawa programowa zawiera zapis tego, czego państwo zobowiązuje się nauczyć przeciętnie uzdolnionego ucznia. Opisuje szczegółowo efekty kształcenia po każdym etapie edukacji, dając jednocześnie szkole dużą autonomię w zakresie wzbogacania i pogłębiania treści nauczania uwzględniających potrzeby, możliwości i zainteresowania uczniów. Treści nauczania przedstawione w postaci operacyjnie sformułowanych wymagań programowych są jednocześnie standardami wymagań egzaminacyjnych.

Model organizacyjny wychowania fizycznego

Zgodnie z nową podstawą programową wychowanie fizyczne może być realizowane dwutorowo, czyli w oparciu o „strategię mieszaną”, łączącą „strategię wymuszania” uczniów ze „strategią oferowania”

W założeniach podstawy programowej, uczeń traktowany jako współorganizator własnego procesu nauczania-uczenia się, ma mieć stworzone warunki, przy wykorzystaniu dostępnej bazy sportowej szkoły i

¹ Podstawy prawne to:

1. Ustawa o kulturze fizycznej z 1996 roku z kolejnymi nowelami,
2. Rozporządzenia MEN dotyczące ramowych planów nauczania

środowiska, do samodzielnego i świadomego wyboru form aktywności ruchowej dostosowanych do jego zainteresowań, potrzeb rozwojowych i możliwości psychofizycznych.

Zajęcia wychowania fizycznego, począwszy od IV klasy szkoły podstawowej poprzez gimnazjum i szkołę ponadgimnazjalną mogą, więc odbywać się częściowo w grupach zainteresowań, zgodnie z wyborem dokonany przez ucznia. Wymaga to od szkół tworzenia własnej oferty zajęć z różnorodnych form aktywności ruchowej w ramach grup do wyboru. Zajęcia takie mogą być prowadzone w grupach międzyoddziałowych lub międzyklasowych w systemie lekcyjnym, pozalekcyjnym lub pozaszkolnym. W II i III etapie edukacji proponuje się podział godzin na 2+2 (4 godziny tygodniowo), czyli 2 godziny obowiązkowe w systemie klasowo-lekcyjnym i 2 godziny obowiązkowe w grupach do wyboru, natomiast w IV etapie edukacji – 1+2 (3 godziny tygodniowo), czyli 1 godzinę obowiązkową w systemie klasowo-lekcyjnym i 2 godziny obowiązkowe w grupach do wyboru (Czerska, 2011).

Zajęcia w systemie klasowo-lekcyjnym

Zajęcia w systemie klasowo-lekcyjnym przeznaczone są na realizację wymagań szczegółowych opisanych w podstawie programowej. Wymagania określają jedynie to, co stanowi konieczne minimum, które musi osiągnąć każdy uczeń. Po osiągnięciu przez uczniów opisanych wymagań nauczyciel ma możliwość poszerzenia treści kształcenia w zależności od potrzeb, predyspozycji psychomotorycznych i zainteresowań uczniów oraz warunków bazowych szkoły. Opisane w podstawie programowej wymagania dla ucznia ukierunkowane są całkowicie na przygotowanie go do samodzielnej całodziennych aktywności fizycznej w środowisku rówieśniczym i rodzinnym oraz do ochrony i doskonalenia zdrowia.

Wszystkie wymagania, w celu zachowania pełnej spójności i ciągłości nauczania w poszczególnych etapach edukacji, usystematyzowano, dzieląc je na konkretne bloki tematyczne.

Opracowując przydział godzin na realizację wymagań programowych w poszczególnych etapach edukacji (plany kierunkowe) należy uwzględnić następujący wymiar przysługujących na ten cel godzin:

1. W I etapie edukacji – 3 godz. tygodniowo, łącznie 290 godzin (96-97 godz. rocznie – plany wynikowe).

2. W II etapie edukacji – 2 godz. tygodniowo, łącznie 193 godziny (64-65 godz. rocznie – plany wynikowe). Pozostałe 2 godz. tygodniowo (łącznie 192 godziny w etapie, czyli 64 godz. rocznie) przeznaczone będą na realizację zajęć do wyboru.

3. W III etapie edukacji – 2 godz. tygodniowo, łącznie 193 godziny (64-65 godz. rocznie – plany wynikowe). Pozostałe 2 godz. tygodniowo (łącznie 192 godziny w etapie, czyli 64 godz. rocznie) przeznaczone będą na realizację zajęć do wyboru, w tym jeden semestr (ok. 32 godz.) na realizację edukacji zdrowotnej.

4. W IV etapie edukacji – 1 godz. tygodniowo, łącznie 98 godzin (32-33 godz. rocznie – plany wynikowe). Pozostałe 2 godz. tygodniowo (łącznie 192 godziny w etapie, czyli 64 godz. rocznie) przeznaczone będą na realizację zajęć do wyboru, w tym jeden semestr (ok. 32 godz.) na realizację edukacji zdrowotnej (MEN, 2008).

Zajęcia do wyboru przez ucznia

Zgodnie z nową koncepcją realizacji wychowania fizycznego, każda szkoła ma za zadanie przygotować własną ofertę zajęć do wyboru przez ucznia. Głównym celem zajęć do wyboru jest spełnienie oczekiwań uczniów wobec szkolnego wychowania fizycznego poprzez umożliwienie im pogłębiania wiedzy i rozwijania umiejętności w obszarach, którymi są szczególnie zainteresowani oraz które są dla nich dostępne ze względu na poziom sprawności i wydolności organizmu. Wśród celów szczegółowych wymienić, zatem należy:

- ♦ ukazywanie walorów rekreacyjnych i zdrowotnych różnych form aktywności ruchowej,
- ♦ umożliwianie dokonywania samodzielnych wyborów i podejmowania odpowiedzialności za

nie,

- ♦ wybór sportu „całego życia” przez uczniów o niskich i przeciętnych parametrach sprawności oraz rozwijanie kunsztu sportowego przez uczniów o szczególnych uzdolnieniach i predyspozycjach do uprawiania konkretnej dyscypliny sportowej,
- ♦ wdrażanie do współuczestnictwa w organizacji własnego procesu nauczania-uczenia się oraz do współpracy ze środowiskiem rówieśniczym i rodzinnym w upowszechnianiu zdrowego stylu życia,
- ♦ eksponowanie osiągnięć ucznia – stwarzanie sytuacji dostarczających radości i satysfakcji z aktywności ruchowej.

Podstawa programowa dopuszcza możliwość organizacji zajęć do wyboru w ramach następujących profili:

Sportowy – przeznaczony głównie dla uczniów uzdolnionych ruchowo w celu umożliwienia im uprawiania wybranej dyscypliny sportu.

Rekreacyjno-zdrowotny – przeznaczony dla wszystkich chętnych uczniów w celu wdrożenia ich do systematycznej aktywności ruchowej i wyboru sportu „całego życia”.

Taneczny – przeznaczony dla wszystkich chętnych uczniów zainteresowanych tańcem

Turystyczny – przeznaczony dla wszystkich chętnych uczniów w celu rozbudzania ich zainteresowań turystyczno-krajoznawczych oraz aktywizowania do zdobywania odznak turystyki kwalifikowanej.

W każdym profilu zajęć należy położyć duży nacisk na zadania związane z samokontrolą, samooceną i samodzielną organizacją form aktywności ruchowej. Pomimo, iż wymagania szczegółowe zawarte w podstawie programowej odnoszą się tylko do zajęć prowadzonych w systemie klasowo-lekcyjnym, to cele i treści zajęć do wyboru powinny z nimi ściśle korelować i rozszerzać je w zależności od predyspozycji uczniów.

Nowa podstawa programowa a wymagania edukacyjne z wychowania fizycznego

Podstawę programową z wychowania fizycznego można zdefiniować jako obowiązkowy zestaw celów i zadań, treści nauczania oraz wymagań szczegółowych i osiągnięć ucznia, odnoszących się do jego postaw, wiedzy, umiejętności i kompetencji w zakresie rozwoju psychofizycznego na danym poziomie edukacyjnym. Podstawowa zmiana dotyczy zaniechania próby opisywania procesu edukacji fizycznej oraz przesunięcie tego akcentu na określenie i zdefiniowanie jej efektów. Prowadzi to do powstania w wychowaniu fizycznym pewnego wspólnego standardu cywilizacyjno-edukacyjnego, odwołującego się do wartości i czynności z zakresu kultury fizycznej, który muszą uwzględniać autorzy wszystkich, nowych programów wychowania fizycznego. Wspomniany standard edukacyjny zapisany jest, przez analogię do innych dziedzin edukacji, w postaci wymagań szczegółowych, które zostały pogrupowane w siedem bloków tematycznych (Cendrowski, Czerska, Woynarowska, 2009). Wymagania szczegółowe są jednocześnie zbiorem podstawowych treści kształcenia i wychowania fizycznego.

Obszary aktywności edukacyjnej nauczyciela i ucznia:

- diagnoza sprawności i aktywności fizycznej oraz rozwoju fizycznego
- trening zdrowotny
- sporty całego życia i wypoczynek
- bezpieczna aktywność fizyczna i wypoczynek
- sport (dotyczy II, III i IV etapu edukacji)
- taniec (dotyczy II i III etapu edukacji)
- edukacja zdrowotna (dotyczy III i IV etapu edukacji)

Wymienione wyżej bloki tematyczne powtarzają się na kolejnych etapach edukacji, jednak zawarte w nich wymagania szczegółowe obejmują szerszy zakres wiedzy, umiejętności, sprawności czy kompetencji uczniów.

I etap edukacyjny, klasy I-III szkoły podstawowej – edukacja wczesnoszkolna

Podstawowym celem i zadaniem wychowania fizycznego na tym poziomie edukacji jest kształtowanie wszechstronnej sprawności fizycznej ucznia oraz rozwijanie podstawowych nawyków w zakresie edukacji zdrowotnej. Zajęcia wychowania fizycznego realizowane są przez nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej lub nauczyciela wychowania fizycznego. Tygodniowy wymiar godzin wychowania fizycznego nie może być mniejszy, jak cztery – 45 minutowe jednostki lekcyjne. Zajęcia wychowania fizycznego w klasach I – III należy prowadzić w oparciu o całą infrastrukturę do szkolnej kultury fizycznej (Warchoł, Cynarski, 2011).

II etap edukacyjny – klasy IV-VI szkoły podstawowej

Cele wychowania fizycznego w klasach IV-VI szkoły podstawowej są ukierunkowane głównie na udział ucznia w aktywności fizycznej wpływającej na jego zdrowie, wypoczynek i aktywność sportową, stosowanie zasad bezpieczeństwa podczas zajęć ruchowych, poznawanie własnego rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej oraz prezentowanie zachowań prozdrowotnych. Osiągnięcie tak sformułowanych celów możliwe będzie poprzez realizację niżej przedstawionych treści nauczania (Warchoł, Cynarski, 2011).

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Diagnoza sprawności fizycznej i rozwoju fizycznego. Uczeń:
2. Trening zdrowotny. Uczeń:
3. Sporty całego życia i wypoczynek. Uczeń:
4. Bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista. Uczeń:
5. Sport. Uczeń:
6. Taniec. Uczeń: [MEN 2009].

III etap edukacyjny – gimnazjum

Lekcje wychowania fizycznego w gimnazjum realizowane są w wymiarze czterech godzin obowiązkowych w tygodniu. Możliwa jest tu do wykorzystania strategia mieszana, czyli dwie godziny w systemie klasowo-lekcyjnym oraz dwie godziny w formie fakultetów, realizowanych w analogiczny sposób, jak w szkole podstawowej w klasach IV-VI. Nowością na poziomie gimnazjum jest wprowadzenie do podstawy programowej wychowania fizycznego treści z zakresu edukacji

Z analizy treści nauczania podstawy programowej wynika, że wychowanie fizyczne w gimnazjum powinno być bardziej zorientowane w kierunku autoedukacji. Uczeń nie tylko biernie uczestniczy w procesie wychowania fizycznego czy jest poddawany określonym zabiegom dydaktyczno-wychowawczym, ale przede wszystkim sam kreuje określone działania, współtworzy kolejne etapy edukacji fizycznej, jest świadomy wyboru pewnych treści nauczania (np. rodzaju zajęć fakultatywnych) oraz dostrzega istotne związki i zależności pomiędzy sprawnością, aktywnością fizyczną, a zdrowiem człowieka (Warchoł, Cynarski, 2011).

IV etap edukacyjny – szkoły ponadgimnazjalne

Wychowanie fizyczne na tym poziomie kształcenia jest realizowane w wymiarze 3 obowiązkowych jednostek metodycznych w tygodniu. Można tu również zastosować wspomnianą wcześniej tzw. strategię mieszaną, czyli jedna godzina zajęć wychowania fizycznego jest realizowana w systemie klasowo-lekcyjnym, a dwie pozostałe jako zajęcia fakultatywne. Są to zawsze obowiązkowe zajęcia dla wszystkich uczniów, a ich fakultatywny charakter dotyczy tylko wyboru formy, rodzaju i treści zajęć. Nowością wychowania fizycznego na tym poziomie edukacji jest wprowadzenie do podstawy programowej obowiązkowych treści edukacji zdrowotnej (Warchoł, 2013).

Zestaw zaproponowanych treści nauczania wychowania fizycznego w szkołach ponadgimnazjalnych jeszcze w większym stopniu uwzględnia postulaty autoedukacji, humanizacji i prospekcji. Ten etap edukacji jest w pewnym sensie finalnym ogniwem procesu przygotowania ucznia do całożyciowej troski o zdrowie, sprawność i aktywność fizyczną. Dlatego świadomość ważności celów i zadań wychowania fizycznego na tym poziomie kształcenia oraz jego funkcji edukacyjnych, rozwojowych i zdrowotnych, i tym samym podejmowanie

właściwych działań – to podstawowe obszary aktywności pedagogicznej każdego nauczyciela wychowania fizycznego (Warchoń, Cynarski, 2011).

3.1. Nauczyciel wychowania fizycznego edukatorem zdrowia w polskiej szkole w wyniku reformy programowej kształcenia ogólnego

W 2008 roku w Polsce miała miejsce reforma programowa kształcenia ogólnego (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r.). W jej wyniku nauczyciele wychowania fizycznego, szczególnie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, czyli III i IV etapu edukacji, stanęli przed nowym obowiązkiem jakim jest prowadzenie edukacji zdrowotnej.

Współczesna edukacja zdrowotna ma charakter wielodyscyplinarny, opiera się bowiem na naukach medycznych, pedagogicznych oraz społecznych. Istotnymi jej cechami są: holistyczne podejście do zdrowia i czynników je warunkujących, dążenie do spójności informacji pochodzących z różnorodnych źródeł, wiarygodność wzorców, wykorzystywanie formalnych i nieformalnych okoliczności edukowania, stwarzanie możliwości do praktykowania zachowań prozdrowotnych oraz aktywny udział uczniów w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej. Przyjmuje się, że edukacja zdrowotna to proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym dzieci i młodzież uczą się jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności, aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać negatywne skutki (Woynarowska 2010, 2012a).

W polskiej szkole nie ma odrębnego przedmiotu, w ramach którego realizowano by zagadnienia czy treści dotyczące szeroko pojętego zdrowia. Zapoczątkowane w latach dziewięćdziesiątych XX wieku zmiany w systemie edukacji, wprowadziły po raz pierwszy w historii polskiego szkolnictwa edukację zdrowotną do podstawy programowej kształcenia ogólnego w postaci ścieżki międzyprzedmiotowej. Od roku 1999 ścieżka ta stanowiła formę edukacyjną w gimnazjum i szkole podstawowej. W roku 2002, w wyniku kolejnej modyfikacji podstawy programowej doczekała się ona również realizacji we wszystkich typach szkół pod nazwą „edukacja prozdrowotna”. Jednakże nie przydzielono jej konkretnego miejsca i liczby godzin. W rozpoczętych w 2007 roku pracach nad nową podstawą programową założono likwidację ścieżek edukacyjnych, w tym także edukacji zdrowotnej, uznając że jej treści będą realizowane w ramach takich przedmiotów jak biologia i wychowanie fizyczne, jednakże bez utrzymania jej nazwy w podstawie. Takie założenie oznaczało regres w stosunku do aktualnej sytuacji. Dopiero kolejna reforma programowa w 2008 roku, sukcesywnie od roku szkolnego 2009/2010 wprowadzająca do szkół nową podstawę programową, wpisała edukację zdrowotną do obowiązkowych zadań szkoły, a przedmiotem wiodącym w tej kwestii uznano wychowanie fizyczne (Woynarowska 2008).

Nauczyciel wychowania fizycznego promotorem zdrowia

Nowa podstawa programowa w istotny sposób zmienia model wychowania fizycznego, jaki do tej pory funkcjonował w polskiej szkole. Zarówno treści jak i wymagania, jakie postawiła przed nauczycielem wychowania fizycznego nowa podstawa programowa, obligują go do zmiany swojego nastawienia i postrzeganie współczesnej lekcji wychowania fizycznego z zajęć pro-sportowych na zajęcia prozdrowotne. Obecnie upatruje się w nauczycielu wychowania fizycznego promotora zdrowia, czyli osoby, która będzie edukowała i oddziaływała na swoich wychowanków w taki sposób, aby uznali oni zdrowie za wartość nadrzędną, autoteliczną i by czuli się za nie odpowiedzialni. Dzięki nabytej w okresie szkolnej edukacji wiedzy i nawykom oraz ukształtowaniu odpowiedniej postawy wobec zdrowia powinni oni świadomie dążyć do utrzymania zdrowia także wówczas, gdy opuszczą mury szkoły. Współcześnie, w dobie szybkiego rozwoju cywilizacji i związanego z nią procesu mechanizacji i automatyzacji funkcje kultury fizycznej nabierają szczególnego znaczenia, stając się narzędziem, środkiem do przeciwdziałania rosnącej hipokinezji, problemów z nadwagą, cukrzycą typu 2 oraz zespołem metabolicznym czy chorobami układu krążenia. Dlatego też, nowa

podstawa programowa wiąże się wyraźnie z troską o zdrowie publiczne społeczeństwa polskiego. Zakłada się, że realizacja nowej podstawy w rzeczywisty sposób w polskich szkołach przyczyni się do popularyzacji wiedzy o zdrowiu wśród dzieci i młodzieży, co dalszej perspektywie stworzy szansę na poprawę zdrowia Polaków (Żołyński 2011, Forum Debaty Publicznej 2013).

Przydzielenie nowej roli nauczycielom WF, zgodnie z założeniami autorów podstawy programowej, miało wpłynąć również na zwiększenie prestiżu osobistego, zawodowego i społecznego nauczycieli tego przedmiotu, jak też przyczynić się do podniesienia rangi wychowania fizycznego w szkole. Jak pisze Papiernik (2011) niepokojącym sygnałem świadczącym o niskiej pozycji wychowania fizycznego i słabości tego przedmiotu jest ogromna ilość zwolnień uczniów z udziału w lekcji. Trudno nie zgodzić się również ze spostrzeżeniem tego autora, że poważny wkład w skalę tego zjawiska mają niestety sami nauczyciele wychowania fizycznego. Niezależnie od górnolotnych deklaracji, obserwuje się dość powszechne lekceważenie tego przedmiotu i tej sfery działalności na wszystkich szczeblach funkcjonowania naszego kraju. Ponadto o nieskuteczności współczesnej formy wychowania fizycznego świadczą mała aktywność ruchowa dorosłej części społeczeństwa oraz powszechny brak zachowań pro-zdrowotnych zarówno u młodzieży jak i dorosłych. A jedno z drugim w dużym stopniu koreluje, gdyż można powiedzieć, że aktywność fizyczna stoi na straży innych zachowań. Regularna aktywność fizyczna to kluczowy składnik zdrowego stylu życia, modyfikujący i integrujący w sposób bezpośredni lub pośredni takie elementy tego stylu jak np. sposób odżywiania, stosowanie używek, formę spędzania czasu wolnego czy odciążanie stresu (Drabik i in. 2009). W obliczu narastających chorób cywilizacyjnych, zdrowy styl życia to współczesna profilaktyka pierwszorzędowa. Należy pamiętać, że edukacja, w tym przede wszystkim edukacja zdrowotna współtworzy styl życia i jej powszechność oraz poważne traktowanie jest istotnym elementem strategicznym na rzecz zdrowia publicznego. Jak słusznie zauważa Wiśniewska-Słowińska i in. (2010) zgodnie z nową propozycją, szkolnej edukacji zdrowotnej nie można rozpatrywać jako dodatkowego elementu wychowania fizycznego. Niemożliwe jest przecież, jak trafnie ujęła to Ostrowska (2010), prowadzenie zajęć wychowania fizycznego bez przekazu niezbędnej wiedzy o zdrowiu.

Zalecenia dotyczące realizacji edukacji zdrowotnej w ramach wychowania fizycznego

Wytyczne odnoszące się do realizacji zajęć z bloku „Edukacja zdrowotna” na III i IV etapie edukacji zawarte są w „Podstawie programowej z komentarzami: Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa, tom 8” (MEN 2009), jak też w licznych publikacjach autorstwa B. Woynarowskiej, w tym wydawanych między innymi przez Ośrodek Rozwoju Edukacji i udostępnianych jednocześnie w formie elektronicznej na stronie internetowej pod adresem: www.ore.edu.pl (Woynarowska 2012b, 2012c). Opisano w nich obszary tematyczne i wymagania szczegółowe dla uczniów, optymalny wymiar godzin, formy i metody pracy, sposób oceniania uczniów, a także, tak ważne w edukacji zdrowotnej, diagnozowanie i ewaluację. Wśród pięciu obszarów tematycznych, zalecanych do realizacji wymienione zostały: 1. „aktywność fizyczna, praca i wypoczynek, żywienie”; 2. „rozwój fizyczny w okresie dojrzewania i młodości”; 3. „dbałość o ciało, bezpieczeństwo, zapobieganie chorobom”; 4. „zdrowie i dbałość o zdrowie” i 5. „zdrowie psychospołeczne, umiejętności życiowe”. Obszary powyższe są identycznie sformułowane dla gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych, ale różnią się w zakresie wymagań szczegółowych na poszczególnych etapach edukacji. Wymagania szczegółowe, oprócz zagadnień pro-somatycznych, związanych z higieną ciała, aktywnością fizyczną i odżywianiem, dotyczą również zagadnień zdrowia publicznego i promocji zdrowia. W nowej podstawie programowej zakres tematyczny edukacji zdrowotnej znacznie rozszerzono o zagadnienia zdrowia psychospołecznego. Ważnym, a zarazem nowym zadaniem stojącym przed nauczycielami WF jest kształtowanie u uczniów tzw. umiejętności życiowych (ang. life skills), definiowanych przez WHO jako „umiejętności umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają efektywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia”. Ujęto je w trzy główne grupy: 1. „umiejętności interpersonalne”, 2. „podejmowanie

decyzji i krytyczne myślenie”, 3. „kierowanie sobą”. Kształtowanie powyższych umiejętności i ich rozwijanie jest szczególnie istotne w okresie dorastania, kiedy to wpływ grupy rówieśniczej ma ogromne znaczenie, a dokonywane wybory raczej nie sprzyjają zdrowiu. Dlatego też w edukacji zdrowotnej, szczególnie na III i IV poziomie edukacyjnym nauczyciele WF powinni skierować swoją uwagę na kształtowanie i doskonalenie tych umiejętności u uczniów.

Oprócz nowych zadań i treści, zmianie uległy też warunki i metody pracy nauczycieli. Opracowane nowe zasady w zakresie metodyki prowadzenia zajęć z bloku „edukacja zdrowotna” w ramach wychowania fizycznego, kładą główny nacisk na stosowanie metod aktywizujących i prowadzenie zajęć w salach lekcyjnych, a nie gimnastycznych. Według zaleceń zamieszczonych w komentarzu do podstawy programowej proponuje się dwa warianty formy organizacji zajęć z bloku „edukacja zdrowotna”. I tak wariant optymalny zakłada zajęcia w cyklu ciągłym, w okresie jednego semestru (najlepiej pierwszym), w wymiarze co najmniej 30 godzinnym w okresie trzech lat nauki w gimnazjum i trzech lat w szkole ponadgimnazjalnej, przeznaczając na poszczególne zajęcia 1 lub 2 godziny lekcyjne. Wariant alternatywny dopuszcza realizację zajęć w okresie krótszym niż jeden semestr, przeznaczając jednorazowo na ten blok 2-3 godziny lekcyjne. Za nieprawidłowe uznaje się rozłożenie zajęć w czasie, z długimi odstępami oraz omawianie zagadnień wyłącznie w trakcie wybranych części toku lekcji przeznaczonych na zajęcia ruchowe (MEN 2009, Woynarowska 2012a). Ważnym elementem skuteczności nowych programów, w tym też edukacji zdrowotnej są metody pracy. W przypadku zajęć dotyczących zdrowia zaleca się wykorzystywanie różnorodnych metod i technik aktywizujących. Zachęcają one do samodzielnego myślenia, przełamania nieśmiałości, wyzwalają u uczniów kreatywność, uczą współdziałania w grupie i odpowiedzialności za efekty działań własnych i zespołu. Aktywne uczenie ułatwia przyswojenie sobie nowych treści i bardziej angażuje uczniów w proces uczenia się (Charzyńska-Guła 2012, Woynarowska 2012a, 2012b, 2012c). Liczba uczniów na zajęciach prowadzonych tymi metodami nie powinna przekraczać 20 osób, a pomieszczenie powinno umożliwić zmianę ustawienia stołów i krzeseł oraz przemieszczanie się uczniów. Sugeruje się, aby uczniowie byli zwrócenii do siebie twarzami, a stoły lub miejsca siedzące ustawione w kształcie litery „O” lub „U” lub „V”.

Uczniowie powinni aktywnie uczestniczyć w planowaniu, realizacji i ewaluacji zajęć. Dlatego też, kolejną ważną składową edukacji zdrowotnej jest dostosowanie jej treści i wymagań do potrzeb uczniów na podstawie przeprowadzonej diagnozy. Powinna być ona pierwszym etapem planowania zajęć. Potrzeby, oczekiwania uczniów są bardzo zróżnicowane, a zorientowanie się w nich może zwiększyć zainteresowanie i udział uczniów w zajęciach z edukacji zdrowotnej. Ostatnim ogniwem, zamykającym zajęcia z tego bloku, powinna być ewaluacja. Zebranie informacji zwrotnej od uczniów powinno zostać wykorzystane przez nauczyciela do analizy i oceny efektywności zajęć oraz w planowaniu kolejnych, uwzględniając przykładowo zasygnalizowane przez podopiecznych drobne modyfikacje.

Ocena z edukacji zdrowotnej składową oceny z wychowania fizycznego

Nie ulega wątpliwości, że skoro blok „edukacja zdrowotna” włączony został do podstawy programowej wychowania fizycznego, to również ocena z tego zakresu powinna być składową końcowej, a zarazem całościowej oceny z przedmiotu „wychowanie fizyczne”. Wyniki raportu Najwyższej Izby Kontroli (2013) pokazują, że w większości szkół gimnazjalnych ocenę z wychowania fizycznego nauczyciele nadal opierają wyłącznie na umiejętnościach ruchowych uczniów (sportowych i rekreacyjnych) z pominięciem osiągnięć uczniów z innych zakresów tematycznych, w tym w szczególności edukacji zdrowotnej.

Uwzględniając specyfikę edukacji zdrowotnej, w ocenianiu osiągnięć uczniów powinno się brać pod uwagę obecność i aktywność uczniów na zajęciach oraz ich gotowość do podejmowania zadań indywidualnych lub zespołowych. Ponadto przy pomocy kwestionariuszy i arkuszy należy dokonywać samooceny uczniów odnoszącej się do rozwoju ich umiejętności osobistych i społecznych oraz zmian postaw i zachowań. Jak opisuje w swojej pracy Wolny (2014), gdzie zamieszczono przykładowe kart samooceny, uczeń mógłby dwa

razy w ciągu roku szkolnego dokonywać samooceny wiedzy, umiejętności i postawy w skali od 1 do 6, gdzie 1 to ocena najniższa, a 6 – najwyższa. Pierwsza ocena miałaby miejsce na początku roku szkolnego, np. koniec września a kolejna na końcu roku szkolnego. Porównanie wyników obu ocen pozwoliłoby uczniowi na obserwację rozwoju w poszczególnych obszarach zdrowia oraz ukazało jego mocne i słabe strony.

Kolejną ważną częścią oceny z edukacji zdrowotnej jest ocena przez rówieśników, w przypadku wykonywania projektów i prac zespołowych, jak również oceną przez nauczyciela dotycząca pracy ucznia w przypadku specyficznych zadań, pracy domowej, projektów, portfolio i innych wytworów aktywności ucznia. Należy pamiętać, że kryteria oceny z edukacji zdrowotnej muszą spełniać warunek zgodności i jednolitości kryteriów. Dlatego też opracowywanie kryteriów oceny powinno być ustalone ze wszystkimi nauczycielami wychowania fizycznego w danej szkole. Nauczyciel, zapoznając uczniów z kryteriami oceniania, powinien wskazać dokładnie na co będzie zwracał uwagę, co będzie oceniał, podkreślając jednocześnie trzy obszary oceny z edukacji zdrowotnej takie jak: wiedzę, umiejętności i postawy. Ocena z edukacji zdrowotnej powinna uwzględniać zaangażowanie ucznia, inspirować go do pracy, zachęcać do wykazywania troski o zdrowie własne i najbliższych – być oceną wspierającą ucznia (Woynarowska 2012a, Wolny 2014).

Podsumowanie

Wśród pozycji bibliograficznych coraz więcej pojawia się takich, których tematyka nawiązuje do nowego statusu edukacji zdrowotnej w polskiej szkole i nowej roli nauczycieli wychowania fizycznego, jak też prezentujących najnowsze badania z tego zakresu (Wiśniewska-Śliwińska i in. 2010, Sokołowska 2011, Nowak 2011, 2012, Bogusz i in. 2013, Charzyńska-Gula i in. 2013, Kubińska 2010, 2013, Woynarowska 2009, 2013, Zadarko-Domaradzka i in. 2014, Woynarowska i in. 2012, 2014). Nie brakuje też publikacji, w których poruszane są kwestie kształcenia przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego i podejścia aktualnie studiujących ten kierunek do edukacji zdrowotnej (Huk-Wieliczuk i in. 2009, Kowalska 2010, Wrona-Wolny i in. 2011, Woźniak-Holecki i in. 2013).

Powodzenie działań reformatorskich w zakresie edukacji zdrowotnej zależy w dużej mierze od nauczyciela wychowania fizycznego, jego postawy, wiedzy, umiejętności i pozytywnego nastawienia względem wprowadzonych zmian (Wiśniewska-Śliwińska i in. 2010). Niestety status edukacji zdrowotnej po reformie programowej w praktyce szkolnej nie uległ oczekiwanej zmianie, pozostając dla większości dyrektorów i nauczycieli wychowania fizycznego polskich szkół jedynie zapisem na stronach nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego. Analiza badań literatury przedmiotu pokazuje, że nauczyciele nie traktują edukacji zdrowotnej jako integralnej części wychowania fizycznego i nie stosują się do zaleceń dotyczących sposobu realizacji edukacji zdrowotnej. Można odnieść wrażenie, że nadal istnieje nadrzędności celu pro-sportowego nad pro-zdrowotnym w wychowaniu fizycznym i traktowanie zdrowia w ujęciu biomedycznym, a nie holistycznym. Ponadto bez właściwego nadzoru i weryfikacji działań nauczycieli uczących wychowania fizycznego założenia reformy nie będą miały odpowiedniego odzwierciedlenia w praktyce.

4. Wychowanie fizyczne i sport szkolny w systemie średniej edukacji ogólnokształcącej w Ukrainie

Cechą charakteryzującą większość współczesnych systemów oświatowych jest ich wyraźna tendencja do integracji z europejską przestrzenią edukacji ogólnokształcącej. Reforma ukraińskiego systemu edukacyjnego nie jest tu wyjątkiem. Dotyczy to również przedmiotu kultura fizyczna, który stanowi integralną część szkolnego procesu edukacyjno-wychowawczego i sprzyja wszechstronnemu rozwojowi uczniów, wzmocnieniu zdrowia i ich rozwojowi fizycznemu i duchowemu. (Shyyan O. 2005). Z tego powodu w Ukrainie opracowano nowy program nauczania dla uczniów klas 1-4 i 5-11, oparty na teoretycznym i praktycznym dorobku specjalistów krajowych oraz na doświadczeniach krajów Europy Zachodniej w dziedzinie wychowania fizycznego (T. J. Krucewycz/ Krutsevych T. Y. i inni). , 2012; Kultura fizyczna w szkole, 2011).

W Ukrainie „Kultura fizyczna” jest wyodrębnionym przedmiotem w programach nauczania szkół ogólnokształcących. Głównym celem przedmiotu „Kultura fizyczna” jest nabycie przez uczniów doświadczenia w aktywności: edukacyjno-poznawczej, praktycznej i społecznej, jak też kształtowanie w uczniach stabilnej motywacji i potrzeby zachowania oraz wzmocnienia własnego zdrowia, rozwoju fizycznego i umiejętności, kompleksowego rozwoju wrodzonych zdolności i cech moralnych, a także zastosowania środków wychowania fizycznego w kształtowaniu zdrowego sposobu życia.

Cele przedmiotu „Kultura fizyczna” są osiąmane przez zastosowanie kompleksowego traktowania zadań edukacyjnych, terapeutycznych i wychowawczych:

- poszerzenie doświadczeń ruchowych, udoskonalenie umiejętności w zakresie czynności niezbędnych w życiu, zastosowanie ich w codziennej aktywności i w zabawie.
- poszerzenie możliwości funkcjonalnych układów życiowych organizmu przez celowy rozwój podstawowych cech fizycznych i wrodzonych zdolności;
- zachowanie i wzmocnienie zdrowia uczniów;
- kształtowanie ogólnego postrzegania:
 - kultury fizycznej, jej znaczenia w życiu człowieka, w zachowaniu i wzmocnieniu zdrowia i w rozwoju fizycznym;
 - historii i współczesności igrzysk olimpijskich i ruchu olimpijskiego;
- zapewnienia optymalnego dla każdego ucznia poziomu przygotowania fizycznego;
- kształtowania potrzeby stosowania ćwiczeń fizycznych jako jednego z głównych czynników zdrowego sposobu życia;
- kształtowania umiejętności praktycznych w zakresie samodzielnego uprawiania ćwiczeń fizycznych i aktywnych form wypoczynku;
- realizacji komunikatywnej funkcji wychowania fizycznego;
- kształtowanie cech moralno-wolitionalnych i pozytywnego stosunku do otoczenia.

Typowe plany nauczania w szkołach ogólnokształcących, w ramach przedmiotu „Kultura fizyczna” przewidują w części obowiązkowej Typowe plany nauczania szkół ogólnokształcących, 2009.) :

- w klasie 1 – 3 godziny w tygodniu;
- w klasach 2-4 – 3 godziny w tygodniu;
- w klasach 5-7 – 2,5 godziny w tygodniu (natomiast, w ogólnokształcących placówkach edukacyjnych z ukraińskim językiem nauczania i językiem rosyjskim lub innym językiem mniejszości narodowych, jak również w ogólnokształcących placówkach edukacyjnych z ukraińskim językiem nauczania i dwoma językami

obcymi – 2 godziny);

- w klasach 8-9 – 3 godziny w tygodniu;

- w klasach 10-11 – 2 godziny w tygodniu;

- w klasach 10-11 o profilu sportowym lub wojskowo-sportowym – 5 godzin w tygodniu.

Przed rozpoczęciem roku szkolnego uczniowie ukraińskich szkół powinni przejść pogłębiony przegląd lekarski. Na podstawie jego wyników są tymczasowo dzieleni na grupy medyczne pod kątem zajęć z kultury fizycznej: podstawową, przygotowawczą i specjalną. Do podstawowej grupy medycznej należą uczniowie bez odchyżeń w stanie zdrowia lub z nieznacznymi odchyleniami, ale z zadowalającym przygotowaniem fizycznym. Do przygotowawczej grupy medycznej kieruje się uczniów z nieznacznymi odchyleniami w rozwoju fizycznym i stanie zdrowia oraz niewystarczającym przygotowaniem fizycznym. Do specjalnej grupy medycznej należą dzieci ze znacznymi odchyleniami w stanie zdrowia, dla których znaczny wysiłek fizyczny nie jest wskazany. Z uczniami grupy specjalnej prowadzi się zajęcia według specjalnego programu.

Na Ukrainie został zatwierdzony nowy program nauczania przedmiotu „Kultura fizyczna” dla klas młodszych (2011), w którym aktywność ruchowa jest ukierunkowana na rozwój ogólny (T. J. Krucewycz/ Krutsevych T.Y. i inni , Treść programu jest ukierunkowana na kształtowanie w uczniach kompetencji kluczowych: **społecznych, motywacyjnych, funkcjonalnych**. W programie nie została przewidziana ścisła ilość godzin na opanowanie konkretnych działów. Z uwzględnieniem poziomu przygotowania fizycznego uczniów, ich zainteresowań i zdolności, stan bazy sprzętowej placówki edukacyjnej i warunków klimatycznych nauczyciel samodzielnie przeznacza pewną ilość godzin na opanowanie konkretnych partii programu.

Orientacyjna siatka podziału materiału programu nauczania w godzinach nauki szkolnej na lekcjach kultury fizycznej

Działy i tematy	Ilość godzin			
	klasy			
	1	2	3	4
I. Przygotowanie teoretyczno-metodyczne	3	3	3	3
II. Typy działań w kulturze fizycznej:				
1. Szkoła kultury ruchów z elementami gimnastyki	17	17	17	17
2. Szkoła biegów				
3. Szkoła piłki				
4. Szkoła skoków	26	25	24	24
5. Szkoła aktywnego wypoczynku (rekreacji)				
6. Szkoła wparcia rozwoju cech fizycznych	12	14	16	17
7. Szkoła postawy				
8. Określenie dynamiki zmian wskaźników rozwoju cech fizycznych	8	8	8	8
9. Czas dowolny	17	16	15	10
	W treści odpowiednich działów programu Na wszystkich lekcjach			
	2	2	2	6
	20	20	20	20
Razem:	105	105	105	105

Z uwagi na odmienności regionalne i lokalne warunki nauczania, w realizowanych treściach podstawy programowej dopuszcza się wprowadzanie zmian i uzupełnień stanowiących nie więcej 20-30% ogólnej ilości godzin.

Nowy program nauczania z kultury fizycznej dla klas 5-11 obowiązuje w ukraińskich szkołach od roku szkolnego 2009/2010 (Kultura fizyczna w szkole, 2011). Należy zwrócić uwagę, że w okresie nauki szkolnej w klasach 5-11 obejmuje przedziały wiekowe: 5 klasa – 10 lat, 6 klasa – 11 lat, 7 klasa – 12 lat, 8 klasa – 13 lat, 9 klasa – 14 lat, 10 klasa – 15 lat, 11 klasa – 16 lat. Nowy program nauczania kultury fizycznej został zbudowany w systemie modułowym.

Składa się on z:

- dwóch modułów obowiązkowych: wiedza teoretyczno-metodyczna i ogólne przygotowanie fizyczne
- i kilku modułów do wyboru: lekka atletyka, gimnastyka, pływanie, piłka nożna, koszykówka, piłka ręczna, turystyka, aerobik, badminton i inne

Wiedza teoretyczno-metodyczna składa się z 4 bloków, które powinny zostać przyswojone przez uczniów: wiedza związana ze zdrowym sposobem życia, wiedza o charakterze organizacyjno-metodycznym, wiedza o podstawach samokontroli oraz zagadnienia z zakresu edukacji olimpijskiej. Praktycznie każda dyscyplina sportowa może występować w formie modułu do wyboru. W ramach tego programu specjaliści w dziedzinie kultury fizycznej mogą opracować własne moduły do wyboru. Programy modułów do wyboru powinny przejść ocenę ekspercką w Ministerstwie Edukacji i Nauki Ukrainy. Oznacza to prawdopodobny wzrost ilości modułów do wyboru.

Placówka edukacyjna samodzielnie kształtuje zawartość treściową przedmiotu „Kultura fizyczna”, komponując ją z modułów do wyboru. Istnieje przy tym wymóg uwzględnienia w każdym module do wyboru środków teoretycznego i ogólnego przygotowania fizycznego przewidzianych w programie nauczania danej klasy. W klasach 5-6 uczniowie powinni opanować 4-6 modułów do wyboru, w klasach 7-8 – 3-5 modułów, w 9 klasie – 3-4 modułów, w 10-11 klasie – 2-3 modułów do wyboru. Na opanowanie wszystkich modułów przewidziano zbliżoną ilość godzin. Jednakże, nowy program nauczania kultury fizycznej w Ukrainie nie wyłącza możliwości uzasadnionego zwiększenia lub ograniczenia ilości godzin nauczania poszczególnych modułów.

Przed rozpoczęciem roku szkolnego na mocy protokołu rady metodycznej zatwierdza się harmonogram podziału modułów do wyboru nauczania kultury fizycznej w każdej klasie. W harmonogramie umieszcza się moduły do wyboru, które będą nauczane, rok i ilość godzin przeznaczonych na ich opanowanie. Obowiązują następujące kryteria wyboru modułów do wyboru: istniejąca baza materialno-techniczna, regionalne tradycje sportowe, zaplecze kadrowe i preferencje uczniów. Preferencje uczniów są ustalane na podstawie obowiązkowych pisemnych ankiet, przeprowadzanych pod koniec roku szkolnego. Wyniki ankiet załącza się do protokołu szkolnej rady metodycznej.

Moduły do wyboru mogą być zmieniane w trakcie nauki w różnych klasach. W przypadku opanowania dwóch modułów do wyboru w ciągu jednego roku szkolnego, a także jeśli realizacja modułu nie rozpoczęła się w klasie 5, nauczyciel powinien dokonać korekty zawartości treściowej modułu do wyboru i zasady oceniania.

- kształtowanie umiejętności i zwyczaju samodzielnego uprawiania ćwiczeń fizycznych.

Podstawową formą organizacji procesu edukacyjno-wychowawczego z kultury fizycznej w ogólnokształcącej placówce edukacyjnej jest lekcja. Praca domowa odgrywa ważną rolę w organizacji wychowania fizycznego w szkołach na Ukrainie. Powinna być ona ukierunkowana na podwyższenie aktywności ruchowej w czasie wolnym i osiągnięcie efektu rekreacyjno-terapeutycznego.

Ocenianie postępów ucznia w nauce na lekcjach kultury fizycznej w ukraińskiej szkole może być dokonywane według następujących rodzajów aktywności. (Kryteria oceniania, 2008):

1. Opanowanie techniki wykonania ćwiczenia fizycznego.
2. Spełnienie normy edukacyjnej (z uwzględnieniem dynamiki wyniku osobistego).
3. Realizacja zadań edukacyjnych w czasie prowadzenia lekcji.
4. Przyswojenie wiedzy teoretyczno-metodycznej.

Waga oceny za spełnienie normy edukacyjnej nie ma dominującego znaczenia przy wystawianiu oceny tematycznej, semestralnej lub rocznej. Do oceny rozwoju cech fizycznych stosuje się normy edukacyjne opracowane dla każdego roku nauki. Kontrolne normy edukacyjne mają charakter orientacyjny. Zasady przeprowadzenia kontroli określa nauczyciel na podstawie rozkładu kalendarzowo-tematycznego. Przy sporządzaniu normy edukacyjnej, przy pomocy jej wskaźnika określa się poziom osiągnięć (початковий, середній, достатній, високий), a następnie na podstawie technicznego parametru wykonania ćwiczenia fizycznego i wiedzy teoretycznej wystawia się ocenę punktową (Kryteria oceniania, 2008)

Kompleksowe rozwiązywanie przez uczniów zadań z wychowania fizycznego wymaga przeprowadzenia nie tylko lekcji ale i zajęć pozalekcyjnych. Do głównych form zajęć pozalekcyjnych z wychowania fizycznego należą: ćwiczenia fizyczne i terapeutyczne w ciągu dnia – (gimnastyczne minuty i pauzy w czasie lekcji szkolnych, godziny zdrowia i inne), zajęcia pozalekcyjne (zawody w ramach programu nauczania, masowe imprezy sportowo-kulturalne, dni zdrowia), zajęcia pozaszkolne (zajęcia w kołach i sekcjach sportowych, szkołach sportowych, pozaszkolnych placówkach sportowych, klubach zainteresowań, z rodzicami i inne) (Turchyk Iryna, Krucevych Tetjana, Lukjanchenko Mykoła, Djatlenko Sergii 2010).

Wnioski

Przedstawiona analiza systemu wychowania fizycznego na Ukrainie pozwala na stwierdzenie, że jest on:

- nastawiony na zapewnienie edukacyjnego, wychowawczego, terapeutycznego i rozwojowego ukierunkowania procesu nauczania wychowania fizycznego, a także na przestrzeganie w edukacji zasad dydaktycznych: świadomości i aktywności, pogłębłości, przystępności i indywidualizacji, systematyczności i stopniowania trudności, trwałości wiedzy i naukowości;
- umożliwia nauczycielom zastosowanie zróżnicowanego podejścia do organizacji procesu edukacyjnego z uwzględnieniem stanu zdrowia, poziomu rozwoju fizycznego, przygotowania ruchowego i płci uczniów, uwzględnienia motywacji i stopnia zainteresowania uczniów ćwiczeniami fizycznymi;
- cechuje się nastawieniem na realizację zasady wariacyjności, polegającej na planowaniu materiału nauczania w zależności od charakterystyki wiekowo-płciowej uczniów, ich zainteresowań, zaplecza materialno-technicznego procesu nauczania (sala sportowa, przyszkolne boiska sportowe, stadion, basen i inne), kadr.

Przy ocenianiu osiągnięć edukacyjnych z kultury fizycznej uwzględnia się również: osobiste osiągnięcia uczniów w trakcie roku szkolnego; stopień aktywności uczniów na zajęciach lekcyjnych; udział uczniów w zajęciach z kultury fizycznej w czasie pozalekcyjnym; udział w zawodach sportowych różnego szczebla. Na podstawie wymienionych wskaźników nauczyciele mogą stosować różnorodne systemy doliczania punktów „dodatkowych”. Jeśli, na przykład, uczeń/uczennica wykonał/a ćwiczenie zaliczeniowe na pewnym poziomie, i jeśli przy tym jego/jej osobisty wynik wykonania tego ćwiczenia uległ poprawie w porównaniu ze wskaźnikiem poprzednim, nauczyciel może wystawić ocenę o 1-2 punkty wyższą od przewidzianej przez normę edukacyjną. W celu wdrożenia uczniów do wymagań lekcji kultury fizycznej, nie stosuje się norm w okresie od 1 września do 1 października każdego roku szkolnego, a lekcje mają charakter zajęć rekreacyjno-terapeutycznych z umiarkowanym obciążeniem

Do obowiązków nauczyciela kultury fizycznej w ukraińskich szkołach, poza przeprowadzeniem obowiązkowych lekcji z kultury fizycznej, należy zabezpieczenie metodyczne, organizacja i przeprowadzenie z uczniami swych klas pozalekcyjnej pracy w zakresie terapii, kultury fizycznej i sportu, przewidującej:

- 1) Ułożenie zestawów „gimnastyki śródlekcyjnej” i pomoc w ich przeprowadzeniu na lekcjach przedmiotów ogólnych;
- 2) udzielanie nauczycielom i uczniom pomocy w zakresie przeprowadzenia innych form pracy w zakresie terapii, kultury fizycznej i sportu w czasie pobytu w szkole;
- 3) Organizacja pracy szkolnego klubu sportowego, a także wspólne przygotowanie i przeprowadzenie raz w ciągu każdego półrocza zatwierdzonej przez radę szkoły imprezy sportowo-rekreacyjnej i zawodów w dyscyplinach sportu włączonych do programu nauczania; organizacja pracy sekcji sportowej z wybranymi uczniami lub też tradycyjnej dla danej szkoły dyscypliny sportowej; organizacja przygotowania i zapewnienia udziału drużyn szkolnych w różnego rodzaju zawodach.

.Na aktualnym etapie rozwoju edukacji na Ukrainie relacje między uczestnikami procesu edukacyjno-wychowawczego są oparte o zasady pedagogiki współpracy, zakładającej wzajemne zaufanie i szacunek, które pozwalają na realizowanie zadań w zakresie fizycznego wychowania uczniów nowoczesnej szkoły.

Zawartość merytoryczna przedmiotu „kultura fizyczna” ma na celu wyposażenie uczniów w kluczowe kompetencje: społeczne (umiejętność współpracy, rozwiązywanie problemów życiowych, wzajemne zrozumienie, aktywność społeczna, kształtowanie kultury fizycznej jednostki i podstaw zdrowego sposobu życia), motywacyjnych (kształtowanie w społeczności i u jednostki przekonania o prestiżu wiążącym się z dobrym stanem zdrowia i przygotowaniem fizycznym, zdolność do nauki, przejawy kreatywności w użyciu czynności ruchowych w warunkach różnorodnych pod względem stopnia skomplikowania oraz adaptacyjność) oraz funkcjonalnych (zdolność do zastosowania wiedzy o zasadach aktywności ruchowej, wiedzą o historii kultury fizycznej i sportu, pogłębienia doświadczenia ruchowego w celu rozwoju cech fizycznych i ruchowych, zgodnych z charakterystyką wiekową, przyswojenie kompetencji terminologicznych i metodycznych), które odzwierciedlają hierarchię wymagań stawianych aktywności w dziedzinie stale rozwijającej się i coraz doskonalszej kultury fizycznej i sportu.

Głównymi oczekiwaniami wobec nowoczesnej lekcji kultury fizycznej są:

- zapewnienie zróżnicowanego traktowania uczniów, które uwzględnia stan ich zdrowia, płeć, poziom rozwoju fizycznego i przygotowania;
- zapewnienie optymalizacji procesu edukacyjno-wychowawczego z zastosowaniem elementów innowacyjnych metod nauczania i wychowania oraz realizacji odniesień międzyprzedmiotowych;
- zapewnienie orientacji na edukację, wychowanie, terapię, rozwój i instruktaż.

4.1. Rola nauczyciela wychowania fizycznego w realizacji programów dotyczących zdrowego stylu życia wśród uczniów na Ukrainie

Problem kształtowania kadry w celu wdrażania projektów zapewniających zdrowy styl życia wśród młodzieży jest wciąż aktualny na Ukrainie. W kontekście wykonania zadań, wytyczonych przez projekt pt.: „Wychowanie fizyczne – zdrowiem narodu” oraz wprowadzenia nowego programu nauczania wychowania fizycznego (WF) w szkole, wzrasta rola nauczyciela wychowania fizycznego w kształtowaniu zdrowego stylu życia uczniów, co z kolei wymaga zdobycia przez nauczycieli wychowania fizycznego nowego pod względem jakości poziomu wyższego wykształcenia. Jako specjaliści w swojej dziedzinie powinni oni przecież zarówno własnym przykładem, jak i wszelką działalnością na polu wychowania fizycznego wpływać na zdrowie dzieci poprzez środki kultury fizycznej, promując profilaktykę zdrowia oraz informując rodziców i kolegów w pracy o zdrowym stylu życia.

Według nowego programu szkolnego na Ukrainie do obowiązków nauczycieli WF-u należy nie tylko ogólne wychowanie fizyczne uczniów, ale również przekazanie im wiedzy z zakresu teorii i metody kultury fizycznej. Obejmuje ona cztery bloki umiejętności, z których jeden dotyczy zdrowego stylu życia. Na przykład uczniowie klasy 5-iej powinni: mieć ogólną wiedzę na temat zdrowego stylu życia; znać zasady higieny i

spełniać warunki sanitarne podczas zajęć z wychowania fizycznego; wiedzieć o wadach postawy i zapobiegać ich powstawaniu; znać zasady bezpieczeństwa na lekcji i w czasie pozalekcyjnych zajęć z wychowania fizycznego; rozumieć, co to jest rozwój fizyczny i czemu służą fizyczne umiejętności; znać i stosować zasady samokontroli podczas zajęć z wychowania fizycznego.

Na lekcjach wychowania fizycznego w szkołach na Ukrainie nawiązuje się do podstaw warunkujących zdrowie poprzez stosowanie wiedzy z zakresu: anatomii i fizjologii człowieka, zasad higieny i fizyki, teorii i metodyki wychowania fizycznego, historii kultury fizycznej i sportu, muzyki, choreografii itp.

Dlatego dzisiaj główne wymagania odnośnie lekcji wychowania fizycznego dotyczą:

- zróżnicowanego podejścia do uczniów, z uwzględnieniem stanu zdrowia, poziomu rozwoju fizycznego i umiejętności każdego z nich;
- stałego doskonalenia procesu wychowawczego z zastosowaniem elementów nowych metod nauczania i wychowania w powiązaniu z innymi przedmiotami;
- ukierunkowania na: samokształcenie, wzajemne wychowywanie się, działania sprzyjające zdrowiu i rozwojowi osobowości.

Treści lekcyjne „wychowania fizycznego” mają na celu kształtowanie wśród uczniów zdrowej postawy dzięki przyswajaniu następujących umiejętności:

społecznych (przez: rozwijanie zdolności do współpracy, rozwiązywanie problemów życiowych, dążenie do porozumienia, aktywność społeczną, kształtowanie własnej kultury fizycznej, przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia);

motywacyjnych (przez: kształtowanie osobistego i społecznego przekonania o pożytku płynącym z wysokiego poziomu zdrowia i dobrej wydolności fizycznej, podtrzymywanie zdolności do przyswajania nauki, twórcze wykonywanie działań w warunkach o różnym stopniu trudności, rozwijanie zdolności przystosowania się);

czynnościowych (przez: rozwijanie zdolności w zastosowaniu wiedzy z zakresu: praw rządzących aktywnością ruchową, z historii kultury fizycznej i sportu, poszerzania doświadczenia ruchowego w celu doskonalenia wydolności fizycznej i zdolności ruchowej odpowiednio do właściwości wieku, zwiększanie kompetencji w dziedzinie terminologii i metodyki kultury fizycznej).

Sprzyjają one doskonaleniu zdrowego stylu życia i kształtują wśród młodego pokolenia postawę szacunku wobec życia i gotowości stanięcia w jego obronie.

Prócz obowiązkowych lekcji wychowania fizycznego nauczyciel WF-u jest odpowiedzialny za organizację i przeprowadzenie z uczniami zajęć korekcyjnych i sportowych, w skład których wchodzi:

- 4) Ułożenie sekwencji ćwiczeń fizycznych (kilkuminutowych) przeznaczonych do stosowania na lekcjach jako przerywnik;
- 5) Podanie nauczycielom i uczniom sposobów stosowania ćwiczeń z elementami wychowania fizycznego i sportu podczas pobytu w szkole;
- 6) Organizacja działalności szkolnego klubu sportowego oraz wspólne przygotowanie i przeprowadzenie raz na półrocze według scenariusza, zatwierdzonego przez radę szkoły, imprez i zawodów sportowych z dyscyplin, wchodzących do programu nauczania; organizacja pracy sekcji sportowej z dyscypliny wybranej przez uczniów lub będącej tradycyjną dla danej szkoły; organizacja przygotowań i zapewnienie udziału drużyn szkoły w różnorodnych zawodach.

Badania S. M. Singajewskiego, H. Własiuk i innych naukowców dowodzą, że dzisiaj w szkołach na Ukrainie zaistniała sytuacja, która zdaje się potwierdzać fakt, że dokonana się zmiana priorytetów w systemie wychowania fizycznego uczniów. Problem polega na tym, że przy obecnym dobytku naukowo-teoretycznym brakuje wciąż doświadczenia, wyspecjalizowanych nauczycieli wychowania fizycznego i w konsekwencji pozytywnych efektów na polu relacji wyznaczonej przez *wychowanie fizyczne i zdrowie ucznia*.

Według O. Mykytiuk główne przyczyny tego zjawiska, to: po pierwsze, brak powszechnego uznania kompetencji nauczyciela wychowania fizycznego w dziedzinie promocji zdrowia i jego potencjału w służbie doskonalenia poziomu zdrowia uczniów; po drugie, brak odpowiedniego kształcenia w aspekcie znajomości metod i technik odnośnie podstaw promocji zdrowia w przygotowaniu nauczycieli wychowania fizycznego; po trzecie, istnieje problem z przyswajaniem nawyków zdrowego stylu życia w środowisku szkolnym.

Jedną z dróg rozwiązania wspomnianego problemu, według naukowców (O. Szyjan, E. Śliwka, H. Żara), może być uruchomienie specjalistyczno-pedagogicznej działalności nauczycieli wychowania fizycznego poprzez kształcenie w dziedzinie zdrowia, zarówno na lekcjach WF-u, jak i na dodatkowych zajęciach (prowadzonych przez tych samych nauczycieli WF-u) zintegrowanych w dyscyplinie «Podstawy zdrowia». Obejmowałaby ona zagadnienia zdrowia i bezpieczeństwa życia. Jej strukturę tworzyłyby cztery przeplatające się płaszczyzny: życie i zdrowie człowieka; wymiar fizyczny zdrowia; wymiar społeczny zdrowia; wymiary psychiczny i duchowy zdrowia.

W związku z powyższym w roku 1999 Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej we Lwowie wprowadził specjalizację „Waleologia” dla studentów IV roku na kierunku «Wychowanie fizyczne». Ta specjalizacja stanowi część powszechnego programu przygotowania przyszłych specjalistów w dziedzinie kultury fizycznej, posiadających wiedzę i umiejętności w sferze zachowania, umocnienia i rozwoju zdrowia poszczególnych ludzi i całych społeczności i gotowych do wykładania tego przedmiotu w szkołach.

Wprowadzenie w roku 2005 nowego przedmiotu „Podstawy zdrowia” uwypukliło problem przygotowania nauczycieli do wykładania go w szkole. Wśród naukowców i metodystów nadal trwa dyskusja odnośnie właściwej specjalizacji nauczyciela, któremu można by zlecić wykładanie tego przedmiotu. Ze względu na to, że „Podstawy zdrowia” mają na celu kształtowanie wśród uczniów świadomej postawy wobec własnego życia i zdrowia oraz służą stosowaniu nawyków bezpiecznego i zdrowego zachowania, spośród kandydatów do nauczania tego przedmiotu najczęściej wymienia się nauczycieli biologii, BHP, waleologii, wychowania fizycznego oraz psychologów praktycznych.

W tych warunkach trzeba było specjalnie przygotować przyszłego nauczyciela WF-u, ponieważ chodziło o wykształcenie pedagoga nie tylko jako wykładowcę przedmiotu „Podstawy zdrowia”, ale również jako nauczyciela kształtującego zdrowy styl życia wszystkich uczestników procesu naukowo-wychowawczego. To z kolei wymagało poszukiwania nowych modeli organizacji procesu nauczania i wykorzystania różnych form kształcenia nauczycieli oraz rewizji wymagań na poziomie ogólnej kultury i specjalistycznego przygotowania.

W kontekście kształcenia z waleologii w dziedzinie wychowania fizycznego godnym wyróżnienia jest, zdaniem autora, umiejętność „zachowania zdrowia”. Według badań ta umiejętność służy zachowaniu podstawy istnienia człowieka, głównym zaś jej przejawem jest świadomość wagi zdrowia i potrzeby zdrowego stylu życia we wszystkich sferach działalności osoby. Kompetencja pedagoga w sferze zachowania zdrowia wyraża się w jego stałym ukierunkowaniu na rzecz troski o zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe, zarówno w odniesieniu do siebie, jak i otoczenia. Polega ona również na sprzyjaniu zdrowemu stylowi życia i popieraniu zachowań prozdrowotnych wśród uczniów podczas lekcji i w działalności pozalekcyjnej (O. Mykytiuk 2012). Według autora umiejętność w dziedzinie zachowania zdrowia tworzą następujące elementy:

- motywacyjno-wartościowy składnik – przewiduje potrzebę nauczyciela w doskonaleniu własnych umiejętności i zdobywania wiedzy oraz świadomość konieczności samokształcenia w życiu każdego człowieka i w jego działaniach związanych z zawodem

- kognitywny składnik – dotyczy objętości wiedzy, jej systematyczności, głębi, siły, uświadomienia

- działaniowy składnik – dotyczy zbioru umiejętności i nawyków, które kształtują się w procesie zdobywania specjalizacji

- refleksyjny składnik – dotyczy uświadomienia, analizy własnego doświadczenia i skutków własnych działań.

W celu właściwego przygotowania nauczycieli w Państwowym Uniwersytecie Kultury Fizycznej we Lwowie wprowadzono specjalizację „Zdrowie człowieka”, co z kolei pozwala przyszłym nauczycielom wykładać przedmiot „Podstawy zdrowia” w szkole (po uzyskaniu stopnia „bakaławi”) lub na wyższej uczelni (po uzyskaniu stopnia „magister”).

Wniosek

Sensowność zatrudnienia nauczycieli wychowania fizycznego do promocji zdrowego stylu życia przede wszystkim usprawiedliwia fakt, że wychowanie fizyczne już w swej istocie stanowi potężny środek kształtowania, zachowywania i umacniania zdrowia dziecka. Głównym celem przecież, ku któremu zmierza każdy nauczyciel wychowania fizycznego we współpracy z uczniami jest: uzyskanie obiektywnego (bo dotyczącego wszystkich uczniów bez wyjątku) i odpowiedniego dla każdej osoby poziomu wykształcenia w dziedzinie kultury fizycznej (w tym pielęgnowanie zdrowego stylu życia), profilaktyka chorób i urazów, zdobywanie umiejętności i nawyków higieny osobistej oraz zwiększanie własnej wydolności fizycznej. To właśnie „utrzymywanie w zdrowiu”, sprzyjające prawidłowemu rozwojowi fizycznemu uczniów oraz kształtowanie w nich ukierunkowania na wartości, służące zachowaniu zdrowego stylu życia - stanowi rdzeń wychowania fizycznego.

5. Wytrzymałość i jej uwarunkowania w kontekście zachowań zdrowotnych

Sprawność wysiłkowa (której składową jest wytrzymałość) to – według definicji z 1968 roku Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – „zdolność do efektywnego wykonywania pracy mięśniowej”. Obecnie uważa się że „za wysoce sprawnego fizycznie uznamy takiego człowieka, który charakteryzuje się względnie dużym zasobem opanowania ćwiczeń ruchowych, wysoką wydolnością układu krążenia, oddychania, wydzielania i termoregulacji, pewnymi prawidłowościami w budowie ciała oraz afirmującym aktywnością fizyczną stylem życia” (Osiński, 1991). Według Ronsona i wsp. (cyt. wg Eurofit 1993), sprawność fizyczna mieści w sobie trzy główne, równoważne składniki: organiczny, motoryczny, kulturowy.

Mówiąc o sprawności fizycznej, Przewęda (2007) uważa, że składają się na nią trzy ważne elementy: 1) zdolności kondycyjne organizmu, 2) umiejętności i doświadczenia organizmu, 3) motywacja, świadomość, lokowanie motoryki i własnego zdrowia pozytywnego na wysokim poziomie wartości. To ostatni element powinien decydować o kształcie wychowania fizycznego, mieć wpływ na styl życia człowieka dorosłego.

Zgodnie z koncepcją *Health-Related Fitness* (H-RF) zmieniają się sposoby testowania sprawności fizycznej. Zmiany te w USA nastąpiły już w latach siedemdziesiątych. Wprowadzono zespół testów „Motor-fitness Performance” (M-FP), oceniających cechy sprawności fizycznej informujące o zdrowiu (sprawność krążeniowo-oddechowa, komponenty ciała, siła mięśniowa), natomiast testy sprawności oceniające osiągnięcia motoryczne były i są obecnie używane głównie do testowania i przewidywania indywidualnych możliwości sportowców oraz w procesie naboru i selekcji. Testy te są również wykorzystywane do porównywania sprawności motorycznych populacji różnych krajów i monitorowania trendów sekularnych. Granice rozróżniające obie koncepcje są dość płynne, i ważne jest przede wszystkim skoncentrowanie się nie na opisie testu, ale na jasnym określeniu założeń, koncepcji doktryny i intencji głównej. Tendencje te wznowiły dyskusję nad metodologicznymi podstawami badań sprawności fizycznej, nad strukturą, interpretacją i wartością wybranych testów (Rowland 1990; Pate 1989). W tworzonych na potrzeby H-RF testach bierze się pod uwagę przede wszystkim standardy na akceptowanym poziomie kryteriów wyznaczonych z punktu widzenia zdrowia i jego ogólnego dobrostanu (Cooper Institute for aerobic Research, 1987, 2011; Oja 1991).

Tak naprawdę chodzi o odpowiedź na pytanie jak *wiele sprawności wymaga dobre zdrowie?* (Oja 1991). Nie jest ona prosta, gdyż obserwuje się brak wystarczających badań w tym zakresie. Wskazuje się jednocześnie na uwzględnianie standardów statystycznych. Obserwacje powyższe wymuszają więc konstruowanie testów H-RF, które odnosiłyby się do mierzenia czynników mających wpływ na poczucie zdrowia. *Sprawność krążeniowo-oddechowa i pomiary komponentów ciała (głównie otluszczenia) są ogólnie uważane za kluczowe w ocenie optymalnego zdrowia.* W Europie zagadnienia te omówił w swoim artykule w 1999 roku Kemper. Relacjonując podłoże historyczne stosowania testów sprawności fizycznej, wysunęli konkluzję że *Europa podąża za Stanami Zjednoczonymi z 20-letnim opóźnieniem.*

Sama wytrzymałość aerobowa jest zdolnością do kontynuowania długotrwałej pracy o wymaganej intensywności (z reguły od 60 do 80–90% mocy maksymalnej) bez obniżania efektywności działań i przy zachowaniu podwyższonej odporności na zmęczenie. Wysiłki wytrzymałościowe wykonywane są dzięki energii dostarczonej z procesów tlenowych (aerobowych), czyli z cyklu Krebsa oraz łańcucha oddechowego (Karaba-Jakovljevic i wsp. 2007; Przybylski 1998).

Podstawą skuteczności wysiłków wytrzymałościowych jest funkcjonalna doskonałość układu krążenia i oddechowego. Tak więc zdolność tę należy rozpatrywać w oparciu o uwarunkowania biologiczne, wynikające z wydolności ustroju (Karaba-Jakovljevic i wsp. 2007, Przybylski 1998).

Wyróżnia się dwie grupy czynników wpływających na poziom wydolności: wewnętrzne – endogenne (czyli endogenne genetycznie i paragenetyczne) i zewnętrzne – egzogenne (czynniki biogeograficzne, społeczno-ekonomiczne, tryb życia). Tryb życia jest swoistym modyfikatorem kulturowym, łączącym wpływ czynników endogennych (temperament, wrażliwość, potrzeby) i egzogennych (zwyczaje, tradycja, wartości, konieczności społeczno-ekonomiczne, fizyczne warunki otoczenia). Szczególne miejsce zajmuje tu również analizowana aktywność fizyczna (Wolański 1983).

W badaniach 13–14 letnich dzieci (Bronikowski 2005) zauważa się słaby związek pomiędzy wydolnością krążeniowo-oddechową (*cardio respiratory endurance*, C-RE), a aktywnością fizyczną (*physical activity* PA), co potwierdza wcześniejsze badania (Chrzanowska 1992, Kemper 1999), że sprawność fizyczna (w tym wytrzymałość) jest uwarunkowana przez czynniki genetyczne, jak również środowiskowe i kulturowe. Poziom rozwoju biologicznego w połączeniu z odpowiednim poziomem PA wpływają na poziom wytrzymałości tlenowej. Zauważono zależność pomiędzy masą ciała a poziomem sprawności fizycznej, głównie u dziewcząt (Bronikowski 2005), oraz zawartością tkanki tłuszczowej a wytrzymałością u obu płci. Bronikowski uważa, że w odniesieniu do idei H-RF musimy brać szczególnie pod uwagę poziom aktywności i wytrzymałości, które są stymulantami rozwoju biologicznego młodzieży. Istniejące różnice w zależności od wieku i płci uwypuklają się szczególnie u kobiet – późno dojrzewające są w przyszłości bardziej aktywne od wcześniej dojrzewających (Garnier 2001).

Poważne zaniepokojenie muszą budzić negatywne przemiany w kondycji fizycznej młodych Polaków w latach 1989–1990 i późniejszym okresie, gdzie zaobserwowano pogorszenie się sprawności i wydolności fizycznej młodych polskich generacji (Przewęda 2007). Dużemu średniemu przyrostowi wysokości ciała i masy ciała (tej ostatniej z wyjątkiem najstarszych dziewcząt) towarzyszy obniżanie się m.in. wydolności fizycznej. To właśnie nazywane jest syndromem rozwierających się nożyc w kondycji młodzieży. Wynik sprawności polskiej młodzieży XX wieku świadczy o pogarszaniu się kondycji młodego pokolenia mierzonej osiągnięciami ruchowymi, przy zadawalającym stanie zdrowia pozytywnego.

Wielu autorów odnotowało dodatni związek między poziomem wydolności tlenowej a ilością aktywności fizycznej, a ujemny jedynie z ilością tkanki tłuszczowej (Hickner 2001; Katzmarzyk 1998). Wyniki (Czajkowska 2009) są zgodne z innymi badaniami zależności wydolności tlenowej, BMI i komponentami składu ciała (Beekley 2006; Hunt 1998). Niektórzy autorzy (Beekley 2006; Goran 2000) nie stwierdzili zależności pomiędzy grupami różniącymi się poziomem aktywności fizycznej, a wydolnością tlenową powiązaną komponentami składu ciała, np. masą mięśniową. Nie stwierdzili również istotnych korelacji pomiędzy składnikami ciała a aktywnością fizyczną. Stwierdzono (Czajkowska 2007) istotne zależności między względną wartością VO_2max i budową ciała lub wskaźnikami HR. Współczynniki korelacji były ujemne w przypadku spoczynkowej HR, tkanki tłuszczowej, a dodatnie z minutową wentylacją, ilością wody w organizmie i wielkością aktywności fizycznej.

W prowadzonych badaniach często analizuje się również wpływ czynników społecznych, ekonomicznych, kulturowych, które są uznawane jako modyfikatory poziomu sprawności fizycznej i motorycznej (w tym wytrzymałości). Wymienia się tu:

- wielkość i charakter środowiska społecznego (wieś, małe miasto, duże miasto),
- status społeczny (wykształcenie, zawód, pochodzenie społeczne),
- poziom zamożności,
- pochodzenie etniczne i rasowe (Szopa 1990; Mleczko 1991).

Trzcńska wykazała znaczenie środowiska ekologicznego (w tym wiejskiego) na wyższy poziom wydolności. Skonstruowała ona wskaźnik statusu ekonomiczno-społecznego (SES) uwzględniający zmienne: wykształcenie ojca, wykształcenie matki, liczbę rodzeństwa i ogólne warunki życia. Natomiast Mleczko (2006) wyznaczył tzw. globalny wskaźnik statusu społeczno-rodzinnego, w którym za kryterium przyjął status

wykształceniowy ojca i matki oraz liczbę dzieci w rodzinie. Oparte na tym postępowanie metodologiczne pozwoliło na interpretację zjawisk społecznych oddziałujących bezpośrednio i pośrednio na kształtowanie się sprawności fizycznej. Badania te wskazują na zróżnicowanie poszczególnych czynników oddziałujących na sprawność fizyczną. W badaniach przeprowadzonych w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych wykazano korelację pomiędzy wyższym wykształceniem rodziców a wyższym poziomem sprawności fizycznej dzieci (Przewęda 1993).

Test progresywny w ocenie wytrzymałości krążeniowo-oddechowej

Koncepcja H-RF odnosi poziom sprawności od aktywności fizycznej i badanych komponentów: skład ciała, siła mięśni, wytrzymałość krążeniowo-oddechowa (wytrzymałość aerobowa). Dla testów ukierunkowanych na zdrowie (health-related fitness), kluczowym zadaniem jest zdiagnozowanie, czy badany jest wystarczająco sprawny, by być potencjalnie niezagrożonym ryzykiem wystąpienia w przyszłości chorób (Zhu 2011). Przechodzi się od norm wytrzymałości do zalecanego poziomu wytrzymałości. Normy ustanowione przez Instytut Coopera reprezentują poziom sprawności fizycznej (Healthy Fitness Zone), stanowiący ochronę przed chorobami, które wynikają z siedzącego trybu życia. Do oceny wytrzymałości krążeniowo-oddechowej dzieci między rokiem życia Instytut Coopera zaleca między innymi stosowanie 20 MRST (PACER).

W badaniach prowadzonych w Polskich i Ukraińskich szkołach, do oceny wytrzymałości krążeniowo-oddechowej (CRF – Cardiorespiratory Fitness) został zastosowany standaryzowany 20-metrowy wahadłowy test biegowy – 20 m shuttle run test (beep test wersja 3_3) z narastającym maksymalnym obciążeniem – PACER (Progressive Aerobic Cardiovascular Endurance Run), umożliwiający pośrednią ocenę VO_2max (ml/min/kg). Polegał na wahadłowym bieganiu 20-metrowych odcinków tam i z powrotem we wzrastającym tempie podawanym przez sygnał czasowy, aż do odmowy (zmęczenia) badanego, lub spadku tempa biegu niezgodnego z podawanym sygnałem (Leger 1982). Pośrednia wartość wydolności tlenowej VO_2max została wyznaczona za Ramsbottom (1988). Test umożliwia udział dużej liczby osób, a współczynniki rzetelności (powtarzalności wyników) powodują, że jest to rekomendowane i chętnie wykorzystywane narzędzie w badaniach populacyjnych dorosłych ($r = 0,95-0,975$) oraz dzieci i młodzieży ($r = 0,89$) (FITNESSGRAM; Kusy 2000; Chatterjee 2010).

Diagnozowanie testem PACER (Progressive Aerobic Cardiovascular Endurance Run) ma długą historię. Jest to jak wspomniano progresywny test biegowy o narastającym tempie biegu, nazywany również Testem Legera, 20 MSRT, Beep test, Yo-Yo, 20-m MST, 20 m.SRT. Nazwy te są stosowane zamiennie, i w niniejszej pracy używane są w zależności od oryginalnego słownictwa używanego przez autorów opracowań.

20 MSRT jako pośrednia próba oceny wydolności aerobowej VO_2max zapoczątkowana została przez Legera i Lambeta w 1982 roku. Leger i współpracownicy (1982) wykazali w trakcie testów 91-osobowej grupy dwudziestokilkuletnich kobiet i mężczyzn odpowiednio VO_2max $39,3 \pm 8,3$ i $51,6 \pm 7,8$ ml/kg⁻¹/min⁻¹ i wysokie korelacje test – retest ($r = 0,975$). Predykcja VO_2max w 20-MSRT na 81-osobowej grupie (20–45 kobiet i mężczyzn) wyniosła 0,95 (Leger, Mercer i wsp. 1988). Paliczka i współpracownicy (1987) przeprowadzili jego walidację, porównując go do wydolności w biegu na 10 km na grupie dorosłych mężczyzn. Przeprowadzono analizę gazową metodą bezpośrednią. Korelacja Persony 20 – MSRT vs. VO_2max wykazała: 20 – MSRT vs. VO_2max $r = 0,93$, 20-MSRT vs. 10 km $r = 0,93$, VO_2max vs. 10 km $r = 0,95$.

Ramsbottom i współpracownicy (1988) przeprowadzili walidację 20-MSRT do VO_2max , oraz porównali przebiegnięty dystans do czasu biegu na 5 km. Próbę wykonano na 36 dorosłych mężczyznach i 38 kobietach wieku 19–36 lat. Maksymalne pochłanianie tlenu wyniosło $58,5 \pm 7,0$ i $47,4 \pm 6,1$ ml/kg⁻¹/min⁻¹ dla mężczyzn i kobiet. Przebiegnięty dystans 20-MSRT $12,6 \pm 1,5$ (mężczyźni) i $9,6 \pm 1,8$ (kobiety, $p < 0,01$), a korelacje VO_2max do „shuttle level” (ilości przebiegniętych etapów). Wyniki te pokazują, że maksymalne wartości poboru tlenu można przewidzieć $r = 0,92$, $p < 0,01$. Wyniki uzyskane w tym teście mogą, zdaniem

autorów, być wiarygodne do określania poziomu wydolności aktywnych i średnio aktywnych kobiet i mężczyzn.

W 2007 roku Lamb i Rogers w swojej pracy pokazali popularność i powszechność 20-MSRT na całym świecie. W konkluzji zalecili, aby w oparciu o jego popularność, udokumentowane wyniki badań, liczne walidacje, stosować go do badań populacyjnych i grupowych, rzadziej do wyznaczania indywidualnych wartości progresu lub regresu $VO_2\text{max}$ zawodników profesjonalnych w krótkim przedziale czasowym. Taką konkluzję wysunięto również w Polsce na podstawie badań Bronikowskiego (2005).

6. Kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród młodzieży na obszarze z polsko-ukraińskiego pogranicza²

Projekt pod taką właśnie nazwą był realizowany przez: Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Krośnie im. Stanisława Pigonia, Urząd Miasta Krosna, Lwowski Regionalny Instytut Doskonalenia Nauczycieli we Lwowie oraz Wydział Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Celem projektu było :

- ✓ Edukacja zdrowotna. Wdrażanie działań zgodnych z zaleceniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.
- ✓ Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca.
- ✓ Oznaczenie wysokości ciała, masy ciała, BMI, obwodu brzucha.
- ✓ Oznaczenie komponentów masy ciała.
- ✓ Określenie i ocena stanu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej uczniów.
- ✓ Określenie poziomu aktywności fizycznej uczniów oraz czynników ją kształtujących.
- ✓ Inspirowanie szkół do wdrażania programów zwiększania aktywności fizycznej uczniów.
- ✓ Motywowanie uczniów do zwiększania swojej własnej aktywności fizycznej oraz kształtowanie nawyków jej utrzymania – Moda na ruch - Moda na zdrowie.
- ✓ Zacieśnianie współpracy między instytucjami.
- ✓ Porównanie osiągniętych wyników na tle międzynarodowym.

Program projektu obejmował szereg działań interwencyjnych w tym m.in. wykłady tematyczne, warsztaty integracyjne, konkursy, Międzynarodową Konferencję Naukową.

W badaniach, w tym antropometrycznych, typu budowy ciała, poziomu aktywności fizycznej, wytrzymałości krążeniowo-oddechowej, wybranych zachowań zdrowotnych wykorzystano następujące metody i narzędzia badawcze: Autorski kwestionariusz wywiadu środowiskowego, Autorski kwestionariusz zwyczajów żywieniowych, Inwentarze Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC wersja B (The Multidimensional Health Locus of Control Scale), Kwestionariusz aktywności fizycznej czasu wolnego Minnesota Leisure - Time Physical Activity Questionnaire MLTPAQ), standaryzowany 20 metrowy wahadłowy test biegowy - (20 m SRT) 20m shuttle run test (beep test wersja 3_3) z narastającym maksymalnym obciążeniem - umożliwiający pośrednią ocenę VO₂ max (ml/min/kg), przyrządy antropometryczne w tym m.in. antropometr i taśmę centymetrową wyznaczając jednocześnie wskaźnik taliowo - biodrowy WHR (Waist to Hip Ratio), metodę BIA- bioimpedancji elektrycznej (pomiar BMI – Body Mass Index- wskaźnik wagowo-wzrostowy, Fat (%) procentową zawartość tkanki tłuszczowej, FFM (kg)- beztłuszczowa masa ciała, TBW (kg) zawartość wody w organizmie), program komputerowy „Somatotype” firmy Sweat Technologies.

Badania przeprowadzono w 2014 za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego w szkołach Krosna (Polska, 500 osób) i Lwowa (Ukraina, 500 osób) wśród tysięcznej grupy młodzieży ponadgimnazjalnej, która wyraziła pisemną zgodę na udział w projekcie.

² Projekt pn. „Kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród młodzieży na obszarze polsko-ukraińskiego pogranicza” (Nr PBU/0832/12/MP10) realizowany w ramach projektu parasolowego pn. „Transgraniczna współpraca na rzecz turystyki uzdrowiskowej pogranicza polsko-ukraińskiego” o NR. PBU/0832/12 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś- Ukraina 2007-2013.

6.1. Analiza wybranych zachowań zdrowotnych i stylu życia młodzieży ponadgimnazjalnej Polski i Ukrainy

Tabela 1. Charakterystyka liczbowa badanej grupy

Płeć	Kraj		Razem
	Polska	Ukraina	
mężczyzna	265 (53,0%)	200 (40,0%)	465 (46,5%)
kobieta	235 (47,0%)	300 (60,0%)	535 (53,5%)
Razem	500	500	1000
Wiek [w latach]	Kraj		Razem
	Polska	Ukraina	
15	0 (0,0%)	107 (21,4%)	107 (10,7%)
16	27 (5,4%)	92 (18,4%)	119 (11,9%)
17	354 (70,8%)	282 (56,4%)	636 (63,6%)
18	113 (22,6%)	19 (3,8%)	132 (13,2%)
19	6 (1,2%)	0 (0,0%)	6 (0,6%)
Razem	500	500	1000
Sytuacja materialna	Kraj		Razem
	Polska	Ukraina	
bardzo trudna	2 (0,4%)	0 (0,0%)	2 (0,2%)
trudna	18 (3,6%)	23 (4,6%)	41 (4,1%)
dość dobra	120 (24,0%)	132 (26,4%)	252 (25,2%)
dobra	261 (52,2%)	260 (52,0%)	521 (52,1%)
bardzo dobra	99 (19,8%)	85 (17,0%)	184 (18,4%)
Razem	500	500	1000

Większość badanych na Ukrainie stanowiły kobiety (60%) a w Polsce mężczyźni (53%) (tab.1). Najliczniejszą grupę objętą badaniami zarówno w Polsce (56,4%) jak i na Ukrainie (70,8%) stanowiła młodzież w wieku 17 lat. Ankieterzy z Polski i Ukrainy bardzo podobnie oceniają swój status materialny. Większość respondentów stwierdza, że ich sytuacja materialna jest dobra. W tabeli 2 przedstawiono wyniki pomiarów somatycznych badanej grupy młodzieży.

Tabela 2. Charakterystyka cech somatycznych badanej młodzieży

Kraj	Wysokość (cm)							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	177,3	177,0	173,0	181,5	165,4	165,0	162,0	169,0
Ukraina	176,2	176,5	171,5	181,0	164,3	164,0	160,0	168,0
p	0,2323 ^{M-W}				0,0898 ^{M-W}			
Kraj	Masa ciała [kg]							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	69,3	67,4	61,6	75,5	56,3	54,6	50,0	61,6
Ukraina	65,6	64,3	59,5	71,2	55,0	54,3	49,6	59,8
p	0,0003***				0,0739			
Kraj	BMI kg/m ²							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	22,1	21,6	20,1	23,4	20,6	20,1	18,7	21,9
Ukraina	21,1	20,9	19,2	22,4	20,4	19,9	18,7	21,7
p	0,0009***				0,5456			
Kraj	FAT [%]							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	11,8	10,8	8,8	13,9	20,7	20,4	16,6	24,8
Ukraina	10,8	10,1	7,5	13,1	21,0	21,3	16,6	25,8
p	0,0385*				0,6133			
Kraj	FFM (kg)							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	60,8	60,3	55,7	65,2	44,2	43,7	41,3	46,0
Ukraina	58,0	58,2	53,6	62,2	43,1	42,9	40,0	45,5
p	0,0000***				0,0042**			
Kraj	TBW							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	44,4	44,1	40,8	47,7	32,4	32,0	30,2	33,6
Ukraina	42,5	42,5	39,3	45,7	31,5	31,4	29,4	33,3
p	0,0001***				0,0051**			
Kraj	Obwód brzucha [cm]							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	80,6	79,0	74,5	86,5	69,5	68,0	64,5	74,0
Ukraina	76,8	76,0	72,0	81,0	67,7	66,0	63,0	71,0
p	0,0000***				0,0029**			

Kraj	Obwód bioder [cm]							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	95,9	95,5	91,0	99,0	93,6	93,0	89,0	97,0
Ukraina	93,0	92,0	88,0	97,0	92,0	91,0	88,0	96,0
p	0,0000***				0,0026**			
Kraj	WHR							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	0,84	0,84	0,80	0,87	0,74	0,73	0,70	0,77
Ukraina	0,83	0,82	0,79	0,86	0,74	0,72	0,70	0,77
p	0,0111*				0,1752			

Analizy porównawczej dla cech somatycznych oraz innych wskaźników liczbowych pomiędzy zbiorowością polską i ukraińską dokonano przy kontroli czynnika płci. W tabelach wyszczególniano wartości średniej arytmetycznej oraz statystyk pozycyjnych: mediany, 25. i 75. centyla. Oceny istotności statystycznej różnic w przeciętnym poziomie danej cechy pomiędzy zbiorowością polską i ukraińską dokonano za pomocą testu t dla prób niezależnych.³ Znaczące różnice w masie ciała występują w zbiorowości mężczyzn (młodzi Polacy są średnio o prawie 4 kg ciężsi), zaś wśród kobiet różnice te są zbliżone do poziomu znamienności statystycznej (wartość prawdopodobieństwa testowego $p < 0,10$). Podobnie jak w przypadku masy ciała, znamienne różnice pomiędzy zbiorowością polską i ukraińską obserwujemy w grupie mężczyzn. Wśród kobiet rozkład BMI jest podobny w obu porównywanych grupach. Również znamienne statystycznie różnice w procentowej zawartości tkanki tłuszczowej występują w zbiorowości mężczyzn. Młodzi mężczyźni z Polski mają średnio więcej tkanki tłuszczowej. Odnotowano brak różnic pomiędzy zbiorowością polską i ukraińską w populacji kobiet. Wskaźnik FFM jest znacząco większy w grupie młodzieży z Polski. Wniosek ten dotyczy zwłaszcza mężczyzn, ale i wśród kobiet różnica pomiędzy zbiorowością polską i ukraińską jest wysoce znamienne statystycznie. Również wartości TBW są znamienne wyższe w grupie Polek i Polaków. Zarówno wśród kobiet jak i wśród mężczyzn obwód brzucha jest większy wśród młodzieży z Polski. Wysoce znamienne różnice dotyczą także obwodu bioder. W przypadku grupy mężczyzn, średnia wartość dla młodzieży z Polski jest o niemal 3 cm większa niż w grupie z Ukrainy, zaś dla kobiet różnica ta wynosi ponad 1,5 cm. Wartości wskaźnika WHR chłopców z Polski są znamienne wyższe od ich rówieśników z Ukrainy. Natomiast w grupie kobiet brak różnic pomiędzy zbiorowością polską i ukraińską.

Tabela 3. Charakterystyka liczbową głównych składowych somatotypu badanej młodzieży z podziałem na płeć

Składowe somatotypu	Płeć			
	mężczyzna		kobieta	
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd
Endomorfia	2,58	0,98	3,81	1,01
Mezomorfia	4,30	1,45	2,66	1,45
Ektomorfia	3,27	1,28	3,21	1,23

³ Z uwagi na występowanie odstępstw rozkładu części badanych cech od normalności, wyniki testu t były weryfikowane za pomocą nieparametrycznego testu Manna-Whitneya. W przypadku zgodności wyników obu testów zamieszczono w tabelach wynik testu t , w sytuacji gdy wartości prawdopodobieństwa testowego otrzymane za pomocą jednego i drugiego testu różniły się wyraźnie, w tabeli zamieszczano wyniki testu Manna-Whitneya (co oznaczano symbolem M-W).

U badanych kobiet dominuje składowa endomorficzna, następnie ektomorficzna, a najmniej wykształcona jest mezomorfia (tab.3). Porównując liczebności w poszczególnych typach budowy ciała co piąta badana kobieta (20%) należy do zrównoważonych ektomorfów, blisko co siódma kobieta (15%) to mezorficzny endomorfik i (14%) endomorficzny ektomorfik. Blisko co dziesiąta kobieta należy do jednego z typu pudowy: (11%) reprezentującego jednakowy udział trzech komponentów składowych, (10%) ektomorficzny endomorf, (9%) zrównoważony endomorf, (9%) mezomorficzno-endomorficzny. U badanych mężczyzn dominuje składowa mezomorficzna, następnie ektomorficzna, a najmniej występuje endomorfia. Porównując liczebności w poszczególnych typach budowy ciała blisko co piąty mężczyzna należy (19%) do ektomorficznych mezomorfików, prawie co szósty (17 %) to endomorficzny mezomorf, blisko co siódmy badany (15 %) to typ mezomorficzno-ektomorficzny, (15%) to mezomorficzny ektomorf oraz (14%) to zrównoważony mezomorf. Zrównoważony ektomorf stanowił 9 %, a typ budowy mezomorficzno-endomorficzny 4%. Jednakowym udziałem trzech komponentów składowych charakteryzował się 5% badanych.

Tabela 4. Charakterystyka liczbowa głównych składowych somatotypu młodzieży z podziałem na płeć i kraj

Kraj	Składowe somatotypu											
	Płeć											
	mężczyzna						kobieta					
	Endomorfia		Mezomorfia		Ektomorfia		Endomorfia		Mezomorfia		Ektomorfia	
\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	Sd	\bar{x}	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	
Polska	2,72	1,08	4,4	1,59	3,17	1,36	4,01	1,09	2,48	1,57	3,09	1,45
Ukraina	2,45	0,86	4,21	1,31	3,37	1,21	3,61	0,89	2,84	1,30	3,33	0,97

Zarówno u badanych kobiet z Polski jak i Ukrainy dominuje składowa endomorficzna, jednakże w grupie Polek jest ona mocniej zaakcentowana (tab.4). Porównując liczebności w poszczególnych typach budowy ciała blisko co czwarta kobieta w Polsce (24%) należy do zrównoważonych ektomorfów, gdzie na Ukrainie co szósta (16%). C piąta kobieta w badanej grupie polskiej (20%) i co dziesiąta w grupie ukraińskiej (10%) charakteryzuje mezorficzno endomorficznym typem budowy ciała. Blisko co szósta (16%) Ukrainka i co ósma Polka (12%) należy do endomorficzno-ektomorficznego typu budowy ciała. U badanych mężczyzn z Polski jak i z Ukrainy dominuje składowa mezomorficzna. Porównując liczebności w poszczególnych typach budowy ciała blisko co czwarty mężczyzna na Ukrainie (24%) to ektomorficzny mezomorf, gdzie w Polsce (14%) co siódmy. Co piąty mężczyzna w badanej grupie polskiej (20%) to endomorficzny mezomorf i co siódmy (14%) Ukrainiec. Blisko co szósty Ukrainiec (16%) i co siódmy Polak (14%) to typ budowy mezorficzno-ektomorficzny. W Polsce (18%), a na Ukrainie 10% stanowił typ budowy zrównoważony mezomorf. Mezomorficzny ektomorf to typ budowy ciała, który charakteryzował 16% Polaków i 14% Ukraińców. Z kolei zrównoważony ektomorf charakteryzował 8% Polaków i co dziesiątego Ukraińca. Mezomorficzno-endomorficzny typ budowy ciała to typ charakteryzujący 6% Polaków i 2% Ukraińców. Odwrotna sytuacja ma miejsce w typie budowy z jednakowym udziałem trzech komponentów (centralnym) który charakteryzował 8% Ukraińców i 2 procent Polaków.

W tabeli 5 podano informacje o rozkładzie miar aktywności o poszczególnych intensywnościach w zależności od płci ankietowanych. Zestawienie obejmuje łącznie młodzież z Polski i Ukrainy. Oceny istotności różnic pomiędzy grupami, z uwagi na bardzo wyraźną asymetrię badanych zmiennych, dokonano za pomocą testu Manna-Whitneya.

Statystycznie istotna różnica pomiędzy młodzieżą płci męskiej i żeńskiej występuje jedynie dla aktywności o średniej intensywności, która jest powszechniejsza wśród kobiet.

Tabela 5. Charakterystyka aktywności fizycznej czasu wolnego w kcal/tydz. dla całej zbiorowości z podziałem na płeć

MLTPAQ	Płeć								p
	mężczyzna				kobieta				
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	
L	806,3	591,3	300,0	1107,1	733,4	588,5	353,8	980,8	0,7711
M	266,9	124,6	10,2	373,8	353,4	188,4	50,7	511,7	0,0001***
H	737,4	413,7	124,4	905,8	733,9	429,6	127,5	1014,3	0,7581
Total (kcal/tydz)	1810,6	1383,4	768,5	2627,3	1820,5	1491,6	860,7	2396,2	0,3579

Analogiczne zestawienia sporządzono dla młodzieży z obydwu badanych krajów. W tabeli 6 przedstawiono informacje o rozkładzie pomiarów aktywności o poszczególnych poziomach intensywności. Występują znamienne statystycznie różnice – większy poziom aktywności każdego rodzaju charakteryzuje młodzież z Ukrainy.

Tabela 6. Charakterystyka aktywności fizycznej czasu wolnego w kcal/tydz. dla całej zbiorowości z podziałem na kraj

MLTPAQ	Kraj								p
	Polska				Ukraina				
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	
L	633,4	498,5	261,5	836,9	905,4	754,9	424,6	1211,5	0,0000***
M	269,6	140,5	20,8	376,9	358,2	197,8	41,5	499,6	0,0041**
H	540,2	285,6	84,8	664,6	937,4	607,3	207,0	1350,0	0,0000***
Total (kcal/tydz)	1443,2	1150,9	653,1	1861,9	2200,9	1869,8	1100,8	3032,9	0,0000***

W tabeli 7 przedstawiono informacje i poziomie aktywności młodzieży z Polski i Ukrainy. Analiza była prowadzona z wyodrębnieniem grup obojga płci, gdyż jak wiadomo, poziom aktywności mężczyzn i kobiet jest na ogół dość silnie zróżnicowany ze względu na płeć. Z uwagi na dość znaczne odstępstwa rozkładu MLTPAQ od normalności i występowanie obserwacji odstających, do oceny istotności statystycznej różnic pomiędzy grupami zastosowano także (kontrolnie) test Manna-Whitneya. Poziom aktywności o niskiej intensywności jest znamienne wyższy w grupie młodzieży z Ukrainy. Różnica jest bardzo znaczna i dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn. Poziom aktywności o średniej intensywności jest znamienne wyższy w grupie chłopców z Ukrainy. Różnica jest bardzo wyraźna, natomiast nie ma znamienych różnic w zbiorowości kobiet pomiędzy badanymi z Polski i Ukrainy. Poziom aktywności o wysokiej intensywności jest znamienne wyższy w grupie młodzieży z Ukrainy. Różnica jest bardzo znaczna i dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn. Całkowity poziom aktywności jest znamienne wyższy w grupie młodzieży z Ukrainy. Różnica jest bardzo znaczna i dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn.

Tabela 7. Całościowa charakterystyka aktywności fizycznej czasu wolnego młodzieży z Polski i Ukrainy z wyodrębnieniem płci oraz z podziałem na poszczególne rodzaje intensywności wykonanych wysiłków L, M, H

Kraj	MLTPAQ (L) kcal/tydz							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	674,3	498,5	229,6	917,7	587,4	496,5	276,9	752,3
Ukraina	987,9	830,8	449,7	1479,0	850,9	710,8	417,7	1129,4
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			
Kraj	MLTPAQ (M) kcal/tydz							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	211,4	103,8	0,0	311,0	335,2	157,5	51,9	491,5
Ukraina	343,1	179,8	30,0	467,4	368,1	204,2	50,0	516,9
<i>p</i>	0,0014** ^{M-W}				0,7645			
Kraj	MLTPAQ (H) kcal/tydz							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	547,3	270,0	69,2	662,9	532,0	320,8	96,9	673,8
Ukraina	998,8	711,2	278,7	1483,4	896,7	567,7	175,0	1247,0
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			
Kraj	MLTPAQ (total) kcal/tydz							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	1433,0	1077,4	577,8	1902,5	1454,6	1239,2	723,1	1858,8
Ukraina	2329,7	2168,6	1188,8	3144,1	2115,7	1756,3	1079,6	2810,8
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

Na podstawie całkowitego poziomu aktywności dokonano klasyfikacji młodzieży do czterech grup: o niskiej aktywności (0-999 kcal/tydzień), średniej (1000-1999), wysokiej (2000-2999) i bardzo wysokiej (3000 lub więcej) (tab.8). Rozkład przynależności do tych kategorii wśród chłopców i dziewcząt (oraz w całej zbiorowości) przedstawiono poniżej. Oceny zróżnicowania rozkładu poziomów aktywności pomiędzy młodzieżą płci męskiej i żeńskiej dokonano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat. Występują statystycznie istotne różnice pomiędzy obiema płciami – wśród mężczyzn jest relatywnie więcej osób o niskim poziomie aktywności, zaś mniej o poziomie średnim. Udział osób o wysokiej i bardzo wysokiej aktywności jest podobny wśród kobiet i mężczyzn. W zbiorowości polskiej udział osób o niskim poziomie aktywności jest niemal dwukrotnie większy niż wśród młodzieży ukraińskiej.

Tabela 8. Charakterystyka badanej zbiorowości ze względu na poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym

Poziom aktywności fizycznej	Płeć ($p = 0,0117^*$)		Razem
	mężczyzna	kobieta	
niska	163 (35,7%)	152 (29,0%)	315 (32,1%)
średnia	129 (28,3%)	198 (37,8%)	327 (33,4%)
wysoka	86 (18,9%)	85 (16,2%)	171 (17,4%)
bardzo wysoka	78 (17,1%)	89 (17,0%)	167 (17,0%)
Razem	456	524	980
Poziom aktywności fizycznej	Kraj ($p = 0,0000^{***}$)		Razem
	Polska	Ukraina	
niska	214 (43,0%)	101 (21,0%)	315 (32,1%)
średnia	171 (34,3%)	156 (32,4%)	327 (33,4%)
wysoka	68 (13,7%)	103 (21,4%)	171 (17,4%)
bardzo wysoka	45 (9,0%)	122 (25,3%)	167 (17,0%)
Razem	498	482	980

Różnice pomiędzy aktywnością młodzieży polskiej i ukraińskiej występują zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet (tab. 9). Trzech na czterech mężczyzn w Polsce (77,2%) i trzy na cztery kobiety (77,3%) cechuje niski bądź średni poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym nie przekraczający 2000 kcal/tydz. Odpowiednio na Ukrainie odsetek ten wśród mężczyzn wynosi 45,8% a wśród kobiet 58,3%.

Tabela 9. Charakterystyka badanej zbiorowości ze względu na poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym z jednoczesnym podziałem względem płci i kraju.

Poziom aktywności fizycznej	Płeć			
	mężczyzna		kobieta	
	Kraj ($p = 0,0000^{***}$)		Kraj ($p = 0,0000^{***}$)	
	Polska	Ukraina	Polska	Ukraina
niska	125 (47,3%)	38 (19,8%)	89 (38,0%)	63 (21,7%)
średnia	79 (29,9%)	50 (26,0%)	92 (39,3%)	106 (36,6%)
wysoka	35 (13,3%)	51 (26,6%)	33 (14,1%)	52 (17,9%)
bardzo wysoka	25 (9,5%)	53 (27,6%)	20 (8,5%)	69 (23,8%)

W tabeli 10 przedstawiono rozkład parametrów wytrzymałości krążeniowo oddechowej dla całej analizowanej zbiorowości młodzieży względem płci. Dla wszystkich parametrów zaznacza się znamieną różnicę pomiędzy wynikami kobiet i mężczyzn. Średnie wartości uzyskanych wyników plasują badaną młodzież w dolnym rozkładzie kategorii wyników dobrych (rekomendowanych w tym wieku), zarówno w grupie mężczyzn (V_{O2max} 45,7 ml/kg/min) jak i kobiet (34,9 ml/kg/min). Jednakże co czwarty mężczyzna i co czwarta kobieta cechuje się niskimi parametrami wytrzymałości krążeniowo oddechowej. Również co czwarty mężczyzna cechuje się wysokimi parametrami wytrzymałości krążeniowo oddechowej.

Tabela 10. Charakterystyka uzyskanych wyników w teście wytrzymałości krążeniowo oddechowej

Parametry wytrzymałości krążeniowo-oddechowej	Płeć								p
	mężczyzna				kobieta				
	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅	
Dystans (m)	1 448	1 460	1 120	1 760	857	800	620	1 020	0,0000***
VO _{2max} ml/kg/min	45,7	46,2	40,2	51,4	34,9	34,0	30,5	38,5	0,0000***
VO _{2max} l/min	3,05	3,06	2,64	3,50	1,94	1,88	1,64	2,17	0,0000***

Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, poziom wytrzymałości krążeniowo-oddechowej jest wyższy w zbiorowości polskiej w stosunku do ukraińskiej. Różnice pomiędzy grupami są wysoce istotne statystycznie (tab. 11).

Tabela 11. Charakterystyka uzyskanych wyników w teście wytrzymałości krążeniowo oddechowej z uwzględnieniem płci i kraju

Kraj	Dystans (m)							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅
Polska	1 509	1 490	1 240	1 780	920	880	720	1 080
Ukraina	1 368	1 400	1 080	1 680	805	720	560	980
p	0,0005***				0,0001***			
Kraj	VO _{2max} ml/kg/min							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅
Polska	46,8	46,8	42,2	51,7	36,2	35,5	32,1	39,5
Ukraina	44,3	45,2	39,5	49,7	33,8	32,1	28,8	37,8
p	0,0003***				0,0000***			

Na pytanie dotyczące samooceny stanu zdrowia odpowiedzieli w sumie 994 osoby. Zdecydowanie lepiej swój stan zdrowia postrzegają młodzież z Polski (tab.12).

Tabela 12. Subiektywna ocena stanu zdrowia badanej młodzieży z podziałem na kraj

Stan zdrowia	Kraj (p = 0,0000***)		Razem
	Polska	Ukraina	
słaby/zły	4 (0,8%)	5 (1,0%)	9 (0,9%)
przeciętny	53 (10,6%)	97 (19,6%)	150 (15,1%)
dobry	275 (55,1%)	298 (60,2%)	573 (57,6%)
bardzo dobry	167 (33,5%)	95 (19,2%)	262 (26,4%)
Razem	499	495	994

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w samoocenie wydolności fizycznej (tab.13). Wysoki poziom swojej wydolności fizycznej deklaruje prawie co piąty ankietowany.

Tabela 13. Subiektywna ocena wydolności fizycznej badanych respondentów z podziałem na kraj

Poziom wydolności fizycznej	Kraj ($p = 0,1506$)		Razem
	Polska	Ukraina	
niski	23 (4,6%)	25 (5,1%)	48 (4,8%)
przeciętny	150 (30,0%)	120 (24,2%)	270 (27,1%)
średni	229 (45,8%)	258 (52,1%)	487 (48,9%)
wysoki	98 (19,6%)	92 (18,6%)	190 (19,1%)
Razem	500	495	995

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

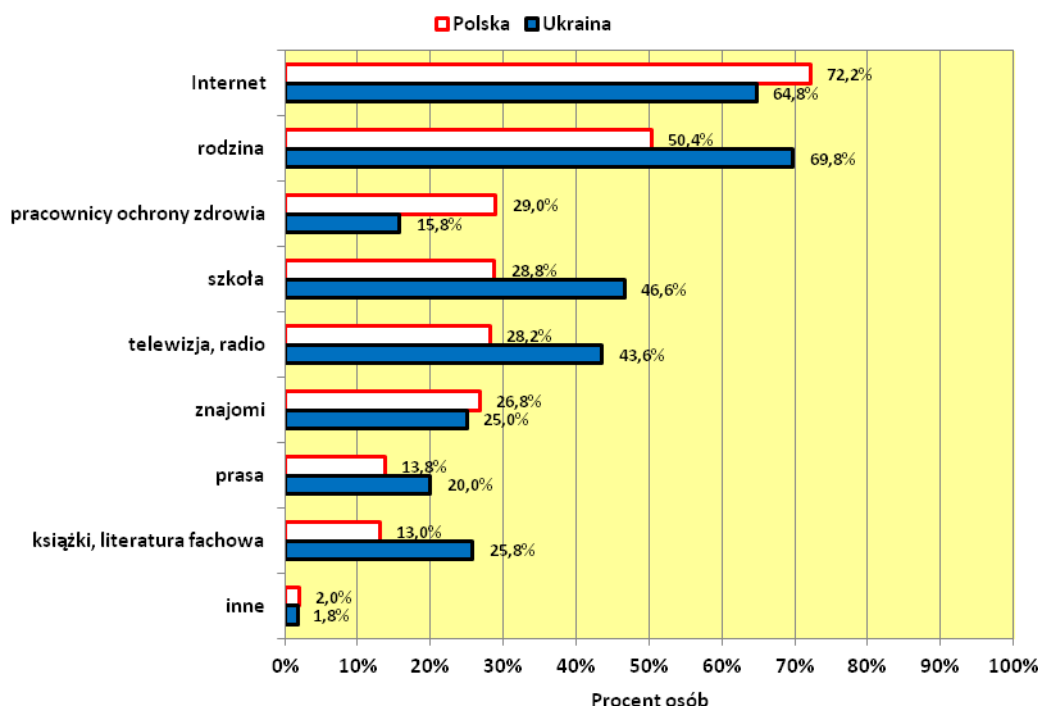
Zarówno ankietowani z Polski jak i z Ukrainy są zdania, iż powinno się zwiększyć liczbę godzin WF w szkołach. Tego zdania jest po ok. 45% respondentów. Brak statystycznie istotnej zależności pomiędzy opinią zbiorowości polskiej i ukraińskiej (tab. 14).

Tabela 14. Opinia ankietowanych na temat zwiększenia godzin wychowania fizycznego w szkołach z podziałem na kraj

Czy należy zwiększyć liczbę godzin WF?	Kraj ($p = 0,1983$)		Razem
	Polska	Ukraina	
tak	224 (44,8%)	226 (45,8%)	450 (45,3%)
nie wiem	124 (24,8%)	100 (20,3%)	224 (22,6%)
nie	152 (30,4%)	167 (33,9%)	319 (32,1%)
Razem	500	493	993

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Istnieją znamienne różnice w źródłach informacji o stanie zdrowia, które wskazują ankietowane osoby z obu krajów (ryc. 1). Co ciekawe dla mieszkańców Ukrainy szkoła (46%) i rodzina (69,8) jest zdecydowanie większym dostarczycielem informacji na temat zdrowia niż w Polsce, odpowiednio szkoła (28,8%) i rodzina (50,4%). Warto też zwrócić uwagę na fakt, że w Polsce (29%) pracownicy służby zdrowia są zdecydowanie częściej wymieniani jako źródło informacji niż na Ukrainie (15,8%).



Ryc. 1. Źródła pozyskiwania informacji dotyczącej zdrowia

Dokonano porównania poziomu zachowań zdrowotnych (wg IZZ) względem płci ankietowanych osób, łącznie dla zbiorowości polskiej i ukraińskiej (tab. 15). Istnieją wysoce znamienne różnice pomiędzy obiema płciami dla miary sumarycznej i miar cząstkowych wyliczanych na podstawie IZZ za wyjątkiem kwestii nastawienia psychicznego (tu różnica jest zbliżona do wyniku znamiennego statystycznie – wartość prawdopodobieństwa testowego $p < 0,10$). Wyższy poziom zachowań zdrowotnych reprezentują kobiety.

Tabela 15. Wyniki indeksu zachowań zdrowotnych IZZ w całej zbiorowości z podziałem na płeć

IZZ	Płeć								p
	mężczyzna				kobieta				
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	
IZZ (razem)	75,1	74,0	66,0	84,0	78,8	79,0	70,0	87,0	0,0000***
Prawidłowe nawyki żywieniowe	17,6	17,0	15,0	21,0	19,4	19,5	16,0	22,0	0,0000***
Zachowania profilaktyczne	17,6	18,0	15,0	21,0	18,5	18,0	15,0	22,0	0,0019**
Pozytywne nastawienie psychiczne	20,5	20,0	18,0	23,0	20,9	21,0	18,0	24,0	0,0761
Praktyki zdrowotne	19,3	19,0	17,0	22,0	20,0	20,0	18,0	23,0	0,0023**

Ponieważ płeć tak wyraźnie różnicuje poziom IZZ, w kolejnej części przedstawiono porównanie ocen poziomu zachowań zdrowotnych w Polsce i na Ukrainie, ale przy kontroli czynnika płeć. Obliczenia przeprowadzono zarówno dla skali sumarycznej IZZ jak i dla jej składowych. Dla skali sumarycznej i podskal tj. zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne nie stwierdzono

znamiennych statystycznie różnic pomiędzy zbiorowością polską i ukraińską. Natomiast dla skali prawidłowe nawyki żywieniowe, można mówić o znamiennie wyższych ocenach w zbiorowości ukraińskich mężczyzn. Zaś wśród kobiet relacja jest odwrotna, to dziewczęta z Polski mają znamiennie wyższą średnią wartość punktacji na skali prawidłowe nawyki żywieniowe (tab. 16).

Tabela 16. Wyniki indeksu zachowań zdrowotnych IZZ w całej zbiorowości z podziałem na płeć i kraj

Kraj	IZZ (razem)							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	74,3	73,0	66,0	82,0	79,4	80,0	71,0	88,0
Ukraina	76,1	74,0	67,5	85,0	78,2	78,0	70,0	87,0
<i>p</i>	0,1364				0,2681			
Kraj	Prawidłowe nawyki żywieniowe							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	17,1	17,0	14,0	20,0	20,0	20,0	17,0	23,0
Ukraina	18,2	18,0	16,0	21,0	18,9	19,0	16,0	21,0
<i>p</i>	0,0085**				0,0037**			
Kraj	Zachowania profilaktyczne							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	17,5	18,0	14,0	21,0	18,6	19,0	15,0	22,0
Ukraina	17,9	18,0	15,0	20,0	18,5	18,0	15,0	22,0
<i>p</i>	0,3382				0,8545			
Kraj	Pozytywne nastawienie psychiczne							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	20,4	20,0	18,0	23,0	21,0	21,0	18,0	24,0
Ukraina	20,5	21,0	18,0	23,0	20,8	21,0	18,0	24,0
<i>p</i>	0,7680				0,6799			
Kraj	Praktyki zdrowotne							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	19,2	19,0	17,0	22,0	20,0	20,0	17,0	23,0
Ukraina	19,4	19,0	17,0	22,0	20,0	20,0	18,0	22,0
<i>p</i>	0,4771				0,9664			

W tabeli 17 przedstawiono wyniki analizy porównawczej czynników wpływających na ich zdrowie w opinii ankietowanych mężczyzn i kobiet. Analiza obejmuje łącznie zbiorowość polską i ukraińską. Jak widać, na podstawie wyników testu *t*, płeć nie różnicuje opinii na temat umiejscowienia kontroli zdrowia. natomiast

warto zwrócić uwagę na fakt, iż ankietowani przywiązują najwięcej wagi do kontroli wewnętrznej a najmniejszą do kwestii przypadku.

Tabela 17. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia w całej zbiorowości względem płci

Umiejscowienia kontroli zdrowia (MHLC)	Płeć								<i>p</i>
	mężczyzna				kobieta				
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	
Kontrola wewnętrzna	25,8	26,0	23,0	29,0	25,9	26,0	23,0	29,0	0,8928
Wpływ innych osób	20,1	21,0	16,0	24,0	19,7	20,0	16,0	23,0	0,3295
Przypadek	18,8	19,0	15,0	22,0	18,9	19,0	16,0	22,0	0,6642

Wyniki uzyskane na podstawie kwestionariusza MHLC są zbliżone dla zbiorowości polskiej i ukraińskiej. Nie odnotowano znamienych różnic pomiędzy obydwooma krajami (tab. 18).

Tabela 18. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia w całej zbiorowości względem płci i kraju

Kraj	Kontrola wewnętrzna							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	25,8	26,0	23,0	29,0	25,6	26,0	23,0	29,0
Ukraina	25,9	26,0	22,0	30,0	26,1	26,0	23,0	30,0
<i>p</i>	0,8233				0,2812			
Kraj	Wpływ innych osób							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	20,5	21,0	16,0	25,0	19,8	20,0	16,0	23,0
Ukraina	19,5	20,0	15,0	23,0	19,7	20,0	16,0	23,0
<i>p</i>	0,0745				0,7503			
Kraj	Przypadek							
	Płeć							
	mężczyzna				kobieta			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
Polska	19,1	19,0	15,0	23,0	19,0	19,0	16,0	22,0
Ukraina	18,4	18,0	16,0	21,0	18,9	19,0	16,0	22,0
<i>p</i>	0,1165				0,6595			

Większa ilość ankietowanych z Polski deklaruje iż pali papierosy. Występuje istotna statystycznie różnica pomiędzy zbiorowościami z obydwu krajów. Natomiast warto wziąć pod uwagę fakt, iż różnice nie są bardzo znaczne i po części mogą być spowodowane także nie do końca identyczną strukturą płci. Dlatego też, rozważono tę kwestię, uwzględniając dodatkowo podział względem płci. Różnica jest wysoce znamienna, więcej mężczyzn niż kobiet pali papierosy.

Tabela 19. Częstość palenia papierosów w całej zbiorowości

Palenie papierosów	Kraj ($p = 0,0108^*$)		Razem
	Polska	Ukraina	
nigdy	357 (71,4%)	363 (74,4%)	720 (72,9%)
w przeszłości	46 (9,2%)	64 (13,1%)	110 (11,1%)
okazjonalnie	57 (11,4%)	34 (7,0%)	91 (9,2%)
regularnie	40 (8,0%)	27 (5,5%)	67 (6,8%)
Razem	500	488	988
Palenie papierosów	Płeć ($p = 0,0012^{**}$)		Razem
	mężczyzna	kobieta	
nigdy	310 (67,7%)	410 (77,4%)	720 (72,9%)
w przeszłości	59 (12,9%)	51 (9,6%)	110 (11,1%)
okazjonalnie	45 (9,8%)	46 (8,7%)	91 (9,2%)
regularnie	44 (9,6%)	23 (4,3%)	67 (6,8%)
Razem	458	530	988

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Ponieważ czynnik płeć wpływa na fakt palenia papierosów, dokonano porównania rozpowszechnienia nałogu tytoniowego w zbiorowości polskiej i ukraińskiej oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Okazuje się, iż w zbiorowości polskiej i ukraińskiej pali podobny odsetek mężczyzn, natomiast jeśli chodzi o kobiety, to więcej palą młode Polki, które palą okazjonalnie niemal trzy razy częściej niż Ukrainki (tab. 20).

Tabela 20. Częstość palenia papierosów w całej zbiorowości z uwzględnieniem płci i kraju

Palenie papierosów	Płeć			
	mężczyzna		kobieta	
	Kraj ($p = 0,3346$)		Kraj ($p = 0,0052^{**}$)	
	Polska	Ukraina	Polska	Ukraina
nigdy	183 (69,1%)	127 (65,8%)	174 (74,0%)	236 (80,0%)
w przeszłości	28 (10,6%)	31 (16,1%)	18 (7,7%)	33 (11,2%)
okazjonalnie	26 (9,8%)	19 (9,8%)	31 (13,2%)	15 (5,1%)
regularnie	28 (10,6%)	16 (8,3%)	12 (5,1%)	11 (3,7%)

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Regularne spożywanie alkoholu to zjawisko sporadyczne dla badanej grupy młodzieży – niezależnie od kraju. Natomiast istnieje znamienna różnica pomiędzy oboma krajami, na co wpływa przede wszystkim odmienny odsetek osób deklarujących picie okazjonalne (niemal połowa w Polsce i prawie 40% na Ukrainie). Kontakt z alkoholem miała ponad połowa badanych respondentów niezależnie od kraju. Nawyk picia alkoholu jest zróżnicowany pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn. Różnice dotyczą przede wszystkim odsetka w ogóle nie spożywających alkoholu oraz odsetka pijących regularnie. Większy odsetek niepijących jest wśród dziewcząt a pijących wśród młodzieży płci męskiej (tab. 21).

Tabela 21. Deklarowana częstość spożycia alkoholu w całej zbiorowości

Spożywanie alkoholu	Kraj ($p = 0,0001^{***}$)		Razem
	Polska	Ukraina	
nigdy	222 (44,4%)	233 (46,9%)	455 (45,6%)
w przeszłości	19 (3,8%)	52 (10,5%)	71 (7,1%)
okazjonalnie	244 (48,8%)	198 (39,8%)	442 (44,3%)
regularnie	15 (3,0%)	14 (2,8%)	29 (2,9%)
Razem	500	497	997
Spożywanie alkoholu	Płeć ($p = 0,0000^{***}$)		Razem
	mężczyzna	kobieta	
nigdy	188 (40,5%)	267 (50,1%)	455 (45,6%)
w przeszłości	47 (10,1%)	24 (4,5%)	71 (7,1%)
okazjonalnie	207 (44,6%)	235 (44,1%)	442 (44,3%)
regularnie	22 (4,7%)	7 (1,3%)	29 (2,9%)
Razem	464	533	997

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Przedstawiono także rozkład częstości picia alkoholu w obrębie zbiorowości płci męskiej i żeńskiej, oddzielnie dla ankietowanych z Polski i z Ukrainy. Większe zróżnicowanie pomiędzy młodzieżą z obydwu krajów występuje wśród mężczyzn, przy czym dotyczy ono głównie większego odsetka pijących okazjonalnie, co jest równoważone przez mniejszy udział pijących w przeszłości wśród ankietowanych z Polski. Równie w grupie dziewcząt występują znamienne różnice, mające podobny charakter jak wśród chłopców.

Tabela 22. Deklarowana częstość spożycia alkoholu w całej zbiorowości z uwzględnieniem kraju i płci

Picie alkoholu	Płeć			
	mężczyzna		kobieta	
	Kraj ($p = 0,0023^{**}$)		Kraj ($p = 0,0151^*$)	
	Polska	Ukraina	Polska	Ukraina
nigdy	108 (40,8%)	80 (40,2%)	114 (48,5%)	153 (51,3%)
w przeszłości	15 (5,7%)	32 (16,1%)	4 (1,7%)	20 (6,7%)
okazjonalnie	129 (48,7%)	78 (39,2%)	115 (48,9%)	120 (40,3%)
regularnie	13 (4,9%)	9 (4,5%)	2 (0,9%)	5 (1,7%)

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Istnieją znamienne statystycznie, w częstości używania soli w codziennej diecie, pomiędzy mieszkańcami Polski i Ukrainy. Mieszkańcy Ukrainy używają mniejszej ilości cukru. Blisko co trzecia osoba z Polski słodzi bez ograniczeń. W zbiorowości polskiej, bez ograniczeń słodzi potrawy jedna trzecia ankietowanych osób, w zbiorowości ukraińskiej mniej niż jedna czwarta. Nie ma statystycznie istotnych różnic w częstości spożywania produktów z zawartością tłuszczu. Ponad połowa badanych respondentów zarówno z Polski jak i z Ukrainy nie zwraca uwagi na zawartość tłuszczu w pokarmie. Młodzież ukraińska deklaruje częstsze spożywanie warzyw. Także większą częstość spożywania ryb deklarują mieszkańcy Ukrainy, choć tu zależność jest bardziej skomplikowana. Wygląda na to, że na Ukrainie częstsze są postawy skrajne – relatywnie więcej osób spożywa ryby kilka razy w tygodniu, ale także więcej osób nie spożywa ich w ogóle (tab. 23).

Tabela 23. Częstość spożywania wybranych produktów

Użycie soli w codziennej diecie	Kraj ($p = 0,0244^*$)		Razem
	Polska	Ukraina	
nie solę	44 (8,8%)	28 (5,6%)	72 (7,2%)
mało	189 (37,8%)	170 (34,2%)	359 (36,0%)
umiarkowanie	237 (47,4%)	278 (55,9%)	515 (51,7%)
bez ograniczeń	30 (6,0%)	21 (4,2%)	51 (5,1%)
Razem	500	497	997
Używanie cukru do dosładzania	Kraj ($p = 0,0002^{***}$)		Razem
	Polska	Ukraina	
wcale	69 (13,8%)	84 (16,9%)	153 (15,3%)
niedużo	49 (9,8%)	85 (17,1%)	134 (13,4%)
umiarkowanie	222 (44,4%)	218 (43,8%)	440 (44,1%)
bez ograniczeń	160 (32,0%)	111 (22,3%)	271 (27,2%)
Razem	500	498	998
Częstość spożywania warzyw	Kraj ($p = 0,0000^{***}$)		Razem
	Polska	Ukraina	
codziennie	197 (40,0%)	280 (57,3%)	477 (48,6%)
kilka razy w tygodniu	234 (47,5%)	160 (32,7%)	394 (40,1%)
raz na tydzień	43 (8,7%)	32 (6,5%)	75 (7,6%)
raz na miesiąc	9 (1,8%)	10 (2,0%)	19 (1,9%)
nie spożywam	10 (2,0%)	7 (1,4%)	17 (1,7%)
Razem	493	489	982
Zwracanie uwagi na zawartość tłuszczu	Kraj ($p = 0,1140$)		Razem
	Polska	Ukraina	
spożywam produkty tłuste	11 (2,2%)	19 (3,8%)	30 (3,0%)
nie zwracam uwagi	305 (61,0%)	281 (56,4%)	586 (58,7%)
czasami zwracam uwagę	110 (22,0%)	103 (20,7%)	213 (21,3%)
zawsze zwracam uwagę	74 (14,8%)	95 (19,1%)	169 (16,9%)
Razem	500	498	998
Częstość spożywania ryb	Kraj ($p = 0,0000^{***}$)		Razem
	Polska	Ukraina	
codziennie	11 (2,2%)	14 (2,9%)	25 (2,5%)
kilka razy w tygodniu	57 (11,4%)	106 (21,8%)	163 (16,5%)
raz na tydzień	260 (52,2%)	160 (32,9%)	420 (42,6%)
raz na miesiąc	139 (27,9%)	163 (33,5%)	302 (30,7%)
nie spożywam	31 (6,2%)	44 (9,0%)	75 (7,6%)
Razem	498	487	985

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Zależność pomiędzy wybranymi cechami somatycznymi a poziomem wytrzymałości analizowano wykorzystując metody analizy korelacji. W szczególności wykorzystano **współczynnik korelacji Spearmana**⁴.

⁴ Współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału – 1 do 1. Jest odporny na występowanie obserwacji odstających i „wykręwa” zależności mające charakter monotoniczny (nie tylko liniowy jak klasyczny współczynnik korelacji liniowej). O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika a znak o jego kierunku. Tak więc, współczynniki korelacji 0,9 czy –0,9 świadczą o tej samej (bardzo

Współczynnik ten zastosowano, gdyż jest odporny na występowanie obserwacji odstających oraz asymetrię rozkładu, co zdarza się dosyć często podczas analiz danych somatycznych czy wyników testów sprawnościowych. Analiza została przeprowadzona łącznie dla zbiorowości polskiej i ukraińskiej, natomiast oddzielnie dla płci męskiej i żeńskiej. Wyniki ilustrowano za pomocą wykresów rozrzutu, które sporządzono dla wszystkich analizowanych zależności, które okazały się być istotne statystycznie.

Wśród mężczyzn, stwierdzić można znamienne statystycznie korelacje pomiędzy rozważanymi cechami somatycznymi a wynikami testu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej (tab.24). Wpływ cech somatycznych na przebyty dystans jest bardzo słaby i ma charakter negatywny – im większe wartości BMI, obwodu brzucha czy bioder, a zwłaszcza FAT [%] tym krótszy dystans. Niemal identyczne co do wartości i znaku są współczynniki korelacji pomiędzy cechami somatycznymi i wartościami VO_2 względnego.

24. Zależność pomiędzy wybranymi cechami somatycznymi a parametrami wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w grupie mężczyzn

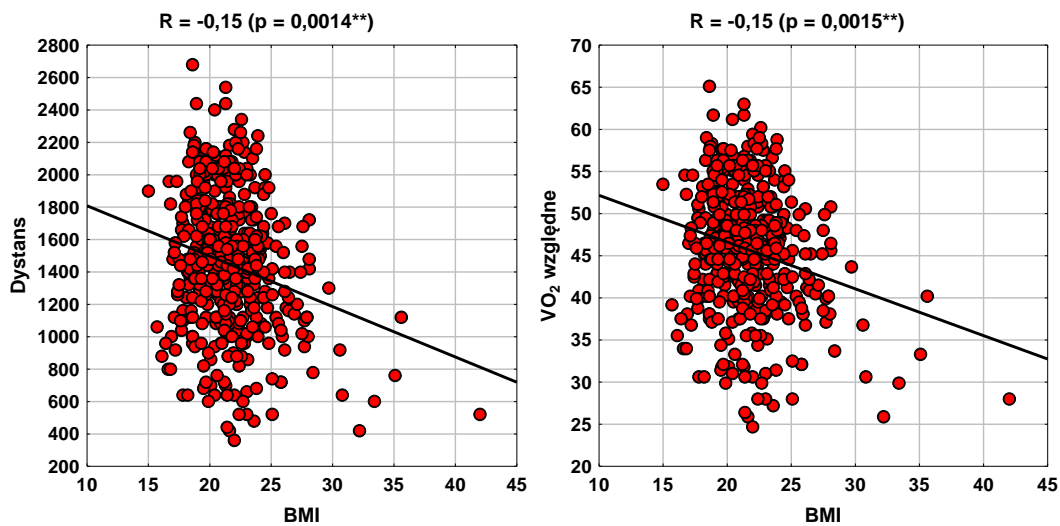
Cechy somatyczne	Wytrzymałość krążeniowo-oddechowa	
	Dystans (m)	VO_2 max (ml/kg/min)
BMI	-0,15 ($p = 0,0014^{**}$)	-0,15 ($p = 0,0015^{**}$)
FAT [%]	-0,25 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,26 ($p = 0,0000^{***}$)
FFM [kg]	-0,01 ($p = 0,7740$)	-0,01 ($p = 0,7975$)
Obwód brzucha [cm]	-0,20 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,20 ($p = 0,0000^{***}$)
Obwód bioder [cm]	-0,15 ($p = 0,0015^{**}$)	-0,15 ($p = 0,0016^{**}$)

Analizowane zależności w grupie mężczyzn zilustrowano na wykresach rozrzutu 2,3,4,5 i 6.

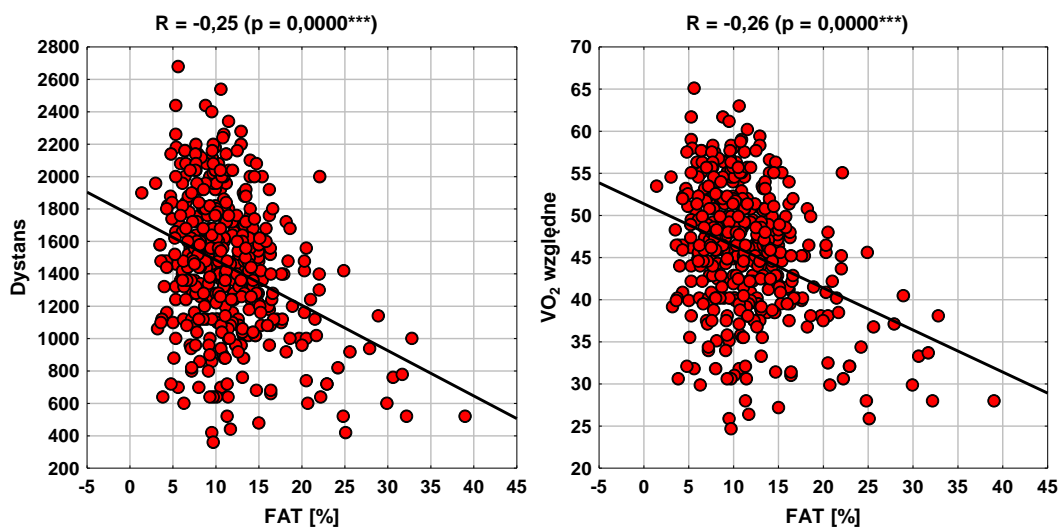
wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji:

- $|R| < 0,3$ – brak korelacji;
- $0,3 \leq |R| < 0,5$ – słaba korelacja;
- $0,5 \leq |R| < 0,7$ – przeciętna korelacja;
- $0,7 \leq |R| < 0,9$ – silna korelacja;
- $0,9 \leq |R| < 1$ – bardzo silna korelacja;
- $|R| = 1$ – idealna korelacja.

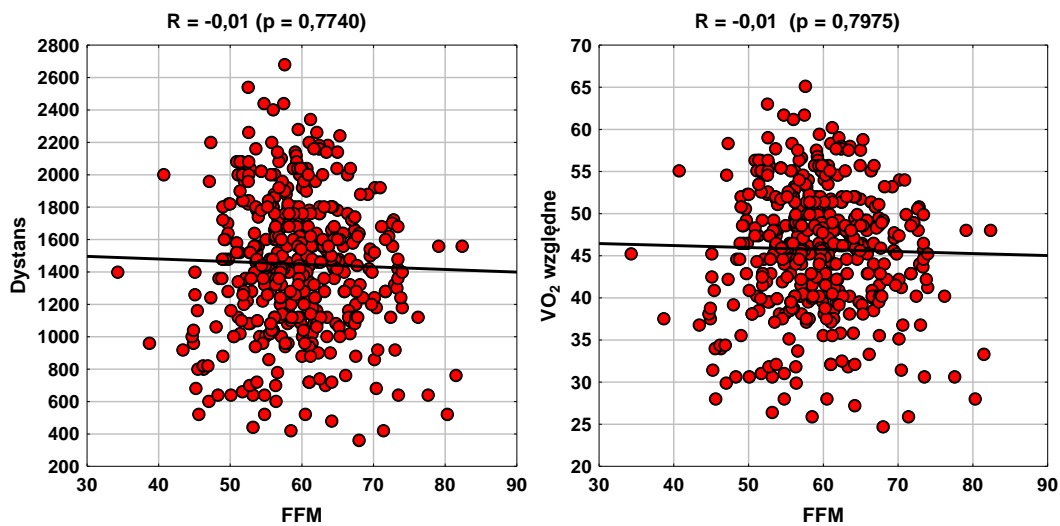
Wyniki uzupełniono rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić, czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku.



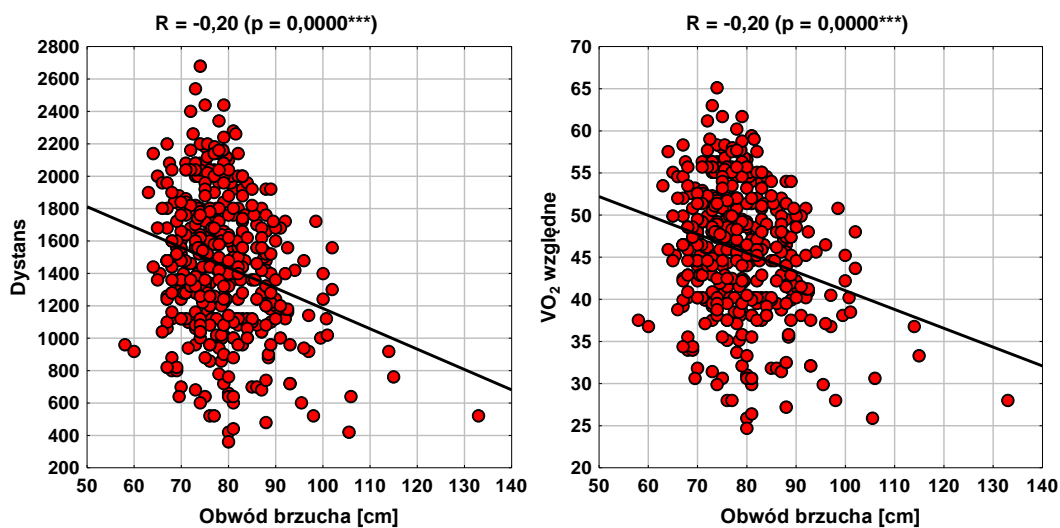
Ryc. 2. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu V02max (ml/kg/min) od wartości wskaźnika BMI w grupie mężczyzn



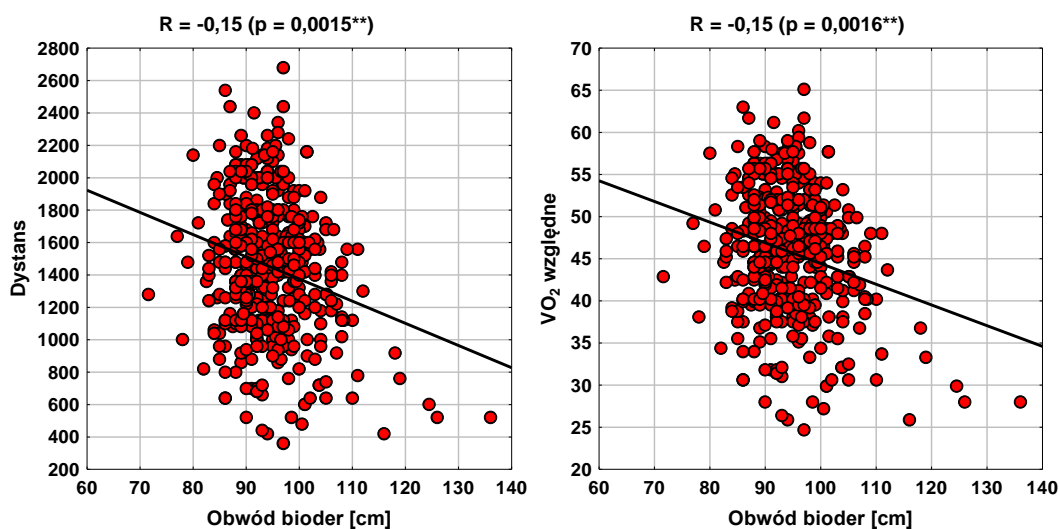
Ryc. 3. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu V02max (ml/kg/min) od procentowej zawartości w masie ciała tkanki tłuszczowej FAT% w grupie mężczyzn



Ryc. 4. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu VO₂max (ml/kg/min) od zawartości w masie ciała beztłuszczowej tkanki FFM w grupie mężczyzn



Ryc. 5. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu VO₂max (ml/kg/min) od obwodu brzucha w grupie mężczyzn



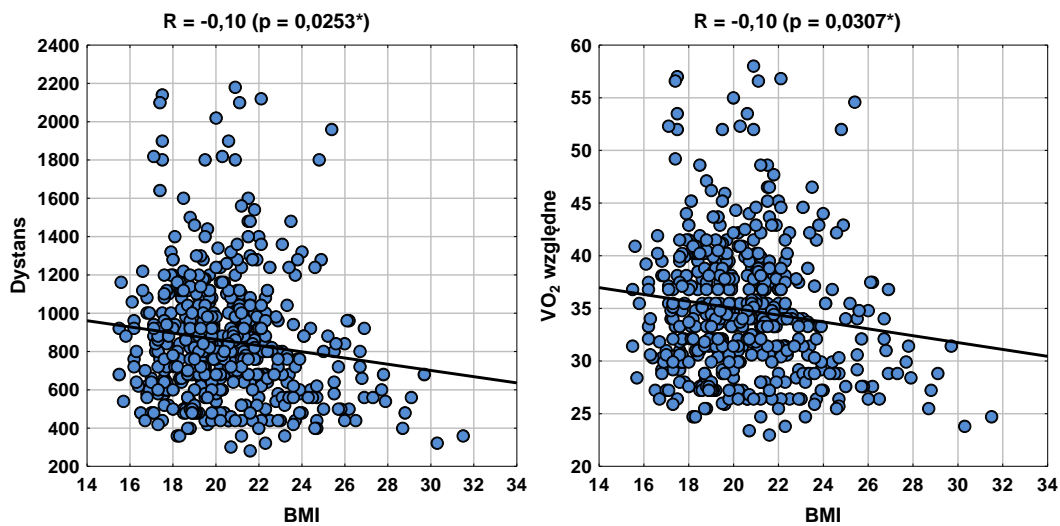
Ryc. 6. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu $VO_2\max$ (ml/kg/min) od obwodu bioder w grupie mężczyzn

Podobny charakter mają zależność w grupie kobiet. Korelacje są jednak trochę słabsze – dla FFM oraz obwodu brzucha nie znaleziono korelacji z wynikami testu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w grupie kobiet (tab.25).

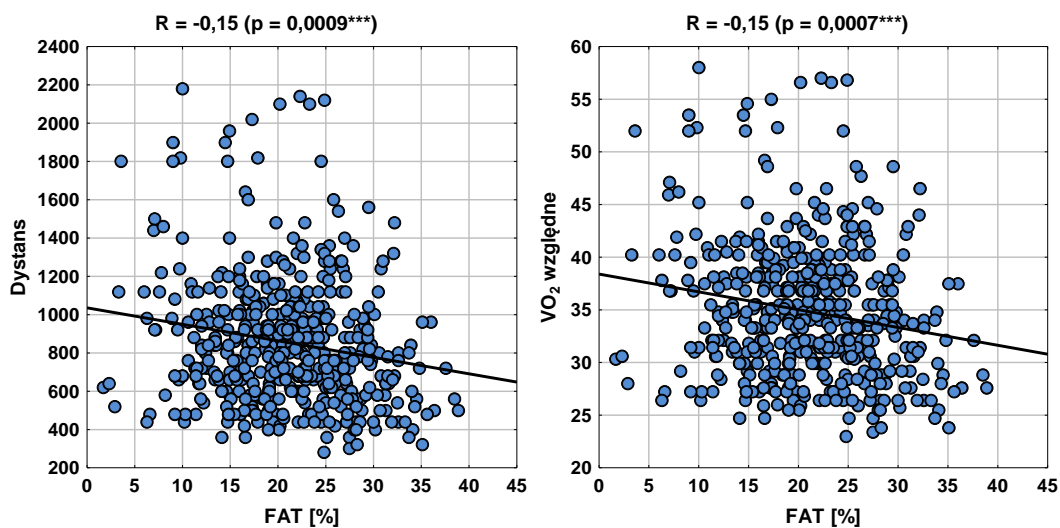
Tabela 25. Zależność pomiędzy wybranymi cechami somatycznymi a parametrami wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w grupie kobiet

Cechy somatyczne	Wytrzymałość krążeniowo-oddechowa	
	Dystans (m)	$VO_2\max$ (ml/kg/min)
BMI	-0,10 ($p = 0,0253^*$)	-0,10 ($p = 0,0307^*$)
FAT [%]	-0,15 ($p = 0,0009^{***}$)	-0,15 ($p = 0,0007^{***}$)
FFM [kg]	0,02 ($p = 0,5854$)	0,03 ($p = 0,5195$)
Obwód brzucha [cm]	-0,05 ($p = 0,2964$)	-0,04 ($p = 0,3350$)
Obwód bioder [cm]	-0,14 ($p = 0,0024^{**}$)	-0,14 ($p = 0,0021^{**}$)

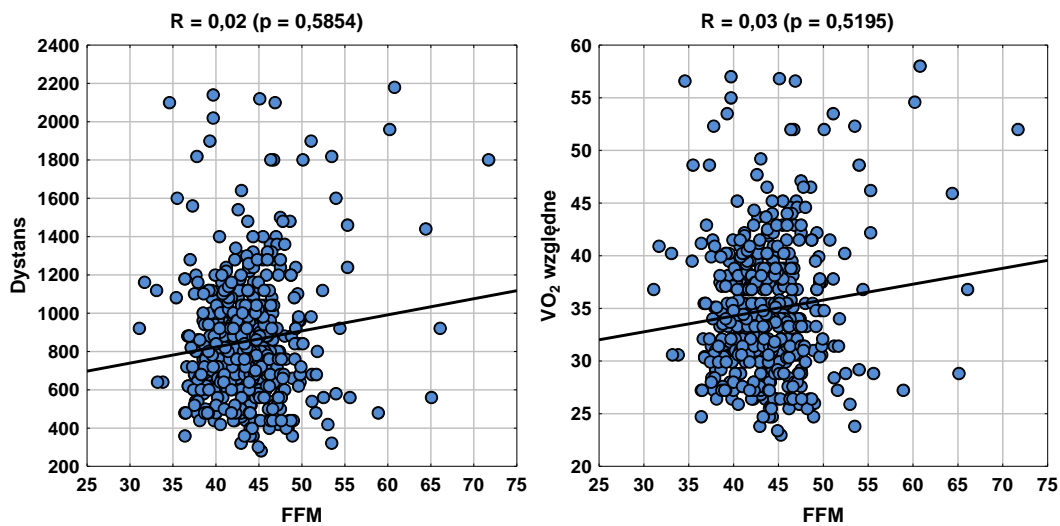
Analizowane zależności w grupie kobiet zilustrowano na wykresach rozrzutu 7,8,9,10 i 11.



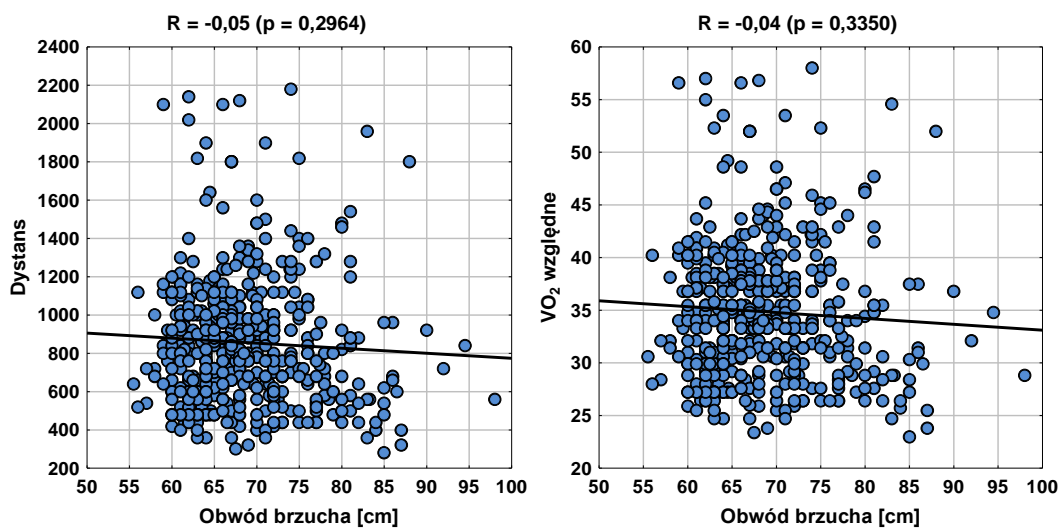
Ryc. 7. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu V02max (ml/kg/min) od wartości wskaźnika BMI w grupie kobiet



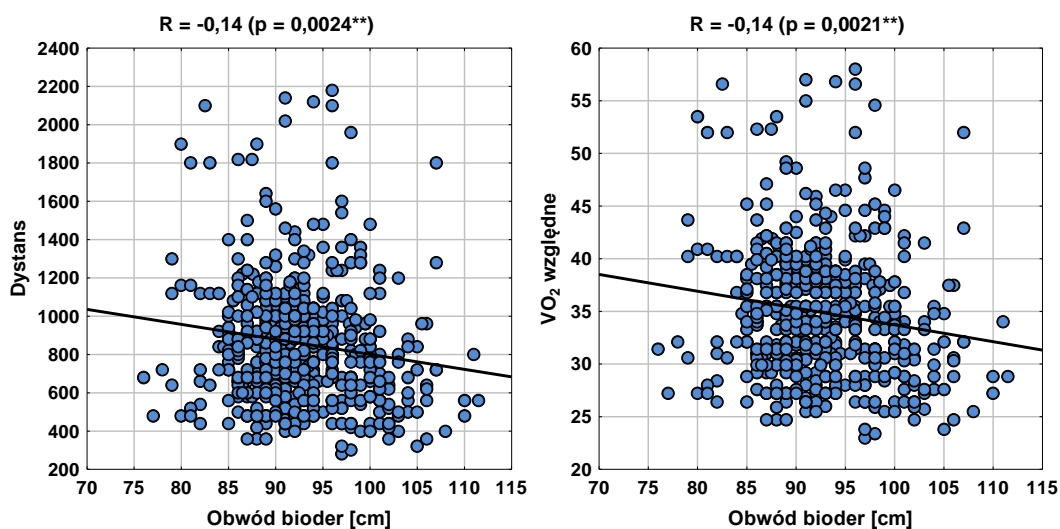
Ryc. 8. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu V02max (ml/kg/min) od procentowej zawartości w masie ciała tkanki tłuszczowej FAT% w grupie kobiet



Ryc. 9. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu VO₂max (ml/kg/min) od zawartości w masie ciała beztuszczowej tkanki FFM w grupie kobiet



Ryc. 10. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu VO₂max (ml/kg/min) od obwodu brzucha w grupie kobiet



Ryc. 11. Zależność przebiegniętego dystansu (m) oraz poziomu VO_{2max} (ml/kg/min) od obwodu bioder w grupie kobiet

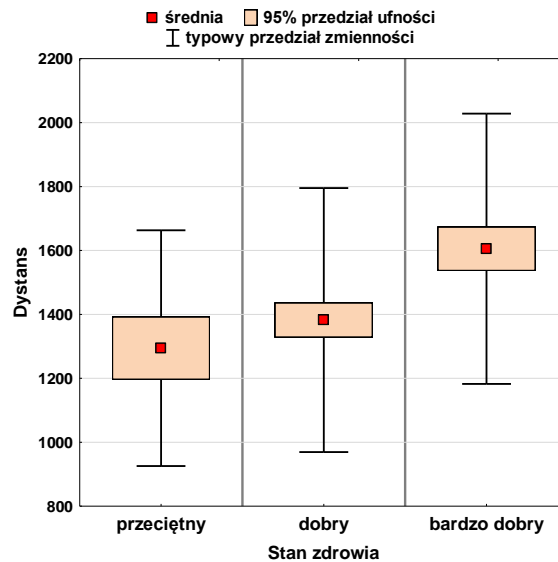
W dalszej analizie zestawiono wartości statystyk opisowych (średnia, mediana, centyl 25 i 75) dla wytrzymałości krążeniowo-oddechowej względem samooceny wydolności a następnie samooceny stanu zdrowia dokonanych przez ankietowane osoby. Wyniki zestawiono osobno dla kobiet i mężczyzn. Istotność statystyczną różnic w poziomie wytrzymałości w wyodrębnionych grupach oceniano za pomocą testu Kruskala-Wallisa.

Stwierdzić można znamienne statystycznie zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia i pomiarem wytrzymałością krążeniowo oddechową. Generalnie, im lepsza samoocena zdrowia i wydolności fizycznej, tym lepsze wyniki w badaniu wytrzymałości. Zależność te występują zarówno w grupie mężczyzn (tab. 26, 27, ryc. 12, 13), jak i wśród kobiet (tab.28, 29, ryc. 14, 15). Nieco odmiennie wyniki dla grupy ze słabym stanem zdrowia wynikają z bardzo niewielkiej liczności tej grupy i co z tym idzie dużej przypadkowości w oszacowaniu wartości średniej. Na wykresach zilustrowano wyniki dla przebiegniętego dystansu, przy czym na wykresie pominięto nietypowe wyniki dla nielicznej grupy osób o słabym/złym stanie zdrowia.

Tabela 26. Zależność pomiędzy subiektywnym poczuciem stanu własnego zdrowia a parametrami wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w grupie mężczyzn

Stan zdrowia	Wytrzymałość krążeniowo-oddechowa							
	Dystans (m)				VO_{2max} ml/kg/min			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
słaby/zły	1400	1460	1080	1740	45,0	46,2	39,5	51,1
przeciętny	1294	1280	1040	1560	43,1	42,9	38,8	48,0
dobry	1382	1400	1120	1660	44,6	45,2	40,2	49,5
bardzo dobry	1605	1600	1330	1960	48,4	48,6	44,1	54,6
p	0,0000***				0,0000***			

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

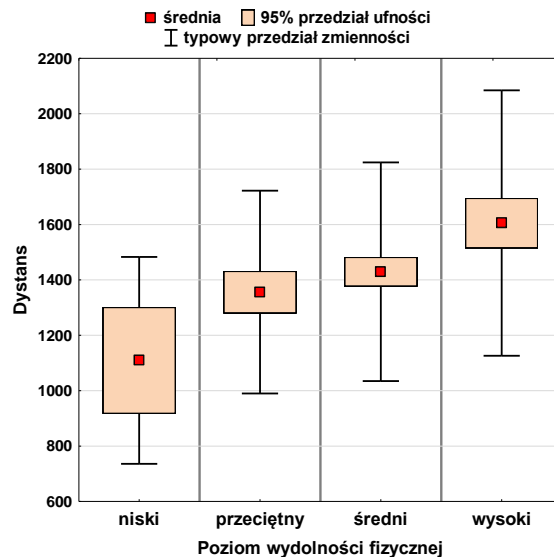


Ryc. 12. Średnia wartość przebiegniętego dystansu w grupie mężczyzn wraz z 95 % przedziałem ufności względem subiektywnego poczucia stanu własnego zdrowia

Tabela 27. Zależność pomiędzy subiektywnym poczuciem stanu własnej wydolności fizycznej a parametrami wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w grupie mężczyzn

Poziom wydolności fizycznej	Wytrzymałość krążeniowo-oddechowa							
	Dystans (m)				VO ₂ max ml/kg/min			
	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅
niski	1109	1080	960	1440	39,7	39,5	37,5	45,9
przeciętny	1356	1360	1080	1670	44,2	44,6	39,5	49,7
średni	1430	1420	1160	1720	45,5	45,6	40,9	50,8
wysoki	1605	1640	1360	2000	48,3	49,2	44,6	55,1
p	0,0000***				0,0000***			

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa



Ryc. 13. Średnia wartość przebiegniętego dystansu w grupie mężczyzn wraz z 95 % przedziałem ufności względem subiektywnego poczucia stanu własnej wydolności fizycznej

Tabela 28. Zależność pomiędzy subiektywnym poczuciem stanu własnego zdrowia a parametrami wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w grupie kobiet

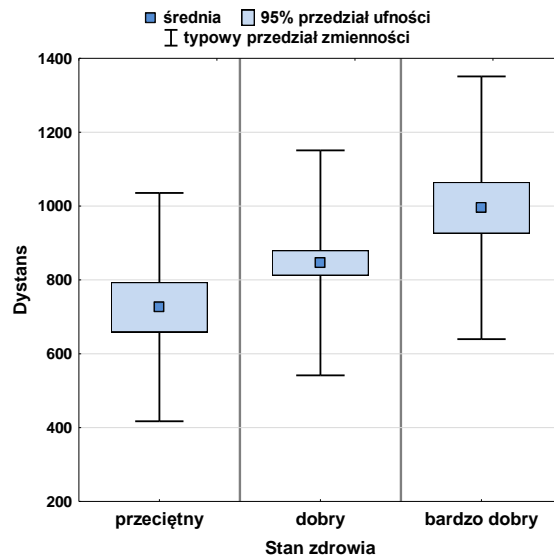
Stan zdrowia	Wytrzymałość krążeniowo-oddechowa							
	Dystans (m)				VO ₂ max ml/kg/min			
	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅
slaby/zly	1060	1120	640	1420	38,8	40,2	30,6	45,6
przeciętny	726	680	520	900	32,3	31,4	28,0	35,8
dobry	846	800	640	1000	34,7	34,0	30,6	38,1
bardzo dobry	996	980	720	1200	37,6	37,8	32,1	41,5
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallis

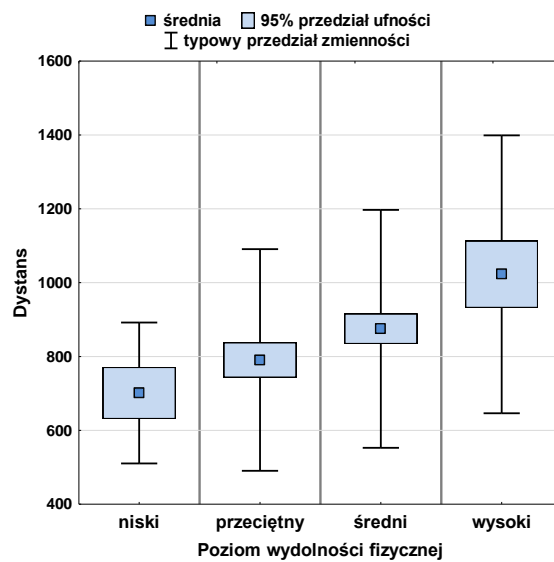
Tabela 29. Zależność pomiędzy subiektywnym poczuciem stanu własnej wydolności fizycznej a parametrami wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w grupie kobiet

Poziom wydolności fizycznej	Wytrzymałość krążeniowo-oddechowa							
	Dystans (m)				VO ₂ max ml/kg/min			
	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅	\bar{x}	Me	c ₂₅	c ₇₅
niski	701	720	520	800	31,9	32,1	28,0	34,0
przeciętny	791	760	560	960	33,6	33,3	28,8	37,5
średni	875	830	660	1040	35,3	34,4	31,0	38,8
wysoki	1023	940	760	1200	38,1	37,1	33,3	41,5
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallis



Ryc. 14. Średnia wartość przebiegniętego dystansu w grupie kobiet wraz z 95 % przedziałem ufności względem subiektywnego poczucia stanu własnego zdrowia



Ryc. 15. Średnia wartość przebiegniętego dystansu w grupie kobiet wraz z 95 % przedziałem ufności względem subiektywnego poczucia stanu własnej wydolności fizycznej

7. Podsumowanie, uwagi, rekomendacje

Ruch jako główna forma aktywności fizycznej warunkuje prawidłowy rozwój organizmu, zapobiega zmianom degeneracyjnym i chorobom cywilizacyjnym, w tym chorobom układu sercowo-naczyniowego (Rasińska, 2007). Sprawność fizyczna stanowi pozytywny miernik zdrowia, wiążąc się z większą tolerancją na wysiłek i adaptacją do warunków środowiska. Stan zdrowia ludności jest istotnym czynnikiem wpływającym na jakość kapitału ludzkiego, traktowanego w teoriach ekonomicznych jako czynnik determinujący zarówno produktywność przedsiębiorstw jak i rozwój gospodarek w długim okresie. W wytycznych Unii Europejskiej dotyczących aktywności fizycznej związanych z sektorem zdrowia publicznego stwierdza się że powinny zostać zastosowane działania interwencyjne lub wdrożone programy w kierunku zwiększenia aktywności fizycznej w celach zdrowotnych. Ważnym zadaniem dla sektora zdrowia publicznego jest osiągnięcie poprawy jakości pomiarów aktywności fizycznej w badaniach zdrowia populacji (Komisja Europejska Ds. Sportu I Zdrowia, 2008). W zakresie społecznym sektor zdrowia publicznego musi podjąć działania zmierzające do zmiany norm aktywności fizycznej i uzyskania wsparcia społecznego dla wdrożenia działań w zakresie korzystnej dla zdrowia aktywności fizycznej na poziomie społeczności i populacji (Junger, 2003). Normy te można określić jako normy opisowe (promujące pozytywne postrzeganie aktywności fizycznej), normy subiektywne (zachęcające do społecznej akceptacji aktywności fizycznej) oraz normy osobiste (promujące osobiste zaangażowanie w większą aktywność fizyczną). Należy jednak pamiętać, że zwiększanie poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa leży w zakresie kompetencji kilku sektorów, z których większość należy do sektora publicznego (np. sport, zdrowie, edukacja- w tym szkoły). Poprawa warunków socjalno-ekonomicznych (np. w europejskich krajach, po transformacjach ustrojowych) zacieranie różnic społecznych i środowiskowych, heterozja, przemiany żywieniowe i szczepienia ochronne w powszechnej opinii mają wpływ na intensywność zmian sekularnych. Akceleracja dotyczy również rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży, jednakże wyniki badań młodzieży akademickiej pokazują, że trendowi sekularnemu rozwojowi somatycznego nie zawsze towarzyszą korzystne zmiany sprawności motorycznej (Asienkiewicz, 2007). Z etapu na etap edukacji wzrasta krytyczne postrzeganie przez uczniów uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego. W raporcie Najwyższej Izby Kontroli utworzonym po inspekcji szkół publicznych w Polsce, zwrócono uwagę na coraz większe rozwarcie pomiędzy wykształceniem nauczycieli wychowania fizycznego (których poziom wykształcenia został oceniony dobrze) a oczekiwaniami uczniów, szczególnie dotyczącymi atrakcyjności zajęć i możliwości alternatywnego uczestnictwa w aktywności ruchowej, niż tylko w preferowanych przez nauczycieli zajęciach z gier zespołowych opartych na współzawodnictwie (Najwyższa Izba Kontroli). Wzrastającej hipokinezji dzieci i młodzieży zaczyna więc towarzyszyć także otyłość (Mazur, 2011). Ponad połowa dorastających osób opuszczających szkołę staje się fizycznie nieaktywna, co prowadzi do obniżania się zdolności wysiłkowych. Aktywność fizyczna wydaje się wiązać z ryzykiem schorzeń sercowo naczyniowych. Stwierdza się, że wyniki prób wysiłkowych u ludzi z negatywnym wywiadem kardiologicznym są czynnikami prognozującymi schorzenia sercowo-naczyniowe (Myers, 2002).

Na podstawie badań spełniających kryteria medycyny faktów (Evidence - Based Medicine - EMB) stwierdzono, że brak odpowiednio natężonej aktywności fizycznej jest niezależnym, istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia miażdżycowej choroby sercowo-naczyniowej (Sobieszkańska, 2009). Dlatego też celowym wydaje się włączanie ich do programu zajęć z wychowania fizycznego, oczywiście w sposób zaplanowany i kontrolowany. Odpowiednio przygotowane programy poprawy aktywności fizycznej mogą z powodzeniem kształtować poziom wytrzymałości krążeniowo – oddechowej (Dunn, 1999). Odniesienie przebiegniętego przez młodzież dystansu do poziomu wytrzymałości powinno być stymulujące do podjęcia systematycznych,

ukierunkowanych zajęć. Proponuje się również aby w obu krajach Polsce i Ukrainie szkolny system wychowania fizycznego w większym stopniu oprzeć na koncepcji H-RF (Health- Related Fitness). Odniesienie przez uczniów wyników wytrzymałości (przebiegniętego dystansu) i wskaźnika budowy ciała (FAT% lub BMI) do nomogramów FITNESSGRAM będzie motywacją do rozwoju sprawności fizycznej nakierowanej na poprawę zdrowia. Do przeprowadzenia diagnozy uczestnik nie potrzebuje drogich, trudno dostępnych narzędzi pomiarowych. Sam może ocenić progresję lub regres wyników, a także odnieść je do wyników populacji. Przeprowadzanie prób jest anonimowe i nie naraża badanego na dyskomfort związany z interpretacją wyników. Poprzez weryfikację wyników na platformie internetowej (FITNESSGRAM, www.studentfit.eu), uczestnik jest wdrażany do idei społeczeństwa informatycznego i prewencyjnej medycyny informatycznej.

Działania te, wprowadzone do szkół średnich, powinny być podstawą systemu samooceny, przyczyniając się do zmian strukturalnych w obrębie szkolnej kultury fizycznej w Polsce i na Ukrainie. Efektem tak nakierowanych działań powinno być wdrażanie ćwiczącego do dbania o poziom optymalnej lub wysokiej wytrzymałości krążeniowo-oddechowej poprzez całe życie. Przyczyni się to w konsekwencji do poprawy stanu zdrowia i podniesienia satysfakcji z życia, także w okresie późnej starości. Program ten będzie mógł mieć zastosowanie do planowania zajęć wychowania fizycznego dorastającej młodzieży, przyczyniając się skutecznie do realizacji jego celów i założeń.

W wyniku przeprowadzonych badań, dokonanych analiz zależności wytrzymałości krążeniowo-oddechowej, odniesionej do subiektywnej oceny zdrowia oraz subiektywnej oceny wytrzymałości, utworzono normy referencyjne wytrzymałości krążeniowo-oddechowej dla młodzieży szkół średnich Polski i Ukrainy (tab. 30).

Tabela 30 . Rekomendowane wartości wytrzymałości krążeniowo-oddechowej 17- 18 letniej młodzieży szkolnej, mierzone długością przebiegniętego dystansu, przy użyciu 20 mSRT (20 metrowego testu wahadłowego- Beep Test)

	Kategoria wytrzymałości krążeniowo-oddechowej wg. przebiegniętego dystansu [m]			
Kategoria/płeć	niska	przecięta	dobra	wysoka
dziewczeta	<620	620- 800	800- 1020	>1020
chłopcy	< 1120	1120-1460	1460-1760	> 1760

Analiza zebranego materiału pozwala na wysunięcie następujących uwag i zaleceń, które mogą stanowić podstawę programu szkoły w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży.

1. Większość badanej młodzieży z Polski i Ukrainy cechuje się niskim bądź średnim poziomem aktywności fizycznej czasu wolnego, nie przekraczającym 2000 kcal/tydz. Jednakże, w tym zakresie wydatku kalorycznego aktywność młodzieży ukraińskiej jest zdecydowanie wyższa.

Zaleca się by nauczyciel raz na półrocze był zobligowany przez Dyrektora Szkoły do monitoringu aktywności ruchowej młodzieży w czasie wolnym, w postaci wspólnej analizy podejmowanych przez nich w tym czasie czynności ruchowych, inspirował ich i zachęcał do poprawy istniejącego stanu, włącznie z oceną oraz przesłaniem odpowiednich informacji i zaleceń do Rodziców.

2. Co czwarty mężczyzna i co czwarta kobieta cechuje się niskimi parametrami wytrzymałości krążeniowo oddechowej (rekomendowanymi dla tej grupy wiekowej). Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, poziom wytrzymałości krążeniowo-oddechowej jest wyższy w zbiorowości polskiej w stosunku do ukraińskiej.

Zaleca się by raz na półrocze przeprowadzać pomiar wytrzymałości krążeniowo oddechowej(najlepiej ogólnoszkolny)za pomocą 20m testu wahadłowego Beep testu, umożliwiającego w łatwy i powtarzalny sposób badanie dużej grupy osób, a uczniów nie osiągających wartości referencyjnych obejmować działaniami ukierunkowanymi na poprawę istniejącego stanu (np. pomoc w rozpisaniu treningu zdrowotnego).

3. W badanej grupie wytrzymałość krążeniowo-oddechowa jest ujemnie skorelowana z cechami budowy somatycznej, szczególnie młodzieży męskiej, z wyjątkiem beztłuszczowej masy ciała (FFM). *Zaleca się by obowiązkowym elementem szkolnych zajęć z wychowania fizycznego, na początku i na końcu roku szkolnego, było przekazanie informacji uczniom i Rodzicom o znaczeniu dla zdrowia poziomu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej w prewencji chorób sercowo-naczyniowych, popartej badaniami wysokości i masy ciała oraz jej komponentów (FFM, FAT%,TBW), wskaźnika WHR i BMI (prowadzonymi np. przez pielęgniarkę).*

4. Dla mieszkańców Ukrainy szkoła i rodzina są zdecydowanie większym źródłem informacji na temat zdrowia aniżeli w Polsce.

Zaleca się zwiększenie działań edukacyjnych prowadzonych w ramach szkolnej Edukacji Zdrowotnej szczególnie w szkołach polskich. Wydaje się, że w tym zakresie szkoła w Polsce nie spełnia swojej roli.

5. Bez względu na kraj pochodzenia wyższy poziom zachowań prozdrowotnych reprezentują kobiety.

Zaleca się w tej tematyce zwrócić znacznie większe uwagi na płęć męską, która w większym stopniu niż kobiety swój poziom wytrzymałości krążeniowo-oddechowej determinuje ujemną korelacją z cechami somatycznymi, a złe zachowania żywieniowe są tego najczęstszym powodem.

6. Zarówno po stronie polskiej jak i ukraińskiej kontakt młodzieży z alkoholem, jest zdecydowanie częstszy niż z papierosami.

Wydaje się, że problem kontaktu młodzieży z alkoholem jest nagminny i same działania edukacyjne (nawet wzmożone) bez rozwiązań systemowych będących w gestii Kuratoriów Oświaty i Dyrektorów Szkół nie wystarczą.

7. Badani respondenci mają znaczący problem z racjonalnym odżywianiem się, nie zwracając uwagi na zawartość tłuszczu w kupowanych pokarmach, słodzenie i używanie soli w codziennym pożywieniu. Spożycie ryb jest deklarowane znacznie częściej na Ukrainie niż w Polsce.

Zaleca się by zwrócić dużo większą uwagę na racjonalność odżywiania młodzieży szkolnej poprzez zajęcia warsztatowe, a nawet szkolne wychowanie fizyczne prowadzone w postaci zabaw i gier edukacyjnych oraz konkursów tematycznych poruszających aspekty prawidłowego żywienia.

8. Zdecydowanie lepiej swój stan zdrowia postrzega młodzież z Polski.

Niższy poziom oceny własnego zdrowia przez młodzież może być związany ze stanem ukraińskiej służby zdrowia. Widać to w sposobie pozyskiwania informacji na temat zdrowia, gdzie służba zdrowia jako źródło informacji jest znacznie rzadziej wymieniana niż w Polsce. Jednocześnie młodzież ukraińska osiągała statystycznie znacznie niższe rezultaty w pomiarze wytrzymałości krążeniowo-oddechowej, która z kolei jest znacząco skorelowana z subiektywnym odczuciem własnego zdrowia.

9. Im lepsza samoocena zdrowia i własnej wydolności fizycznej, tym lepsze wyniki w badaniu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej.

Te związki pomiędzy samooceną zdrowia, własnej wydolności fizycznej i poziomem wytrzymałości krążeniowo-oddechowej są na tyle silne, że warto by nauczyciel wychowania fizycznego w swojej praktyce stosował wywiad w celu określenia możliwego poziomu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej bez wykonania testu. Pomoże mu to zorientować się w możliwościach ucznia i już na samym początku ułatwi planowanie możliwych działań. Ewentualny test biegowy potwierdzi bądź wykluczy podjęte działania (szczególnie w obrębie uczniów znajdujących się poniżej wartości referencyjnych).

10. Zarówno ankietowani z Polski jak i z Ukrainy są zdania, iż powinno się zwiększyć liczbę godzin WF w szkołach.

Wydaje się to fakt budujący, jednakże należy brać pod uwagę, że w badaniach uczestniczyła młodzież która wyraziła pisemną zgodę na udział w projekcie i można zakładać, że należy ona do grupy chętnie

uczestniczącej w zajęciach wychowania fizycznego. W prowadzonych badaniach własnych na grupie studentów stwierdzano taką oto zależność; kto lubił wychowanie fizyczne ten chciał go więcej, kto go nie lubił to chciał go mniej. Za to w dodatkowych zajęciach ukierunkowanych na poprawę wytrzymałości krążeniowo-oddechowej, wiedząc, że jej poziom ma znaczenie w utrzymaniu zdrowia chęć uczestnictwa wyrażała znaczna grupa studentów niechętnych zwiększeniu godzin z wychowania fizycznego. Wskazuje to na to jak ważnym elementem w procesie kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży jest nauczyciel, jego zaangażowanie, pomoc i odpowiednia motywacja oraz ukierunkowanie uczniów do podejmowania codziennej aktywności fizycznej.

**Вибрані аспекти шкільної освіти з основ здоров'я
на прикладі стилю життя польської та української молоді**

Еміліан Задарко, Збігнєв Барабаш, Олена Шиян, Едита Нізіол-Бабяж, Євгенія Сливка,
Марія Задарко-Домарадзька, Ірина Турчик, Кшиштоф Фрончек, Юрій Наконечний

Посібник для викладачів, вчителів та студентів

Львів – 2014

ББК 75.57
З 582

Рецензенти :

проф. Д-р габ. Славомір Дрозд
проф. Д-р габ. Євген Приступа

Технічна редакція - Ліліана Кудрик
Проект обкладинки - Яцек Внук

Видавець:

Львівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти
ISBN 978-966-8708-37-4

здійснено в рамках проекту:

«Формування здоров'язбережного ставлення до життя серед молоді польсько – українського прикордоння» (№ РВU/0832/12/MP10) «Транскордонна співпраця для рекреаційного туризму польсько-українського прикордоння» № РВU/0832/12 за співфінансування за кошти Європейського Союзу в рамках програми транскордонного співробітництва Польща-Білорусь-Україна 2007-2013.

Безкоштовний екземпляр

Вступ

У Європейському Союзі з'являються щораз серйозніші виклики, пов'язані із здоров'ям суспільства, розв'язання яких вимагає нового стратегічного підходу, наприклад, демографічні зміни, зокрема старіння суспільства. Зазвичай «старими» вважаються країни, у яких частка населення віком 65 років і більше перевищує 7%. Тривають дискусії, роздуми, укладаються рекомендації: комітетів, дорадчих органів і неурядових організацій з країн, які увійшли до Європейського Союзу, щодо подолання загроз для здоров'я, які є наслідком екологічних та суспільних умов сучасного способу життя, та можливості компенсації їх негативних наслідків.

Підтримка здорового старіння означає як промоцію здоров'я протягом усього життя, маючи на меті запобігання проблемам, пов'язаним з профілактикою здоров'я та інвалідністю з раннього дитинства, так і подолання нерівності у наданні послуг з охорони здоров'я, пов'язаних із суспільними, економічними та екологічними чинниками.

Як впливає з огляду літератури, термін «вміння читати інформацію з питань здоров'я» (*«health literacy»*) використовується уже щонайменше 30 років. Згідно із звітом *Healthy People 2010*, опрацьованого Американським Департаментом Здоров'я і Соціальної Опіки, медична грамотність (*health literacy*) визначена як: «ступінь, в якому особа здатна отримувати, перетворювати і розуміти основну інформацію та послуги з охорони здоров'я, необхідні для прийняття відповідних рішень стосовно здоров'я». Це визначення стосується до потреб і здібностей окремої людини, з погляду її вміння вибрати і вести здоровий спосіб життя, наприклад, здійснювати профілактику захворювань (участь у контрольних і діагностичних обстеженнях), у тому числі використовувати інформаційні матеріали, інтерпретовані результати досліджень, вміння визначити ступінь ризику, поводитися відповідно до рекомендацій лікаря. Головною метою є підвищення рівня знання людей щодо повного переліку можливих дій для покращення стану здоров'я і створення умов для здійснення компетентного вибору. Володіння громадянами медичною грамотністю визначається як один із ключових елементів стратегії охорони здоров'я в політиці Європейського Союзу. У рамках стратегії рекомендується інтенсивна промоція програм навчання у цій сфері для різних вікових груп. Сьогодні вміння читати інформацію з питань здоров'я також стосується і до читання інформації, представлені у вигляді брошур, таблиць і графіків, користування комп'ютером в такий спосіб, щоб особа, яка отримує навчальну інформацію про здоров'я або яка є потенційним чи дійсним пацієнтом, могла зробити проєкцію отриманої інформації та знань на себе та свої видимі прояви, а також дотримуватися вказівок щодо зміни стилю життя чи лікувальних заходів.

Невід'ємним елементом можливості отримання повного задоволення від виконуваної роботи є добрий стан здоров'я. Уже сьогодні питанням здоров'я в широкому розумінні і його примноженням зацікавлені як майбутні роботодавці, так і самі працівники.

У той же час зниження рівеня активності та фізичної підготовки молоді щораз більше тривожить установи та фахівців, які займаються проблематикою здоров'я польського суспільства. Це загальносвітова тенденція, але в Європі, Польщі, та зокрема в Україні, посилення цього явища в останньому десятилітті має дуже динамічний характер, що пов'язане із проблемами надмірної ваги, ожирінням, цукровим діабетом та порушеннями серцево-судинної системи.

Проблемним сьогодні є уже саме визначення цілей шкільного фізичного виховання. Період середньої школи є останнім етапом навчання, коли у широкому масштабі можна проводити освіту про здоров'я, скеровану на розвиток, підтримку та відстеження рівня фізичної активності та форми.

Змінюючи систему фізичного виховання, його цілі, завдання, структуру, не можна оминати систем контролю.

Наша пропозиція, яка стосується фізичної культури молоді, полягає в обґрунтуванні необхідності самооцінки стану здоров'я і самоосвіти в цьому напрямку. Суть проекту полягає у виявленні та модифікації вибраних факторів ризику розвитку ішемічної хвороби серця, таких як низький рівень фізичної активності і підготовки, нераціональне харчування, надмірна вага і ожиріння, паління, а також у проведенні заходів, пов'язаних з освітою для здоров'я. Отримані результати досліджень і їх аналіз сприятимуть зміні поведінки молоді у напрямку свідомої участі у фізичній активності. Також це викликатиме дискусії про форму і роль сучасного фізичного виховання.

Автори

1. Освіта з основ здоров'я (Health Education) в Україні у європейському контексті

Існує припущення, що початок освіти щодо здоров'я (Health Education) глибоко сягає часів первісного суспільства. Примітивна освіта про здоров'я базувалася на накопиченні знань та навичок життя у існуючих умовах. За цими підходами вона, на думку дослідників «мало чим відрізняється від теперішньої освіти» [Bedworth A., Bedworth B., 2001, с.10].

Сучасний підхід до цієї сфери освіти пов'язаний із розвитком фундаментальних принципів, що базувалися на результатах наукових досліджень у галузі біхевіоризму і здоров'я. Ці принципи започаткували сучасну динамічну філософію освіти з основ здоров'я. Протягом 19 ст. до початку ХХ ст. вона в основному мала інформативний характер (Bedworth A., Bedworth B., 2001). Важливо підкреслити, що вже у середині 20 ст. з'являються аналітичні праці з проблем освіти з основ здоров'я [Schneider, R., 1958].

У 1961р. на загальнодержавному рівні США проводилося ґрунтовне вивчення стану навчання здоров'я у школах (School Health Education Study (SHES)). Отримані результати вплинули на якість освіти в галузі здоров'я, зміну кадрової політики, введення нових підходів і нових шляхів підготовки фахівців. У 1974 році Відділення шкільного здоров'я американської асоціації громадського здоров'я (School Health Section of the American Public Health Association) висловило свою позицію, що «освіта у сфері здорового способу життя повинна стати тривалим процесом від зачаття до смерті і що така освіта повинна бути обов'язковою, інтегрованою та планомірною» [Bedworth A., Bedworth B., 2001, с.76].

Вивчення документів, матеріалів та рекомендацій Ради Європи, Всесвітньої організації охорони здоров'я підтверджують значний інтерес об'єднаної Європи до формування у молоді мотивації до ЗСЖ у другій половині ХХ ст. засобами освіти. Підтвердженням цьому є рішення Мадридської конференції міністрів охорони здоров'я Європи (1981р.), де були розглянуті стратегічні проблеми освіти в галузі охорони здоров'я і профілактики різних захворювань, а також підтверджено, що шкільний курс здоров'я («Health education») має бути одним з головних на найближчі десятиліття. Визнання вагомості освітнього напрямку Мадридською конференцією міністрів охорони здоров'я Європейських країн (1981р.) підтвердило пріоритетність освіти для збереження і зміцнення здоров'я населення.

У цей час ВООЗ ініціювала кампанію «Здоров'я для всіх», у межах якої розпочався процес збору і систематизації інформації щодо існуючих загроз здоров'ю населення. Отримані результати привернули увагу суспільства до означеної проблеми. Важливо відзначити, що наслідком цього стало поширення освітніх превентивних програм, спрямованих на ознайомлення з певними ризиками для здоров'я та розвиток життєвих навичок щодо їх профілактики.

Підсумок проведеної роботи зроблено у Оттавській Хартії (ВООЗ, 1986), положеннями якої керується світове товариство щодо діяльності з проблем здоров'я і ЗСЖ. Згідно з цим документом, освіта зі ЗСЖ – інтегральна частина політики просування здоров'я, покликана зменшити соціальні, економічні, докільні нерівності.

Ідеї Мадридської конференції послужили підґрунтям для розробки Комітетом міністрів країн – членів Ради Європи (1988) рекомендацій щодо впровадження курсу ЗСЖ в освітніх закладах. Важливим аспектом нової концепції з методологічного погляду є те, що молодих людей треба спонукати до дослідження їх особистих позицій і переконань, до з'ясування цінностей і аналізу різних кроків у процесі прийняття того чи іншого рішення (Василенко, 2000). У центрі уваги має бути виховання відповідальності і досягнення учнями розуміння того, як правильно обрати свій життєвий шлях.

Ще один вагомий крок було зроблено у 1988 р., коли комітет міністрів країн – членів Ради Європи розробив Рекомендацію N R (88) 7 «Про освіту з питань охорони здоров'я в школі та роль і підготовку вчителів». Комітет міністрів, відповідно до пункту b статті 15 Статуту Ради Європи (994_001), беручи до уваги, що метою Ради Європи є досягнення більшої єдності між її членами, зокрема схваливши загальний підхід до галузей охорони здоров'я й соціального захисту, згадуючи свою рекомендацію N R (82) 4 «Про попередження проблем, пов'язаних з алкоголем, зокрема серед молоді» та рекомендацію N R (82) 5 «Про попередження наркотичної залежності та особливу роль освіти з питань охорони здоров'я», узяв до уваги, що, незважаючи на розвиток складної й спеціалізованої системи охорони здоров'я, і далі виникає багато проблем, пов'язаних зі здоров'ям, які не розв'язуються традиційними превентивними або лікувальними засобами, до того ж більшість цих проблем пов'язані з нездоровим способом життя. У зв'язку з цим наголошено, що освіта з основ здоров'я (Health Education), заохочуючи до здорових соціальних позицій та способів життя, може сприяти уникненню цих проблем, і поряд із сім'єю, яка відіграє головну роль, *школа є найпридатнішою структурою для поширення освіти з основ здоров'я*, оскільки вона об'єднує молодь – вікову групу, яка найпіддатливіша для вивчення зразків здорової поведінки. Запровадження освітніх програм з основ здоров'я вимагає: керівних принципів планування й розвитку навчальних програм з питань охорони здоров'я; чіткого визначення ролі вчителів у цій справі; фахової підготовки, підвищення кваліфікації та дальшої підготовки всіх учителів, що дасть їм змогу сприяти цим програмам в їхніх сферах знань, прийняття послідовної політики освіти з основ здоров'я в школах урядами держав-членів.

Перед сучасною освітою з основ здоров'я були поставлені такі завдання:
- підняти рівень обізнаності серед громадян, фахівців із здорового способу життя і політиків (представників влади) щодо впливу соціально-економічних та довкільних чинників на стан здоров'я та нерівномірність поширення оздоровчих ресурсів;

- формувати здатність брати на себе відповідальність. Це включає спрямування освіти зі ЗСЖ на надання знань та формування життєвих умінь (компетентностей) учнів задля забезпечення їх здатності приймати рішення щодо власного здоров'я і здоров'я сім'ї та громади, у якій вони живуть (Тоунс, К.,1990).

Останнє десятиріччя ХХ століття, на думку міжнародних експертів, принесло нове бачення ролі освіти з основ здоров'я, у якому враховано її минуле, сучасне і майбутнє. Згідно з резолюцією ООН №38/54 від 1997р., здоров'я населення було визнане головним критерієм доцільності й ефективності всіх без винятку сфер господарської діяльності. Освіта з основ здоров'я визнана серцевиною руху «нове громадське здоров'я», що полягає у професійній та громадській турботі про вплив тотального (соціального, економічного та фізичного) довкілля на здоров'я (Сеймур, 1997). У підсумковому документі Джакартської конференції «За пропаганду ЗСЖ у ХХІ столітті» підкреслюється, що для подолання нових загроз здоров'ю необхідні нові пріоритети діяльності з промоції здоров'я у ХХІ столітті (4 міжнародна конференція, Джакарта, 1997 р.).

Комітет експертів Ради Європи щодо критеріїв запобіжної політики і просування здоров'я (Страсбург, 1998), який визначає промоцію здоров'я як просування добробуту та запобігання захворюванням чи погіршенню здоров'я і при цьому виділяє три типи заходів, один з яких – освіта з основ здоров'я. Освіта покликана відігравати тут особливу роль завдяки своїй спроможності забезпечувати навчання як різних груп населення впродовж усього життя, так і фахівців різних галузей на усіх етапах їх професійної діяльності.

Визначення пріоритетів підтверджується ще одним міжнародним документом – «Політика досягнення здоров'я для всіх у ХХІ столітті», у якому зазначено, що всі держави - члени Євробюро ВООЗ, у тому числі Україна, повинні здійснювати політику формування ЗСЖ населення, особливо

молоді. Аналіз матеріалів останньої сьомої Глобальної конференції із зміцнення здоров'я «Сприяння охороні здоров'я та розвитку: подолання прогалин у практичній реалізації» (Найробі, 2009) підтверджує вагомість освіти у сфері зміцнення здоров'я та забезпечення ЗСЖ молоді. А освіченість у питаннях здоров'я (Health Literacy) виходить за межі вузької концепції санітарної освіти та індивідуальної поведінки, її важливість визнається нарівні з екологічними, політичними та соціальними факторами, що визначають здоров'я.

Україна не стоїть осторонь зазначених процесів. У перші роки пострадянського періоду державна освітня політика в незалежній Україні сприяла розробці та впровадженню в практику роботи ЗНЗ нових для нашої країни й обов'язкових у сучасній світовій практиці навчальних програм превентивної освіти. Після техногенної катастрофи на Чорнобильській АЕС вперше почали відкрито говорити про проблеми зі здоров'ям населення. Проте в умовах СРСР справа далі не пішла. І лише після розпаду Радянського Союзу, в умовах незалежної України стався прорив (В. І. Шахненко, Є.Цуканова, 2001, с.6-8). Для поширення наукових знань про здоров'я і ЗСЖ 1994 року МОН вирішило ввести в навчальні плани шкіл новий курс за вибором «Валеологія» (наука про здоров'я), який об'єднував знання з багатьох наук, оскільки інтегруюча характеристика здоров'я містить фізичну, психічну та духовну складові (В. П. Казначеев, 1996, с.75-82).

1. Створення системи неперервної виховання та освіти з основ здоров'я в Україні, складовою якої має стати здоровий спосіб життя, мало на меті уповільнення та подолання негативних тенденцій (Здоровье Украины, 1998). У цей час було розроблено «Базовий зміст шкільної валеологічної освіти» (Валеологія, 1996, с.336), програму шкільного інтегративного курсу «Валеологія» (Шкільний курс «Валеологія», 1994, с.88) та шкільного компоненту «Основи валеології» (Програма курсу «Здоров'я школяра», 1994, с.51-62, Програма курсу «Основи здорового способу життя» для учнів усіх ступенів загальноосвітньої школи, 1994, с.30-50).

2. Згідно з Законом України «Про загальну середню освіту» (Закон України «Про загальну середню освіту», Урядовий кур'єр, 1999, с.5–8), було розроблено «Державний стандарт початкової загальної освіти» (2000) (Державний стандарт початкової загальної освіти, Освіта України, 2000, с.1–32), який вказував, що «Освітня галузь «Здоров'я і фізична культура» забезпечує свідоме ставлення учнів до свого здоров'я, сприяє фізичному розвитку, формує основи здорового способу життя» та містить змістові лінії: «Здоров'я людини»; «Фізична складова здоров'я», «Соціальна складова здоров'я» і «Психічна та духовна складові здоров'я». У доповненому варіанті «Державного стандарту початкової загальної освіти (зі змінами ...)» 2005 року було вказано, що головною метою галузі є розвиток фізичних, соціальних, психічних і духовних якостей особистості (Державний стандарт базової і повної загальної середньої освіти // Інформаційний збірник Міністерства освіти і науки України, 2004, с. 30–65). Реалізується зазначена освітня галузь навчальними предметами «Фізична культура» та «Основи здоров'я» (Джаккартская декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-ом столетии, Женева, 1997, 46 с.).

Таким чином, упровадження Міністерством освіти і науки України нових *превентивно-освітніх програм* у навчальні плани закладів освіти, розпочате з 1995 року, після проголошення незалежності, набуло значного розвитку. Показники охоплення навчальних закладів превентивними програмами, що враховують ціннісно-компетентнісний підхід «*Освіта на основі життєвих навичок*» (накази МОН України № 457 від 01.06.2009, № 741 від 12.08.2009 і № 833 від 07.09.2009): початкова школа (1 – 4 класи) – 28%, основна школа (5 – 9 класи) – 58%, старша школа (10–11 класи) – 8% учнів. Дошкільні заклади освіти: цикли бесід, виховні заходи. Загальноосвітні навчальні заклади: *новий обов'язковий предмет* з 2005р. – «Основи здоров'я» (1 – 9 кл). 2009 року – 100% охоплення (перший випуск українських школярів, котрі вивчали основи здоров'я з 1-го до 9-го класу). *Варіативна складова:*

факультативні курси – «Корисні звички» (1–4 кл.) – 0,9%; «Я – моє здоров'я – моє життя» (5–9 кл.) – 18%; «Школа проти СНІДу» (10–11 кл.) – 8% охоплення. *Позаурочна й позашкільна діяльність*: програма «Рівний – рівному» (7–11 кл.) – 36% охоплення; цикли лекцій, бесід, інформаційно-просвітницьких акцій.

Професійно-технічні і вищі навчальні заклади практично не охоплені ООЖН програмами.

У післядипломних і навчальних закладах – впроваджена типова модель навчання педагогів з методики викладання предмета «Основи здоров'я» у 5–9 класах на засадах ООЖН. На курсах підвищення кваліфікації вчителів було підготовано понад 20 тис. учителів (57,8% учителів від мінімальної потреби).

Висновки

Стратегія профілактичної освіти реалізується в Україні від 2005 року й базується на поетапному охопленні дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних, вищих і післядипломних навчальних закладів програмами:

- загальноосвітні навчальні заклади: *обов'язковий предмет* – «Валеологія» (1995), «Основи безпеки життєдіяльності» (1999), «Основи здоров'я» (2005);
- професійно-технічні: *обов'язковий предмет* – «Валеологія» (1995), «Основи безпеки життєдіяльності» (1999), «Основи здоров'я» (2009);
- вищі навчальні заклади: *обов'язкова загальноосвітня дисципліна* – «Валеологія» (1999), спеціалізація «Валеологія» (2000), спеціальність «Здоров'я людини» (2010).

Здатність системи проходити ці етапи залежить від загального освітнього рівня і професійної підготовки не лише педагогів, а й посадових осіб. Необхідність впровадження в навчальні програми підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб органів місцевого самоврядування навчальних модулів із сучасної державної політики щодо формування здорового способу життя молоді стає усвідомленою в останні роки і в Україні.

2. Нарис ситуації в охороні здоров'я та заходів з моніторингу обраних видів здоров'язбережної поведінки в межах Європейського Союзу

Під назвою здоров'язбережної поведінки людини розуміємо індивідуальні способи поведінки людини, від яких залежить утримання та зміцнення стану здоров'я (Ogińska-Bulik, 2002, Bishop, 2000). При аналізі зв'язків між здоров'ям та поведінкою представлені різні критерії їх класифікування: навички, ставлення до здоров'я та наслідків для стану здоров'я, профілактичні здоров'язбережні способи поведінки (Heszen, 2007). Зміна поведінки на користь здоров'я може статися, коли дана особа помітить, що дотеперішні способи поведінки сприяють захворюванню, а наслідки відсутності відповідної поведінки можуть бути серйозними. Вбачається також користь від започаткування здоров'язбережної дії. Здоров'язбережні способи поведінки є індикаторами ставлення до здоров'я, які закріплені в цінностях, що їх визнає індивід, тому вказують на необхідність консультації, підтримки та допомоги людям у формуванні стилю їх життя (Bochniak, 2010).

Стиль життя є комплексом ставлень та способів поведінки як індивіда, так і цілої громадськості. Він залежить від середовища, соціальних та культурних норм, у яких проживає людина, від особистих поглядів, систем цінностей та видів ставлення (Woynarowska, 2000). Стиль життя та здоров'язбережні способи поведінки, з яких він складається, формуються протягом цілого життя починаючи з раннього дитинства (Bochniak, 2010). Здоров'язбережний стиль життя, визначають як «характерний для даного індивіда або соціальної групи комплекс поведінки, який суттєво позначається на стані здоров'я» (Romanowska-Tołoczek, 2011). До здоров'язбережних способів поведінки зараховують навички, звичаї, дії, ставлення та цінності, які членами даного суспільства визнані як такі, що стосуються сфери здоров'я. Таким чином, культивування здоров'язбережного стилю життя вимагає здійснення цільових заходів, розрахованих на здоров'я, та виключення тих способів поведінки, які становлять йому загрозу (Ostrowska, 1999). На цьому місці варто звернути увагу на теорію Health Locus of Control (локусу контролю здоров'я), яка застосовується в програмах промоції здоров'я. Теорія ґрунтується на попередньому положенні, що відчуття внутрішнього локусу контролю за здоров'ям сприяє прийняттю рішення про зміну способів поведінки з антиздоров'язбережних на здоров'язбережні (Dolińska-Zygmunt, 2001, Heszen, 2007).

Здоров'я є фундаментом досягнення життєвих цілей, реалізації намірів, прагнень та амбіцій. Чим гіршим є суб'єктивний стан здоров'я, тим меншою стає активність індивіда, який буде менше планів на майбутнє, має нижчий рівень задоволення життям та занижену оцінку якості життя (Makowska, 2010).

Взірці стилю життя, наприклад, спосіб харчування, фізична активність, паління тютюну чи надмірне споживання алкоголю при наявності таких чинників ризику як підвищений кров'яний тиск, високий рівень холестерину чи надмірна вага зумовлюють передчасні смерті, зокрема спричинені захворюваннями системи кровообігу та онкологічними захворюваннями, які є головними причинами смертності в Європі.

Стан здоров'я людства суттєво впливає також і на якість людського капіталу, якого в економічних теоріях вважають чинником, що детермінує як продуктивність підприємств, так і розвиток економік у довгостроковому періоді. У роках 2000-2006 у всіх країнах ЄС підвищилися (у різних темпах): внутрішній валовий продукт, витрати на охорону здоров'я, співвідношення витрат на здоров'я і ВВП (%) та очікувана тривалість життя (окрім Латвії та Литви, де очікувана тривалість життя залишилася на незміненому рівні) (2011).

Вищий рівень економічного розвитку країни забезпечує більшу кількість коштів, які передаються в систему охорони здоров'я, дозволяє краще і більш всебічно організувати охорону

здоров'я, гарантує вищу якість харчування та навіть більш корисне природне середовище і т. ін., що, безумовно, суттєво впливає на стан здоров'я суспільства та рівень епідеміологічних показників, характерних для даної популяції.

Європейський Союз сильно постраждав від кризи – рецесія спричинила падіння ВВП у 2009 р. на 4,2%; у країнах Прибалтики відбулися двоцифрові зниження рівня ВВП, а в кількох інших країнах-членах ЄС рецесія затяглася на 2-3 роки. У 2010 р. внутрішній валовий продукт ЄС зріс на 1,8% за рік, причому ситуація окремих країн була сильно здиференційована. Яскраво відрізнялася група країн з високим економічним ростом, до якої належали Швеція (5,5%), Словаччина (4,0%) та Польща (3,8%), а також Німеччина (3,6%), яка суттєво впливала на темп розвитку цілої Спільноти.

Зіставлення даних про розмір ВВП, виготовленого на душу населення в окремих країнах ЄС в роки 2004-2009, становить чітку вказівку на поступ, якого досягли нові держави-члени у наближенні до середнього показника в ЄС. Дещо помінялася черговість країн у рейтингу за рівнем цього показника, нпр. впали Ірландія й Великобританія, Словаччина піднялася; Польща і надалі займає місце в останній п'ятірці країн Євросоюзу і випереджає лише Литву, Латвію, Болгарію та Румунію.

Питання, пов'язані зі здоров'ям, виносяться на щораз вищі рівні європейської політики. Охорона здоров'я залишається сферою виключної компетенції держав-членів, а не європейських спільнот. Та, з іншого боку, разом з поступовим розширенням Європейського Союзу понаднаціональний характер чинників, які становлять загрозу здоров'ю, стає дедалі більш очевидним. І тому ЄС відіграє щоразу більшу роль у просуванні та координації моделей, які існують у рамках національних систем охорони здоров'я та є доступними для всіх громадян ЄС. Такі дії значною мірою концентруються на профілактиці захворювань.

Протягом останніх тридцяти років серед населення ЄС різко зросла кількість випадків надмірної ваги та ожиріння, зокрема серед дітей оцінюваний індекс надмірної ваги досяг 30% у 2006 р. Це симптом погіршення тенденції до невідповідного способу харчування та низького рівня фізичної активності серед населення ЄС, і тому в майбутньому очікується подальше зростання кількості таких хронічних захворювань: захворювання системи кровообігу, гіпертонія, цукровий діабет 2 типу, інсульт, деякі онкозахворювання, недоліки опорно-рухової системи, а також низка психічних порушень. У довгостроковій перспективі це негативно позначиться на середній тривалості життя в ЄС та погіршить якість життя багатьох осіб (Commission of the European Communities, 2007). Індекс маси тіла, обрахований як вага [kg]/ріст у квадраті [m²], який широко використовується для визначення категорій під оглядом маси тіла, за використанням класифікацій, поданих національними інститутами здоров'я та ВООЗ. Підвищена вартість ІМТ сильно пов'язана з ризиком захворювань серцево-судинної системи (ang. cardiovascular disease, CVD). У останніх дослідженнях виявилось, що регіональне поширення жирової тканини може бути більш суттєвим при визначенні серцево-судинного ризику, ніж загальна маса тіла. Зокрема, надмірний вісцелярний (черевний) жир сильно пов'язаний з метаболічним та серцево-судинним ризиками (Pacholczyk, 2008). У Європі найбільш поширено підтримуються граничні вартості ВООЗ. Рекомендуються два рівні дії. Перший рівень дії – WC \geq 94 см у чоловіків та \geq 80 у жінок, представляє граничну вартість, при якій не слід допустити подальшого підвищення маси тіла. Другий рівень дії – WC \geq 102 у чоловіків та \geq 88 у жінок – це поріг, при якому слід рекомендувати редукцію маси тіла (World Health Organization Consultation of Obesity, 2000).

Платформа діяльності ЄС заради відповідного харчування, фізичної активності та здоров'я запрацювала з березня 2005 р. з метою «створення спільного форуму для всіх зацікавлених суб'єктів на європейському рівні» (Eu Platform On Diet, Physical Activity And Health, 2005). Європейська Комісія визнала за необхідне посилення моніторингу в контексті показників здоров'я Європейської Спільноти (ЕСНІ), пов'язаних зі способом харчування та фізичною активністю (Commission of the European

Communities, 2007). Існують достатні дані, які свідчать про роль фізичної активності та зусилля, від поміркованого до енергійного рівня, як чинників, що сприяють редукції маси тіла (Drabik, 1996). Надмірна маса тіла пов'язана з ризиком розвитку серцево-судинних захворювань CVD та підвищеною смертністю. Вказівки ВООЗ від 1999 року рекомендують 30-45 хвилин поміркованих аеробових вправ три – чотири рази на тиждень. Прикладом європейських рекомендацій є дані Центру реабілітації та профілактики і спортивної медицини в Фрейбурзі від 1998 року, згідно з якими на рухові дії слід витратити як мінімум 1000 Ккал, а максимально 3500 Ккал на тиждень. Рекомендується, щоб тренувальна одиниця спричиняла енергетичну витрату біля 300 Ккал. На підставі оприлюднених досліджень Робітня спортивної медицини Медичної академії в м. Лодзь мінімальною вважає енергетичну витрату на рухову активність на рівні 1000 Ккал/на тиждень, хоча найбільш корисні результати спостерігалися при витраті більше 2000 Ккал/ тиждень. Така витрата має розкладатися на 3-4 тренувальних одиниці.

Вправи, яким надається перевага, – це вправи на витривалість, доповнені на 10-15% силовими вправами. Основна частина тренінгу має тривати 30-40 хвилин, починатися 5-10 хвилинною розминкою та закінчуватися 10-15 хвилинними вправами на заспокоєння [Jegier, 2001].

З метою підтримки моніторингу на загальному рівні Європейська Комісія розвинула європейські опитування про здоров'я (EHIS), що проводяться з 2007 р., та ввела гармонізований підхід до регулярного накопичення Європейською статистичною системою (ESS) статистичних даних про ріст і вагу опитуваних осіб, здійснене ними фізичне зусилля та частоту споживання фруктів і овочів. У 2010 р. Комісія створила європейське опитування для дослідження стану здоров'я (EHES) обраної жеребкуванням групи осіб, з метою отримання об'єктивної інформації про низку показників харчування включно з ІМТ, рівнем холестерину та гіпертонією. Проект Європейське Дослідження стану здоров'я населення (аббревіатура EHES взята з англійської назви: European Health Examination Survey) було впроваджено під ширмою Європейського і реалізується в 14 європейських країнах: Чехії, Фінляндії, Німеччині, Греції, Угорщині, Італії, Мальті, Нідерландах, Норвегії, Польщі, Португалії, Словаччині, Іспанії та Великобританії/ Англії. У Польщі опитування проводяться науково-дослідним колективом Закладу епідеміології, профілактики захворювань системи кровообігу та промоції здоров'я Інституту Кардіології у Варшаві.

2.1. Нарис ситуації та заходів у Польщі

Середня тривалість життя в Польщі у 2010 р. становила 80,6 років для жінок та 72,1 для чоловіків. Висока надмірна смертність чоловіків спостерігається уже серед хлопців. У молодших вікових категоріях, починаючи з 20-25 року життя, коефіцієнт смертей для чоловіків в 4 рази більший ніж для жінок, а в старших вікових категоріях в 3 і 2 рази вищий (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2011). Польське суспільство старіє. 13,4 % популяції становлять мешканці, які досягли 65 років (Рис., 2011). За перше півріччя 2011 року Головне статистичне управління Польщі вперше за 6 років відмітило негативний природний приріст населення.

Об'єктивні показники маси тіла ІМТ показують, що порівняно з 2004 р. вага зрілого поляка підвищується та що проблеми надмірної ваги й ожиріння виникають все частіше. Занадто велику масу тіла має вже кожен другий дорослий поляк і відносно частіше проблеми надмірної маси тіла виникають серед чоловіків, їх кількість зросла за останніх 5 років на 9 відсоткових пунктів. Наприкінці 2009 року більше 61% всіх чоловіків та 45% загалу жінок важили занадто багато (45% чоловіків і 29% жінок страждали надмірною вагою тіла, а майже 17% чоловіків і 15% жінок зараховано до категорії осіб з ожирінням). На відміну від жінок, надмірна маса тіла була відносно частішою в чоловіків, які проживали в містах, ніж у тих, хто жив у селі (більше жінок у місті – 4,9% проти 3,4% в селі мають

недостатню масу тіла). Підвищення маси тіла відбулося в усіх вікових категоріях, причому найчастіше товстіли чоловіки й жінки у відносно молодому віці (чоловіки 20-39 років, жінки 20-49 років) та найстарші (чоловіки віком 70 і більше років). Недостатня маса тіла виявлена в кожній шостій дівчині віком 15-19 років і в кожній десятій двадцятилітній жінці. Недостатня маса тіла серед чоловіків відмічена лише в кожного десятого хлопця віком 15-19 років, а серед двадцятилітніх чоловіків є вона дуже рідкісним явищем. Молодші покоління дорослих поляків є щораз вищими. Це стосується як молодих чоловіків, так і жінок. Середньостатистична двадцятилітня жінка має 166 см росту й стала вищою на 4 см за свою матір і на 7 см за свою бабусю. Середньостатистичний двадцятилітній чоловік має 180 см росту і він вищий за свого батька на 5 см і на 10 см за свого дідуся (Główny Urząd Statystyczny, 2011).

У 2003-2005 роки у рамках програми ВОБАШ (WOBASZ – Всепольське дослідження стану здоров'я населення, проведене у багатьох центрах) Інститут кардіології у Варшаві у співробітництві з науково-дослідними центрами Гданська, Лодзі, Познані, Кракова та Катовиць провів перехресне дослідження випадкової вибірки популяції Польщі, у якому досліджено майже 15 000 осіб віком 18-74 роки. Оцінено дуже широкий діапазон чинників ризику, як класичних, так і тзв. нових, та захворюваність, спричинену захворюваннями системи кровообігу, діабету, гіпертонії, а також знання пацієнтів про профілактику захворювань системи кровообігу. Регіональну оцінку в Польщі проведено вперше. У проведеному дослідженні ВОБАШ виявлено значне посилення й на загал слабкий контроль класичних чинників ризику захворювань системи кровообігу в усій популяції Польщі. Оприлюднені результати досліджень показують пряму залежність між наявністю чинників ризику та стилем життя (Drugas, 2005). Дослідження показують, що паління тютюну в Польщі стає все менше популярним. За останніх кілька років відсоток тих, хто не палить, підвищився з 69% до 71%. Відсоток чоловіків, які щодня палять тютюн, суттєво зменшився з 34% до 31%, натомість серед жінок тільки непомітно, з 19% до 18%. Повну відмову від алкоголю декларують 25% опитаних. Розмір популяції осіб, які випивають алкоголь частіше ніж раз у тиждень, оцінюється на трохи понад 2,5 млн. осіб (2,1 млн. чоловіків і 0,5 млн. жінок (Główny Urząd Statystyczny, 2011).

У проведених у Польщі епідеміологічних дослідженнях, таких як: WHO CINDI, POL-MONICA, і таких програмах як: NATPOL I, II і III однозначно виявлено, що серед населення Польщі рівень знань про чинники ризику є абсолютно недостатнім (Zdrojewski, 2007).

За останніх 5 років покращилась суб'єктивна оцінка стану здоров'я поляків. Якщо в 2004 р. 39% населення Польщі оцінювали власне здоров'я нижче доброго рівня, то уже наприкінці 2009 р. такі погляди формулювали лише 34% поляків, тобто на 5 відсоткових пунктів менше. Попри те, що суб'єктивне покращення стану здоров'я стосувалося рівною мірою чоловіків і жінок, саме жінки значно частіше оцінювали власне здоров'я нижче доброго (37% жінок і 31% чоловіків). Покращення стану здоров'я відбулося серед населення як міст, так і сіл. Беручи до уваги досягнутий рівень освіти, можна відзначити, що особи з високим рівнем освіти оцінювали стан власного здоров'я краще, ніж особи з нижчим рівнем освіти. Попри значне підвищення рівня оцінки стану здоров'я дорослих поляків, слід наголосити на тому, що тільки 3/4 осіб віком 15 і більше років оцінювали власне здоров'я як дуже добре або добре, в той час коли в Нідерландах, Великобританії, Швеції, Греції такий стан здоров'я декларують більше ¾ досліджуваної популяції, а в Ірландії, Швейцарії та Ісландії – більше 80% дорослих мешканців. Гірший стан здоров'я ніж у поляків задекларували тільки дорослі жителі Литви, Латвії, Угорщини та Португалії (Główny Urząd Statystyczny, 2011). Необхідність впровадження запобіжних заходів є результатом того факту, що захворювання системи кровообігу постійно залишаються основною причиною смертей, в тому числі смертей у Польщі та Словаччині, а також в Україні.

З кожним десятиліттям наша молодь стає щораз більшою соматично й щораз слабкішою під оглядом моторики. Ця асиметрія між соматикою та моторикою розвитку поглиблюється з кожним десятиліттям, що нівечить структуру фізичної кондиції і становить загрозу позитивному здоров'ю молодих поляків на наступні десятиліття (Przewęda, 2003). Щораз більшу гіпокінезію серед дітей та молоді все частіше починає супроводити також і ожиріння, епідемію поширення якого спостерігаємо в цілому світі, у тому числі в Європі і в Польщі (Mazur, 2011). З'являються різні профілактичні програми, наприклад: Let's Move в США. Національна програма профілактики надмірної ваги й ожиріння та хронічних неінфекційних захворювань здійснюється шляхом харчування та фізичної активності або реалізована у рамках заходів WHO Move for Health кампанія «Постав серце на ноги». Кожна з тих програм, так як і вказівки Європейського Союзу (Європейська комісія з питань спорту та здоров'я, 2008) відносно фізичної активності, намагаються використати фізичну активність як засіб боротьби з цивілізаційними захворюваннями шляхом створення інструментів – провідників, які активізуватимуть суспільство, просуваючи відпочинкову активність та впливаючи на позитивну оцінку вартості фізичної активності (як, між іншим, посібник NEPS (Healthy Eating and Physical Activity in Schools), який має популяризувати в школах проблематику здорового харчування й фізичної активності (Boonen, 2009).

Атрибути фізичної підготовки разом з інформацією про фізичну активність, інші здоров'язберігаючі навички та статистичні дані про захворюваність і смертність мають стати джерелом знань, необхідних для подальшого усвідомлення взаємозв'язків між станом здоров'я і стилем життя. У визначеннях ВООЗ фізична підготовка становить суттєву складову здоров'я, разом з психічною і соціальною підготовками (а не лише станом відсутності захворювань чи недолугістю). Таке визначення фізичної підготовки має стати джерелом та передумовою повного життя, яке дає сатисфакцію, але само собою не становить мети життя. Невід'ємною частиною можливості отримати повне задоволення з виконуваної праці є добрий стан здоров'я. Уже сьогодні станом здоров'я у широкому розумінні та його примноженням цікавляться як майбутні роботодавці, так і самі працівники. У Польщі виникає необхідність збільшення тривалості професійного життя людей. У цей же час захворювання системи кровообігу постійно залишаються основною причиною лікарняної відсутності на роботі та смертей перед 65 роком життя, натомість витрати на лікування захворювань серцево-судинної системи є дуже обтяжливими для суспільств і урядів держав у всьому світі. Самі лише рухові досягнення та моторична підготовка є важливими з погляду заходів, що застосовуються в самообслуговуванні, виробництві, відпочинку та спорті; хоч вони можуть мати також і опосередковані імплікації для позитивного здоров'я, які важко піддавати оцінці. Як правило, враховуються і використовуються різні специфічні тестування: спритність, швидкість, час від реагування, баланс тіла, рухова координація. Такі тестування щораз частіше піддаються критиці, оскільки самі тести створюються без чітко визначеного основного правила. Мова йде, зокрема, про чітку декларацію: чи тестування має вимірювати матричну підготовку й досягнення M-FT (з англійської Motor-fitness performance), чи складові, пов'язані зі здоров'ям H-RF (з англійської Health- Related Fitness) (Osiński, 2010). На думку багатьох експертів, не слід відмовлятися від обов'язкових уроків фізичного виховання як форми участі молоді в фізичній культурі (стоп звільненням з уроків фізкультури), оскільки фізична підготовка становить вагомий чинник, який впливає на рівень витривалості, як складової концепції здоров'я. Пропонуються тестування фізичної підготовки в конвенції здоров'я за використанням тестів, що спираються на основні положення концепції Health Related Fitness (H-RF), привертаючи увагу до того, щоб результат тестування використати для оцінки наслідків педагогічної роботи (Mieczko, 2007, Mirek, 2008). Надзвичайно важливою є здатність розрізнати між тестами підготовки, які вимірюють різні аспекти здоров'я, і тестами, які вимірюють лише моторичні досягнення і рухову підготовку. Тести, створені під потреби оцінки моторичних досягнень (M-FP), і надалі використовуються при зівставленні підготовки молоді

різних країн і при моніторингу секулярних тенденцій. Деякі батареї тестів (нпр. Eurofit) було очевидно створено в рамках концепцій, які враховували як складові M-FP, так і H-RF (Osiński, 2010). Прийняття основних положень концепції H-RF суттєво впливає на істотні наслідки її діагностування. Фокус пересувається з загальноприйнятого дотепер у дослідженні фізичної підготовки вимірювання результатів у різних рухових тестуваннях на діагностування індикаторів здоров'я й повноти біологічних можливостей людини (англійською – Positive Health Velness). Розраховані на здоров'я тестування фізичної підготовки (H-RF) принципово мають вимірювати ті чинники, які допомагають індивіду повністю скористатися своїми можливостями (англійське - *wellnes*). Стан систем кровообігу і дихання та вимірювання складових тіла (зокрема ожиріння) загально вважаються ключовими для оцінки оптимального здоров'я (Mynarski, 2003).

Розроблену Інститутом Купера в 1982 році в США, в Даллас у Техасі, програму FitnessGram проктровано з метою підвищення в батьків рівня усвідомлення стану фізичної підготовки їх дітей. Програма дозволила уніфікувати звітність вчителів з отриманих оцінок. Установлені Інститутом Купера норми представляють рівень фізичної підготовки (Healthy Fitness Zone), який захищає від захворювань, котрі є результатом сидячого стилю життя (FitnessGram, 1982).

2.2. Нарис ситуації та стан заходів в Україні

Світова спільнота дедалі більше наголошує на необхідності забезпечувати право людини на збереження та зміцнення здоров'я. Проблеми загроз здоров'ю молоді не мають національних кордонів, але вони мають аналогічні причини і схожі негативні впливи на здоров'я. Прояв і сила наслідків цих впливів має певні особливості у різних регіонах та державах світу. Для країн ЄС характерна політика, орієнтована на збереження здоров'я та реалізацію програм, спрямованих на превентивну освіту та профілактику серед населення гіподинамії, надмірної ваги та шкідливих звичок (WHO, 2008).

Сприяння здоров'ю та здоровому способу життя (ЗСЖ) громадян визначене також законодавством України як один з основних напрямів державної політики охорони здоров'я і освіти, оскільки за роки незалежності в Україні спостерігається негативний процес змін у віковому складі населення, зменшення кількості молоді та швидке зростання відсотка громадян похилого віку. Сучасний аналіз перебігу демографічних процесів і даних про стан здоров'я населення України свідчить про те, що скорочення чисельності населення України на 12 % є *одне з найвищих у Європі* (World Bank, 2009). Серед основних причин такої ситуації визначають скорочення тривалості життя громадян. На сьогодні очікувана тривалість життя (*ОТЖ*) в Україні є набагато меншою, ніж в інших країнах Європи. Додатковим фактом, що посилює проблему, є те, що, порівняно з іншими європейськими країнами, українці не тільки вмирають у молодшому віці, але й проживають менше років повністю здоровими. Нещодавні дослідження свідчать, що стан здоров'я українців видається гіршим за нормальний стан упродовж майже 13% тривалості життя. Слід підкреслити, що в розвинених країнах спостерігається процес зменшення захворюваності, збільшення тривалості життя та скорочення кількості років, прожитих зі слабким здоров'ям. Прикладом можуть бути навіть країни колишнього соцтабору. Зокрема, у Словенії та Чехії цей показник становить 9%, а у Польщі – 8%. Показник тривалості життя з урахуванням здорового стану людини (*ТЖЗЛ*) менший від 60 років характерний лише для України та Росії (World Bank, 2009).

Водночас лише рівень тривалості життя, на думку фахівців, не може бути основою для порівняння, бо не дає точного уявлення про стан здоров'я молоді на час отримання даних та не відображає особливостей поведінки, що створюють як наслідок небезпеку для здоров'я. На нашу думку, цей показник швидше свідчить про стан здоров'я молоді в попередньому поколінні, оскільки часто лише

у зрілому віці наслідки деяких моделей поведінки, притаманних молоді, позначаються значною мірою на здоров'ї (Шиян О., 2010 а) .

За останнє десятиліття в Україні все частіше публікуються відомості про погіршення здоров'я школярів, відзначається збільшення кількості дітей, що мають хронічні та невротичні захворювання. Так, за різними підрахунками, від 15 до 25 % різноманітних погіршень здоров'я, так званих «шкільних» хвороб, виникають саме під час навчання у школі (М. Кулеба, 2004). За період навчання у школі кількість хронічних захворювань у дітей збільшується в 1,5–2 рази. Результати досліджень показують, що за останні роки тенденція до погіршення стану здоров'я учнів України набула сталого характеру. Спостерігається значне омоложення «хвороб похилого віку», зокрема онкозахворювань. Є випадки інсультів та інфарктів у дітей віком до 15 років (С. В. Страшко, 2006, С. 73). Значна тривалість навчальної діяльності призводить до скорочення рухової активності, прогулянок та сну. Це сприяє порушенню адаптаційних процесів у дітей, зумовлює підвищення захворюваності. Недостатня рухова активність разом із нераціональним харчуванням у дитинстві можуть стати причиною серйозних метаболічних і серцево-судинних порушень та сприятимуть незадовільному стану здоров'я у дорослому віці (М. К. Serdula, D. Ivery, R. J. Coates, 1993; Kvaavik E., 2003; S. L. Gortmaker, A. Must, J. M. Perrin Dietz [et al.], 2003; C. Boreham, P. J. Robson, A. M. Gallagher [et al], 2004).

Дійсно, вагомою передумовою зменшення впливу негативних чинників навчального процесу на здоров'я учнів є створення здоров'язбережливих освітнього середовища, в якому необхідно раціонально планувати навчальне навантаження на дитину; вміло поєднувати її рухову активність з розумовою діяльністю; формувати в учнів та їх батьків усвідомлення цінності здоров'я, культивувати ЗСЖ тощо. Поряд з тим, побудова стратегій, що визначають політику і програми з питань забезпечення здоров'я молоді як майбутнього країни, вимагає розуміння головних чинників ризику, що мають як короткостроковий, так і особливий довгостроковий вплив на усіх рівнях здоров'я (світовому, країни, індивідуальному) у сучасних умовах.

Аналіз багатьох причин передчасної смертності та захворюваності в Україні свідчить про їх кореляцію зі способом життя та факторами ризику в ньому, які можуть істотно змінюватися та яким можна запобігти. За даними статистики із Доповіді «Стан здоров'я у Європі, 2005 рік – заходи охорони здоров'я для поліпшення стану здоров'я дітей і дорослих», основний вплив на загальну ТЖСІ в Європі мають десять факторів ризику, питома вага яких у ТЖСІ в Україні становить (% від загалу): високий кров'яний тиск – 16,6; високий рівень холестерину – 14,4; тютюнопаління – 12,3; алкоголізм – 12,3; високий індекс маси тіла (ІМТ) – 9,0; низьке споживання фруктів і овочів – 8,0; брак фізичної активності – 5,6; наркоманія – 3,0; небезпечний секс – 1,6; задимленість приміщень від використання твердого палива – 1,1. Усі перераховані фактори ризику детерміновані способом життя (World Bank, 2010).

Найбільший рівень захворюваності в Україні викликають гіпертонія та високий рівень холестерину, які часто є наслідками впливу нижчих за рейтингом факторів. До таких факторів ризику, що впливають на захворювання, які пов'язані зі способом життя і мають довгострокову дію, належать поширення шкідливих звичок, нераціональне харчування, а також брак фізичної діяльності. Особливо гостро постає небезпека поширеності цих факторів у молодіжному середовищі України.

Поширення шкідливих звичок серед молоді України викликає значне занепокоєння дослідників. Рівень тютюнопаління в Україні є найвищим в усьому європейському регіоні ВООЗ, при цьому кількість осіб віком понад 15 років, які систематично палять, в Україні становить 62%. (Держкомстат України, 2008 рік). Здебільшого ця шкідлива звичка з'являється у молодому віці, що, своєю чергою, призводить до передчасної смерті. До поширених шкідливих звичок належить і вживання алкоголю в Україні. Щодо початку вживання алкоголю серед молоді України, то й тут дослідники відзначають серйозні проблеми: 15–35% юнаків і 5–25% дівчат уперше вживали алкогольні напої в 11 років або

раніше. Коефіцієнт смертності від пов'язаних із алкоголізмом причин в Україні дедалі зростає, в той час як країни Центральної Європи досягли значного прогресу у справі скорочення смертності, пов'язаної із алкоголізмом. Вживання наркотиків в Україні спричиняє в загальному ТЖСІ 3% втрат (утричі більше, ніж в інших європейських країнах). Обстеження, що було проведене серед школярів в усіх регіонах України, показало, що принаймні один раз наркотики вживали майже 10 % хлопчиків і 5 % дівчат восьмих класів. З віком цей відсоток зростає (О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Н. О. Рингач [та ін.], 2008 рік).

Нераціональне харчування. Неналежна дієта харчування та недостатня фізична активність становлять разом в Україні 37 % загального показника ТЖСІ. Відповідні втрати ТЖСІ в європейських країнах налічують: 18 % – у Словенії та Росії, 20% – у Польщі, 25% – у Чеській Республіці і 26% – в Угорщині. Споживання вузького асортименту продуктів або продуктів низької якості, недостатня обізнаність щодо властивостей, харчової і біологічної цінності продуктів харчування є однією з причин захворюваності населення.

У країнах Європейського союзу та СНД під час національних опитувань регулярно вивчають харчовий раціон та звички осіб різного віку, у тому числі дітей та молоді (J. Lamberta, C. Agostonia, I. Elmadfa [et al.], 2004; Elmadfa I., 2004). Зокрема, в Україні фруктів і овочів споживають набагато менше, ніж в ЄС (158,4/ 232,5 кг на душу населення за рік). Ця тенденція є характерною і для раціону молоді. Здебільшого нестача повсякденного вживання певних продуктів населенням країни пояснюється економічною ситуацією (висока ціна або дефіцит на ринку). Якщо стосовно фруктів у несезонний період це може бути поясненням, то обмеженість у раціоні української молоді відносно дешевших і доступніших овочів важко пояснити цим чинником. Сучасні тенденції зміни раціону пов'язані із зростанням темпу життя населення та розвитком сфери послуг. Зокрема, трудомісткість процесів кулінарної обробки овочів та пропозиції мережі «фаст-фудів» визначають як одну з вагомих комплексних причин. Особливо це стосується студентів, частина яких проживає не з батьками і часто обходиться «фаст-фудом», випічкою, солодощами тощо (О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін., 2008).

Одним із наслідків неналежної дієти за умов недостатньої рухової активності є надлишкова маса тіла. Саме високий індекс маси тіла є причиною понад 1 млн смертей щорічно у Європейському регіоні (Ezzati M., Lopez A. D., Rodgers A., Muntay C. J. L. eds., 2004). Ожиріння у дитячому віці є тим чинником, що зумовлює серцево-судинні захворювання і діабет, а, окрім того, є причиною погіршення психічного та соціального здоров'я, зокрема зниження самооцінки та шкільної успішності (J. Williams, M. Wake, K. Hesketh [et al.], 2005, Reilly J. J., 2005). Виявлено, що протягом останніх десятиліть у багатьох європейських країнах збільшилася кількість підлітків із індексом маси тіла, вищим за норму (Branca F., 2009). Поряд з тим, за результатами дослідження, проведеного науковцями Українського інституту соціологічних досліджень ім. О. Яременка (2007), відзначено, що близько 5-35% опитаних (залежно від віку і статі) хотіли б трохи схуднути при тому, що середні показники співвідношення маси тіла і зросту в усіх вікових групах дівчат і хлопців не перевищували норми. Некритичне прагнення до модних подумних стандартів може спричинити серйозні проблеми здоров'я – захворювання на анурексію/булімію (О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін., 2008).

Таким чином, окрім економічного чинника, що залишається для багатьох лімітованим, на перше місце виходить проблема браку знань і навичок щодо раціонального харчування серед української учнівської молоді. Роль освіти у формуванні культури харчування щоразу зростає. Попри це, і проблема забезпечення належного харчування у навчальних закладах України залишається нерозв'язаною (Шиян О., 2010 б) .

Низький рівень фізичної активності (гіподинамія) – характерна ознака сучасної цивілізації. Гіподинамія призводить до багатьох захворювань, зниження стійкості організму до інфекцій і психічного напруження, до падіння працездатності, прискорення процесу старіння. У зв'язку з цим розвиваються такі захворювання, як атеросклероз, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарду, цукровий діабет. В останні десятиліття було виявлено, що довготривалим наслідком та однією з головних причин передчасної смерті людей, особливо в розвинутих країнах, стали хвороби серцево-судинної системи. При цьому було точно встановлено: чим вищий рівень життя в країні, тим більше захворювань серця і судин. Відомо, що від рівня фізичної активності у дитинстві залежить композиція маси у тіла у дорослому віці та розвиток серцево-судинних захворювань (Must A., 2005).

Рівень фізичної активності визначають найвищим в Австрії, Англії, Ірландії, Литві і найнижчим у Бельгії, Франції, Італії і Португалії. Здебільшого хлопчики фізично активніші ніж дівчатка – в середньому 4,1 і 3,5 днів на тиждень, відповідно. Загалом молоді європейці є фізично активними протягом 1 години 3,8 днів на тиждень. У звичному розкладі дня значної частини молоді (від 10% шестикласників до 15% першокласників ПТУ) зовсім немає фізичних вправ або тренувань (О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін., 2007).

Сучасна економічна доцільність комп'ютеризації обертається небезпекою гіподинамії навіть для рухливих дітей та підлітків. За результатами багатьох досліджень, сучасні підлітки набагато більше часу перебувають за комп'ютером, аніж на спортивному майданчику. Таким чином, існує проблема незбалансованості фізичних і розумових навантажень у середовищі української учнівської молоді, що створює передумови для масового розвитку хронічних неінфекційних захворювань, які мають тривалий перебіг, обмежують можливість повноцінної життєдіяльності, звужують спектр вибору професії, призводять до залежності від ліків або медичних послуг, стають «надбанням» на все подальше доросле життя (О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін., 2007).

Моніторинги різного рівня (регіональні, національні, міжнародні тощо) регулярно проводять для оцінки ефективності діяльності та можливих перешкод у реалізації превентивних програм. Так, програми «Поведінка дітей шкільного віку щодо власного здоров'я» (HBSC), «Глобальне дослідження ВООЗ із вивчення статусу здоров'я школяра», «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» (ESPAD) – це міжнародні дослідження, які допомагають оцінити спосіб життя дітей віком 11–15 років, а саме – шкідливі звички, харчування, проведення вільного часу, фізичну активність тощо. Малодослідженими залишаються перелічені проблеми на Львівщині.

Попередньо представлені факти підтверджують соціологічні моніторингові дослідження щодо здоров'я та способу життя української молоді. Серед них:

- «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» – ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (1995, 1999, 2003, 2007...);

- «Здоров'я і поведінкові орієнтації учнівської молоді» – HBSC (Health Behavior in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study) (2002, 2006, 2010...). Опитування проводилися у 24 областях України, АР Крим, м. Києві та м. Севастополі. Національна вибіркова сукупність дає можливість аналізу за віком, статтю, типом поселення, регіоном, типом сім'ї, матеріальним станом тощо, але не передбачає аналізу на рівні області та навчального закладу;

- опитування учнів ПТНЗ та членів педагогічних колективів у рамках проекту «Профілактика ВІЛ/СНІД у Східній Європі» проведено на замовлення Німецького бюро технічного співробітництва (грудень 2009 – січень 2010) серед учнів 13 ПТНЗ у Вінницькій, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій областях та в м. Києві.

3. Система сучасного фізичного виховання у Польщі

Упродовж багатьох років посилювалась проблема невідповідності шкільного фізичного виховання зростаючим очікуванням учнів. Появилась велика кількість медичних звільнень з фізичного виховання, дуже часто необгрунтованих.

Така ситуація стала основною причиною аналізу наявного стану і започаткування ефективних дій з метою коригування організаційно-програмних недоліків у сфері шкільного фізичного виховання. Як свідчать проведені у багатьох європейських країнах дослідження, форми фізичної активності, які пропонують учням під час уроків і позаурочних занять, менш привабливі, ніж ті, що учні відвідують поза школою або дивляться по телевізору. Крім того, зміст уроку завжди вибирає учитель, а не учень. Не маючи вибору між різними формами рухової активності, учні відкидають шкільну програму, вважаючи її нудною. Якщо не враховувати у змісті фізичного виховання очікувань учнів, це не сприятиме позитивному мотивуванню їх до праці над власним фізичним розвитком і здоров'ям (Вархол, 2009).

Перетворення у системі освіти і виховання, розроблена концепція загальної освіти спричинили зміни у програмах фізичного виховання.

Таблиця 1.

Обсяг (год./тиждень) занять з фізичного виховання у 2005-2012 роках.

2005 – 2008 роки	2009- 2012 роки
Початкова школа, I-III класи – 3 год.	Початкова школа, I-III класи – 3 год.
Початкова школа, IV-VI класи – 4 год.	Початкова школа, IV-VI класи – 4 год.
Гімназія – 4 год.	Гімназія – 4 год.
Надгімназійні школи – 3 год.	Надгімназійні школи – 3 год. ⁵

У чинному державному стандарті освіти (*podstawa programowa*) вказано чого саме держава зобов'язується навчити учня середніх здібностей. У ньому детально описано результати навчання на кожному етапі освіти. Водночас школі надано велику автономію у питаннях збагачення і поглиблення змісту навчання, який би враховував потреби, можливості й інтереси учнів. Зміст навчання представлено у формі операційних програмних вимог, які є, водночас, стандартами екзаменаційних вимог.

⁵ Правові норми:

1. Ustawa o kulturze fizycznej z 1996 roku z kolejnymi nowelami,
2. Rozporządzenia MEN dotyczące ramowych planów nauczania

Організаційна модель фізичного виховання

Згідно із новим державним стандартом фізичне виховання може реалізуватись двома лініями, базуючись на «змішаній стратегії», яка поєднує «стратегію змушування» учнів зі «стратегією пропонування».

У положеннях державного стандарту учня трактують як співорганізатора процесу власного навчання. Для нього мають бути створені умови для самостійного і свідомого вибору, з використанням доступної спортивної бази школи й оточення, форм фізичної активності, пристосованих до його інтересів, потреб розвитку і психофізичних можливостей.

Заняття з фізичного виховання, починаючи з IV класу початкової школи і далі в гімназії та надгімназійній школі, можуть частково відбуватися у групах за інтересами, згідно з вибором учня. Це вимагає від шкіл розробки занять із різними формами рухової активності для кожної групи. Такі заняття можна проводити у змішаних групах (сформованих з різних відділень чи класів) під час уроків, а також в позаурочній чи позашкільній системі. На II і III етапах освіти запропоновано розподіл годин у форматі 2+2 (4 години на тиждень), тобто 2 обов'язкові години за класно-урочною системою і 2 обов'язкові години у групах на вибір, натомість на IV етапі освіти – 1+2 (3 години на тиждень), тобто 1 обов'язкова година за класно-урочною системою і 2 обов'язкові години у групах на вибір (Черска, 2011).

Заняття в класно-урочній системі

Заняття в класно-урочній системі призначені для реалізації детальних вимог, описаних у державному стандарті освіти. Ці вимоги окреслюють тільки обов'язковий мінімум, якого мусить досягти кожен учень. Після досягнення учнями вказаних вимог учитель має змогу розширити зміст навчання залежно від потреб, психомоторних здібностей та інтересів учнів, а також навчальної бази школи. Вимоги до учнів, описані у державному стандарті, повністю спрямовані на підготовку їх до самостійної позитивної фізичної активності у середовищі ровесників і сім'ї, а також на захист і поліпшення здоров'я.

З метою дотримання повної цілісності і безперервності навчання на окремих етапах освіти, ці вимоги систематизовано і поділено на конкретні тематичні блоки.

Розробляючи розподіл годин на реалізацію програмних вимог на окремих етапах освіти (навчальні плани), треба врахувати таку кількість виділених на цю мету годин:

5. На I етапі освіти – 3 год. на тиждень, сумарно 290 годин (96-97 год. на рік – плани досягнень *planu wynikowe*).

6. На II етапі освіти – 2 год. на тиждень, сумарно 193 години (64-65 год. на рік – плани досягнень). Решту 2 год. на тиждень (сумарно 192 години на етапі, тобто 64 год. на рік) призначені для проведення занять на вибір.

7. На III етапі освіти – 2 год. на тиждень, сумарно 193 години (64-65 год. на рік – плани досягнень). Решту 2 год. на тиждень (сумарно 192 години на етапі, тобто 64 год. на рік) призначені для проведення занять на вибір, у тому числі один семестр (майже 32 год.) для реалізації валеологічної освіти.

8. На IV етапі освіти – 1 год. на тиждень, сумарно 98 годин (32-33 год. на рік – плани досягнень). Решту 2 год. на тиждень (сумарно 192 години на етапі, тобто 64 год. на рік) призначені для проведення занять на вибір, у тому числі один семестр (майже 32 год.) для реалізації валеологічної освіти (MEN, 2008).

Заняття на вибір учня

Згідно з новою концепцією фізичного виховання, перед кожною школою стоїть завдання підготувати власний перелік занять на вибір учня. Головна мета занять на вибір учня – задоволення очікувань учнів стосовно шкільного фізичного виховання через поглиблення знань і розвиток навичок у сферах, якими вони особливо зацікавлені, і які для них доступні з огляду на рівень фізичного розвитку і працездатності організму. Серед детальних цілей варто зазначити:

- ◆ зазначення рекреаційних та оздоровчих переваг різних форм рухової активності,
- ◆ надання можливості самостійного вибору і відповідальності за нього,
- ◆ вибір учнями з низькими і пересічними показниками фізичного розвитку спорту «всього життя», а також розвиток спортивної майстерності в учнів, що мають особливі здібності і схильності до занять конкретною спортивною дисципліною,
- ◆ залучення учнів до співучасті в організації навчального процесу і до співпраці із середовищем ровесників та сім'ї в поширенні здорового способу життя,
- ◆ демонстрація досягнень учня – створення ситуацій, які приносять радість і задоволення від фізичної активності.

Державний стандарт допускає можливість організації занять на вибір в рамках таких профілів:

Спортивний – призначений головним чином для здібних у фізичному плані учнів, щоб надати їм змогу займатись обраним видом спорту.

Рекреаційно-оздоровчий – призначений для всіх охочих учнів, щоб спонукати їх до систематичної фізичної активності і вибору спорту «всього життя».

Танцювальний – призначений для всіх охочих учнів, зацікавлених танцями.

Туристичний – призначений для всіх охочих учнів, щоб розвинути їх туристично-краєзнавчі інтереси й активізувати до здобування відзнак з кваліфікованого туризму.

У заняттях кожного профілю треба багато зусиль докласти на виконання завдань, пов'язаних з самоконтролем, самооцінкою і самостійною організацією форм фізичної активності. Незважаючи на те, що детальні вимоги державного стандарту стосуються тільки занять у класно-урочній системі, цілі і зміст занять на вибір мають тісно корелюватися з ними і розширюватися залежно від схильностей учнів.

Новий державний стандарт й освітні вимоги з фізичного виховання

Державний стандарт з фізичного виховання можна описати як обов'язковий комплекс цілей і завдань, змісту навчання, детальних вимог і досягнень учня щодо його установок, знань, умінь і навичок у сфері психофізичного розвитку на даному рівні освіти. Ключова зміна пов'язана з відмовою від спроби описати процес освіти з фізичного виховання і перенесенням цього акценту на окреслення і визначення її результатів. Це призводить до виникнення у фізичному вихованні певного спільного цивілізаційно-освітнього стандарту, пов'язаного з цінностями і діяльністю у сфері фізичної культури, які мають враховувати автори усіх нових програм з фізичного виховання. Згаданий освітній стандарт записаний, за аналогією до інших напрямів освіти, у формі детальних вимог, згрупованих у сім тематичних блоків (Цендровські, Черска, Войнаровська, 2009). Детальні вимоги є, водночас, описом базового змісту навчання і фізичного виховання.

Напрями освітньої активності учителя й учня:

- діагноз фізичного розвитку й активності,
- оздоровче тренування,
- спорт усього життя і відпочинок,
- безпечна фізична активність і відпочинок,
- спорт (стосується II, III і IV етапів освіти)

- танець (стосується II і III етапів освіти)
- валеологія (стосується III і IV етапів освіти)

Перелічені вище тематичні блоки повторюються на чергових етапах освіти, однак наведені в них детальні вимоги охоплюють ширший діапазон знань, умінь, підготовленості чи навичок учнів.

I освітній етап, I-III класи початкової школи – ранньошкільна освіта

Основна ціль і завдання фізичного виховання на цьому рівні освіти – формування всебічної фізичної підготовленості учня і розвиток базових навичок у сфері валеології. Заняття з фізичного виховання проводить учитель ранньошкільної освіти або учитель фізичного виховання. Тижневий обсяг годин фізичного виховання не може бути меншим чотирьох 45-хвилинних уроків. Заняття з фізичного виховання у I-III класах слід проводити, базуючись на інфраструктурі дошкільної фізичної культури (Вархол, Цинарські Я., 2011).

II освітній етап – IV-VI класи початкової школи

Цілі фізичного виховання у IV-VI класах початкової школи спрямовані в основному на участь учня у фізичній активності, яка впливає на його здоров'я, відпочинок і спортивну діяльність, застосування принципів безпеки під час рухових занять, ознайомлення з власним фізичним розвитком і фізичною підготовленістю, а також демонстрацію поведінки, що сприяє здоров'ю. Досягнення таким чином сформульованих цілей буде можливим через реалізацію наведеного нижче змісту навчання (Вархол, Цинарські Я., 2011).

Зміст навчання – детальні вимоги

1. Діагноз фізичної підготовленості і фізичного розвитку. Учень:
2. Оздоровче тренування. Учень:
3. Спорт усього життя і відпочинок. Учень:
4. Безпечна фізична активність й особиста гігієна. Учень:
5. Спорт. Учень:
6. Танець. Учень: [MEN 2009].

III освітній етап – гімназія

Уроки фізичного виховання у гімназіях проводяться в обсязі чотирьох обов'язкових годин на тиждень. Тут можна використовувати змішану стратегію, тобто дві години в класно-урочній системі і дві години у формі факультативів, які реалізуються аналогічно як у IV-VI класах початкової школи. Новизною на рівні гімназії є включення до державного стандарту з фізичного виховання тематики зі сфери валеології.

З аналізу змісту навчання, передбаченого державним стандартом, впливає, що фізичне виховання у гімназії має більше орієнтуватися в напрямку самоосвіти. Учень не тільки бере пасивну участь у процесі фізичного виховання чи підпадає під певні навчально-виховні процеси, а, перш за все, сам розробляє деяку діяльність, бере участь у формуванні наступних етапів освіти з фізичного виховання, усвідомлює вибір певного змісту навчання (наприклад, виду факультативних занять), а також бачить істотні зв'язки і залежності між фізичною підготовленістю, активністю і здоров'ям людини (Вархол, Цинарські, 2011).

IV освітній етап – надгімназійні школи

Фізичне виховання на цьому рівні освіти реалізується в обсязі 3 обов'язкових методичних одиниць на тиждень. Тут також можна застосовувати згадану вище змішану стратегію, тобто одна година занять проводиться у класно-урочній системі, а дві інші як факультативні заняття. Це завжди обов'язкові заняття для всіх учнів, а їх факультативний характер полягає тільки у виборі форми, виду і змісту занять. Новизною фізичного виховання на цьому рівні освіти є включення до державного стандарту обов'язкової тематики з валеології (Вархол, 2013).

Комплекс запропонованої тематики навчання з фізичного виховання у надгімназійних школах ще більшою мірою враховує постулати самоосвіти, гуманізації і перспективного бачення. Цей етап освіти є, в певному сенсі, фінальною ланкою процесу підготовки учня до піклування про своє здоров'я, фізичну підготовленість та активність упродовж всього життя. Тому усвідомлення важливості цілей і завдань фізичного виховання на цьому рівні навчання, а також його освітніх функцій, функцій розвитку та оздоровлення, і здійснення відповідної діяльності – це засадничі сфери педагогічної діяльності кожного учителя фізичного виховання (Вархол, Цинарські, 2011).

3.1. Учитель фізичного виховання в ролі викладача валеології в польській школі внаслідок реформи навчальних програм загальної освіти

У 2008 році в Польщі була проведена реформа навчальних програм загальної освіти (Розпорядження Міністра Національної Освіти від 23 грудня 2008 року). Як результат, вчителі фізичного виховання, особливо гімназійних та надгімназійних навчальних закладів, а саме III і IV етапу освіти, зіткнулися з новим обов'язком, яким є проведення занять із валеології.

Сучасна валеологічна освіта має міждисциплінарний характер, тому що ґрунтується на медичних, педагогічних і суспільних науках. Її суттєвими особливостями є: холистичний підхід до здоров'я і чинників, які впливають на нього, прагнення до цілісної інформації, отриманої з різних джерел, вірогідність взірців, використання формальних і неформальних обставин виховання, створення можливостей для ведення здорового способу життя та активна участь учнів у плануванні та реалізації освіти про здоров'я. Передбачається, що валеологічна освіта – це дидактично-виховний процес, у якому діти і молодь навчаються жити так, щоб зберегти і покращити власне здоров'я та здоров'я інших людей, а також створити середовище, сприятливе для здоров'я, а у випадку захворювання чи інвалідності активно брати участь у їх лікуванні, давати собі раду і зменшувати негативні наслідки (Войнаровска 2010, 2012а).

У польській школі нема окремого предмета, в рамках якого реалізовувалися б питання чи теми, що стосуються широкого поняття здоров'я. Започатковані у дев'яностих роках ХХ століття зміни у системі освіти вперше в історії польського навчання впровадили освіту про здоров'я до базової програми системи загальної освіти у вигляді міжпредметної освітньої програми. З 1999 року ця програма була формою навчання в гімназії і початковій школі. У 2002 році унаслідок чергової модифікації базової програми вона також дочекалася реалізації у всіх типах шкіл під назвою «профілактична освіта у сфері здоров'я». Однак для неї не було визначено конкретного місця і кількості годин. У розпочатих у 2007 році роботах над загальною освітою було закладено ліквідацію освітніх програм, у тому числі і освіти про здоров'я, визнаючи, що її тематика буде реалізована в рамках таких предметів, як біологія та фізичне виховання, однак без збереження в основі її назви. Таке положення означало регрес стосовно поточної ситуації. І лише наступна реформа програм у 2008 році, успішно впроваджуючи з 2009/2010 навчального року в школах нову базову програму, вписала освіту про здоров'я до обов'язкових завдань школи, а фізичне виховання було визнане ведучим предметом у цьому питанні (Войнаровска 2008).

Учитель фізичного виховання у ролі промоутера здоров'я

Нова базова програма суттєво змінила модель фізичного виховання, яка функціонувала до того часу в польській школі. Однаковою мірою зміст і вимоги, які поставила перед учителем фізичного виховання нова базова програма, зобов'язують його до зміни свого сприйняття і ставлення на сучасному уроці фізичного виховання із занять, орієнтованих на спорт, на заняття, орієнтовані на здоров'я.

Сьогодні учитель фізичного виховання розглядається як промоутер здоров'я, тобто особа, яка буде навчати та впливати на своїх вихованців у такий спосіб, щоб вони визнали здоров'я найвищою, іманентною цінністю і відчували свою відповідальність за нього. Завдяки здобутим у період шкільного навчання знанням та навичкам, а також сформованому відповідному ставленню до здоров'я, вони повинні і надалі прагнути зберегти здоров'я у час, коли залишать стіни школи. Сьогодні, в добу швидкого розвитку цивілізації і пов'язаним із нею процесом механізації і автоматизації, функції фізичної культури набувають особливого значення, стаючи інструментом, засобом протидії зростаючій гіпокінезії, проблемам надмірної ваги, цукровому діабету 2 типу та метаболічному синдрому і серцево-судинним захворюванням. Тому новий базовий навчальний план також пов'язаний із турботою про охорону здоров'я польського суспільства. Передбачається, що впровадження нового базового навчального плану в польських школах фактично сприятиме популяризації знань про здоров'я серед дітей та молоді, що в довгостроковій перспективі дасть шанс на покращення здоров'я поляків (Жолинські 2011, Форум Публічних Дебатів 2013).

Призначення нової ролі вчителя ФВ, відповідно до припущень авторів базової програми, повинно було вплинути також на зростання особистого, професійного та суспільного престижу вчителів цього предмета, а також сприяти піднесенню рангу фізичного виховання в школі. Як пише Папернік (2011) тривожним сигналом, який свідчить про низьку позицію фізичного виховання і слабкість цього предмета, є величезна кількість звільнень учнів від відвідування занять. Тяжко також не погодитися із твердженням автора, що вагомий внесок у шкалу цього явища мають, на жаль, самі вчителі фізичного виховання. Незалежно від гучних заяв, на усіх рівнях функціонування нашої країни спостерігається досить поширена зневага до цього предмета і сфери діяльності. Більше того, про неефективність сучасної форми фізичного виховання свідчать мала фізична активність дорослої частини суспільства, а також і загальна відсутність поведінки, яка сприяє підтриманню здоров'я, як у молоді, так і у дорослих. А одне з інших тісно взаємопов'язане, можна сказати, що фізична активність стоїть на варті інших форм поведінки. Регулярна фізична активність – це ключовий компонент здорового способу життя, який безпосередньо чи опосередковано модифікує і інтегрує такі елементи цього способу, як наприклад, спосіб харчування, вживання стимулюючих речовин, форму проведення вільного часу чи реагування на стрес (Драбик та інші, 2009). В умовах цивілізаційних хвороб, що наростають, здоровий спосіб життя – це сучасна першочергова профілактика. Треба пам'ятати, що освіта, у тому числі освіта про здоров'я, є одним зі співтворців способу життя, і її поширення та серйозне трактування є суттєвим стратегічним елементом для охорони громадського здоров'я. Як справедливо зазначає Вішневська-Слівінська та ін. (2010), згідно із новою пропозицією шкільну освіту здоров'я не можна розглядати у ролі додаткового елементу фізичного виховання. Адже, як влучно зауважила Островська (2010), неможливо проводити заняття фізичного виховання без необхідної передачі знань про здоров'я.

Рекомендації щодо впровадження валеологічної освіти в рамках фізичного виховання

Керівні принципи щодо проведення занять з блоку «Освіта про здоров'я» на III та IV етапах освіти закладені у «Базовій програмі з коментарями: Фізичне виховання і освіта для безпеки, том 8» (Міністерство Освіти, 2009), а також в численних публікаціях Б. Войнаровської, зокрема виданих Осередком Розвитку Освіти і одночасно доступних в електронному вигляді на інтернет-сторінці за адресою: www.ore.edu.pl (Войнаровська 2012b, 2012c). У них описано тематичні групи і детальні вимоги

до учнів, оптимальну кількість годин, форми і методи роботи, спосіб оцінювання учнів, а також дуже важливі в освіті про здоров'я діагностику та оцінювання. Серед п'яти тематичних груп, рекомендованих до реалізації, були зазначені: 1. «фізична активність, праця і відпочинок, харчування»; 2. «фізичний розвиток у період статевого дозрівання у підлітковому віці»; 3. «турбота про тіло, безпека, профілактика захворювань»; 4. «здоров'я і турбота про здоров'я»; 5. «психосоціальне здоров'я, життєві навички». Вищезазначені тематичні групи є ідентично сформульовані для гімназій та надгімназійних шкіл, але відрізняються в сфері детальних вимог на конкретних етапах освіти. Особливі вимоги, окрім соматичних проблем, пов'язаних із гігієною тіла, фізичною активністю і харчуванням, також стосуються проблем суспільного здоров'я і промоції здоров'я. У новій базовій програмі обсяг тематичної валеологічної освіти суттєво розширено питаннями психосоціального здоров'я. Важливим і одночасно новим завданням, яке стоїть перед учителям ФВ, є формування в учнів так званих життєво-важливих навичок (англ. life skills), визначених ВООЗ як «вміння, які дають можливість людині позитивно адаптуватися та дозволяють ефективно давати собі раду із завданнями і викликами щоденного життя». Вони представлені в трьох основних групах: 1. «міжособистісні навички», 2. «прийняття рішення і критичне мислення», 3. «управління собою». Формування вищезгаданих навичок і їх розвиток є дуже важливими у підлітковому віці, коли вплив групи ровесників має величезне значення, а зроблений вибір навряд чи сприяє охороні здоров'я. Тому на заняттях з валеології, особливо на III та IV навчальних рівнях, учителі фізичного виховання повинні скерувати свою увагу на формування та удосконалення цих навичок в учнів.

Окрім нових завдань та змісту, змінам піддалися також умови та методи роботи вчителів. Опрацьовані нові принципи в сфері методики проведення занять з блоку «освіта про здоров'я» в рамках фізичного виховання ставлять головний наголос на використання активних методик і проведення занять у лекційних аудиторіях, а не в гімнастичних залах. Згідно із рекомендаціями, розміщеними у коментарях до базової програми, пропонуються два варіанти форми організації занять з блоку «освіта про здоров'я». Так, оптимальний варіант передбачає заняття в безперервному циклі в період одного семестру (найкраще першому), щонайменше 30 годин протягом трьох років навчання в гімназії і трьох років в надгімназійній школі, виділяючи на окремі заняття 1 або 2 лекційні години. Альтернативний варіант допускає проведення занять в термін коротший, ніж один семестр, виділяючи одноразово на цей блок 2-3 лекційні години. Неправильним вважається розподіл занять у часі з довгими проміжками та обговорення питань лише в тракті вибраних частин курсу лекцій, призначених на рухові заняття (Міністерство Освіти 2009, Войнаровська 2012а). Важливим елементом ефективності нових програм, у тому числі і валеологічної освіти, є методи роботи. У випадку занять, які стосуються здоров'я, рекомендується використання різноманітних методик і активних технік. Вони заохочують до самостійного мислення, подолання несміливості, викликають в учнів креативність, вчать співпраці у групі і відповідальності за результати діяльності як власної, так і групи. Активне навчання сприяє засвоєнню нових знань і більш залучає учнів до процесу навчання. (Хажинська-Гула 2012, Войнаровська 2012а, 2012б, 2102с). Кількість учнів на заняттях, які проводяться цими методами, не повинна бути більшою, ніж 20 осіб, а приміщення повинно мати можливість зміни розташування столів та крісел та переміщення учнів. Пропонується, щоб учні були повернуті до себе обличчями, а столи чи місця для сидіння були поставлені у вигляді букви «О», «П» або «V».

Учні повинні брати активну участь у плануванні, проведенні та оцінці занять. Тому наступним важливим елементом валеологічної освіти є пристосування її змісту і вимог до потреб учнів на основі проведеної діагностики. Вона повинна бути першим етапом планування занять. Останньою складовою, яка завершує заняття з цього блоку, повинна бути оцінка. Отримання зворотної інформації від учнів має

бути використане учителем для аналізу і оцінки ефективності занять та планування наступних, беручи до уваги, наприклад, зауважені підопічними незначні модифікації.

Оцінка з валеології як складова оцінки з фізичного виховання

Немає жодних сумнівів, що оскільки блок «освіта про здоров'я» був включений до базової програми фізичного виховання, то оцінка з цього питання повинна бути складовою кінцевої, і в той же час цілісної оцінки, з предмета «фізичне виховання». Результати звіту Найвищої Палати Контролю (2013) показують, що у більшості гімназійних шкіл оцінку з фізичного виховання учителі надалі виставляють відповідно до фізичних навичок учнів (спортивних і рекреаційних), оминаючи досягнення учнів у інших тематичних питаннях, в тому числі, зокрема, і з освіти про здоров'я.

Беручи до уваги особливості валеологічної освіти, для оцінювання досягнень учнів потрібно зважати на присутність та активність учнів на заняттях та їх готовність до виконання індивідуальних чи групових завдань. Більше того, за допомогою опитування й анкет потрібно проводити самооцінку учнів, яка стосується розвитку їх особистих та суспільних навичок та зміни у ставленні і поведінці. Як описує Вольни (2014) у своїй роботі, в якій розміщені приклади карт самооцінки, учень міг би протягом шкільного року проводити самооцінку знань, навичок і ставлення за шкалою від 1 до 6, де 1 – це найнижча оцінка, а 6 – найвища. Перша оцінка була б проведена на початку шкільного року, наприклад, кінець вересня, а наступна в кінці шкільного року. Порівняння результатів обох оцінок дозволило б учню спостерігати розвиток в окремих областях здоров'я, а також показало б його сильні та слабкі сторони.

Наступною важливою частиною оцінки із валеології є оцінка ровесниками у випадку виконання групових проектів і робіт, а також оцінка учителем роботи учня у випадку особливих завдань, домашньої роботи, проектів, портфолію та інших результатів активності учня. Слід пам'ятати, що критерії оцінки із валеології повинні бути узгодженими. Тому опрацювання критеріїв оцінки повинно здійснюватися усіма вчителями фізичного виховання у школі. Учитель, знайомлячи учнів з критеріями оцінки, повинен вказати конкретно, на що він звертатиме увагу, що буде оцінювати, підкреслюючи одночасно три сфери оцінки із валеології, такі як знання, навички і ставлення. Оцінка із валеології повинна враховувати зацікавленість учня, надихати його до роботи, заохочувати проявляти турботу про особисте і суспільне здоров'я – бути оцінкою, яка підтримує учня (Войнаровска 2012а, Вольни 2014).

Підсумок

Серед бібліографічних позицій щоразу частіше з'являються такі, тематика яких вказує на новий статус валеологічної освіти в польській школі і нову роль учителя фізичного виховання, і які представляють найновіші дослідження з цієї сфери (Вішневська-Славінська та ін. 2010, Соколовська 2011, Новак 2011, 2012, Богущ та ін. 2013, Хажинська-Гула та ін. 2013, Кубінська 2010, 2013, Войнаровска 2009, 2013, Задарко-Домарадзка та ін. 2014, Войнаровска та ін. 2012, 2014). Не бракує також публікацій, у яких ставляться питання формування майбутніх учителів фізичного виховання і підходів до валеологічної освіти тих, хто в теперішній момент навчається на такому напрямку (Гук-Велічук та ін. 2009, Ковальська 2010, Врона-Вольни та ін. 2011, Возняк-Голецка та ін. 2013).

Успіх реформ у сфері валеологічної освіти значною мірою залежить від учителя фізичного виховання, його знань, навичок і позитивного ставлення до змін, які впроваджуються (Вішневська-Слівінська та ін. 2010). На жаль, після реформи програми статус валеологічної освіти в шкільній практиці не досягнув очікуваної зміни, залишаючись для більшості директорів і вчителів фізичного виховання польських шкіл лише записом на сторінках нової базової програми загальної освіти. Аналіз досліджень літератури з цього питання показує, що вчителі не сприймають освіту про здоров'я як

інтегральну частину фізичного виховання і не дотримуються рекомендацій, які стосуються способу реалізації освіти про здоров'я. Складається враження, що надалі у фізичному вихованні існує перевага мети, орієнтованої на спорт, над метою, орієнтованою на здоровий спосіб життя, і трактування здоров'я з біомедичного, а не холістичного погляду. Більше того, без властивого нагляду і перевірки діяльності учителів, які навчають фізичного виховання, реформи не матимуть відповідного відображення у практиці.

4. Фізичне виховання і шкільний спорт у системі загальної середньої освіти України

Сьогодення характеризується чіткою тенденцією інтеграції більшості освітніх систем, у загальноосвітній європейській простір. Не винятком стало реформування системи освіти в Україні, що торкнулося і предмета «Фізична культура», який є органічною частиною навчально-виховного процесу в школі та служить всебічному розвитку школярів, зміцненню здоров'я і розвитку їх фізичних та духовних якостей (Shuyan O. 2005) . Як наслідок, в Україні розроблена нова навчальна програма для учнів 1-4 класів та учнів 5-11 класів, яка базується на теоретичних та практичних надбаннях вітчизняних фахівців та досвіді провідних Європейських країн у галузі фізичного виховання [Круцевич Т.Ю та ін., 2012; Фізична культура в школі,2011).

Так, в Україні навчальна дисципліна «Фізична культура» викладається у загальноосвітніх навчальних закладах як окремий предмет. Основна мета предмета «Фізична культура» – набуття учнями досвіду діяльності: навчально-пізнавальної, практичної, соціальної; формування в учнів стійкої мотивації і потреби у збереженні й зміцненні свого здоров'я, фізичного розвитку та фізичної підготовленості, комплексного розвитку природних здібностей та моральних якостей; використання засобів фізичного виховання в організації здорового способу життя (ЗСЖ).

Мета предмета «Фізична культура» реалізується шляхом застосування комплексного підходу до вирішення навчальних, оздоровчих і виховних завдань:

- розширення рухового досвіду, вдосконалення навичок життєво необхідних рухових дій, використання їх у повсякденній та ігровій діяльності;
- розширення функціональних можливостей систем організму шляхом цілеспрямованого розвитку основних фізичних якостей і природних здібностей;
- збереження та зміцнення здоров'я школярів;
- формування загальних уявлень про:
 - фізичну культуру, її значення в житті людини, збереження та зміцнення здоров'я, фізичного розвитку;
 - історію та сьогодення Олімпійських ігор та олімпійського руху;
- забезпечення оптимального для кожного учня рівня фізичної підготовленості;
- формування інтересу до використання фізичних вправ як одного з головних чинників здорового способу життя;
- формування практичних навичок щодо самостійних занять фізичними вправами та проведення активного відпочинку;
- реалізація комунікативної функції фізичного виховання;
- формування морально-вольових якостей та позитивного ставлення до навколишньої дійсності.

Типовими навчальними планами для загальноосвітніх навчальних закладів на вивчення предмета «Фізична культура» в інваріантній складовій передбачено (Типові навчальні плани для загальноосвітніх навчальних закладів,2009.):

- у 1 класі – 3 години на тиждень;
- у 2-4 класах - 3 години на тиждень;
- у 5-7 класах – 2,5 години на тиждень (у загальноосвітніх навчальних закладах з українською мовою навчання, з вивченням російської чи іншої мови національних меншин та в загальноосвітніх

навчальних закладах з українською мовою навчання, з вивченням двох іноземних мов – 2 год.);

- у 8-9 класах – 3 години на тиждень ;

- у 10-11 класах – 2 години на тиждень;

- у 10-11 класах спортивного та військово-спортивного профілів – 5 годин на тиждень.

Учні шкіл України перед навчальним роком повинні обов'язково пройти поглиблений медичний огляд. За його результатами їх тимчасово поділяють на медичні групи для занять фізичною культурою: основна, підготовча та спеціальна. До основної медичної групи належать школярі без відхилень у стані здоров'я або з незначними відхиленнями, але з достатньою фізичною підготовленістю. Підготовчу медичну групу складають учні, які мають незначні відхилення у фізичному розвитку і стані здоров'я та недостатньо фізично підготовлені. До спеціальної медичної групи належать діти зі значними відхиленнями в стані здоров'я, яким протипоказані значні фізичні навантаження. З учнями спеціальної групи проводять заняття за спеціальною програмою.

В Україні затверджена нова навчальна програма предмета «Фізична культура» для молодшої школи (2011), у якій рухова активність має загальнорозвивальну спрямованість (Круцевич Т.Ю та ін., 2012). Зміст програми спрямований на формування в учнів ключових компетентностей: **соціальних, мотиваційних, функціональних**. У ній не подається точна кількість годин на вивчення тих чи інших розділів. Враховуючи рівень фізичної підготовленості учнів, їх інтереси та здібності, стан матеріально-спортивної бази навчального закладу, кліматичні умови, вчитель самостійно виділяє певну кількість годин на вивчення складових.

Орієнтовна сітка розподілу програмового матеріалу в навчальних годинах для уроків фізичної культури

Розділи і теми	Кількість годин			
	класи			
	1	2	3	4
I. Теоретико-методична підготовка	3	3	3	3
II. Способи фізкультурної діяльності:				
10. Школа культури рухів з елементами гімнастики	17	17	17	17
11. Школа пересувань	26	25	24	24
12. Школа м'яча	12	14	16	17
13. Школа стрибків	8	8	8	8
14. Школа активного відпочинку (рекреації)	17	16	15	10
15. Школа сприяння розвитку фізичних якостей	У змісті відповідних розділів програми На всіх уроках			
16. Школа постави				
17. Визначення динаміки змін показників розвитку фізичних якостей				
18. Резервний час	2	2	2	6
	20	20	20	20
Всього:	105	105	105	105

Зважаючи на регіональні особливості й умови навчання на місцях, в реалізацію змісту базової програми допускається внесення змін і доповнень обсягом не більше 20–30% від загальної кількості годин.

У 5-11 класах шкіл України нова навчальна програма з фізичної культури впроваджена з 2009/10 навчального року (Фізична культура в школі, 2011). Слід зазначити, що в школах період навчання у 5 – 11 класах відповідає таким віковим межам: 5 клас – 10 років, 6 клас – 11 років, 7 клас – 12 років, 8 клас – 13 років, 9 клас – 14 років, 10 клас – 15 років, 11 клас – 16 років. Нова навчальна програма з ФК в Україні побудована за модульною системою.

Вона складається з:

- двох інваріантних, або обов'язкових модулів: теоретико-методичні знання та загальна фізична підготовка

- і декількох варіативних модулів: легка атлетика, гімнастика, плавання, футбол, баскетбол, гандбол, туризм, аеробіка, бадмінтон тощо.

Теоретико-методичні знання включають в себе 4 блоки, які повинні засвоїти учні: знання, пов'язані зі здоровим способом життям, знання організаційно-методичного характеру, з основ самоконтролю, а також питання з олімпійської освіти. Практично кожен вид спорту може бути представлений у вигляді варіативного модуля. Фахівці фізичної культури можуть розробляти свої варіативні модулі до цієї програми. Програми варіативних модулів мають пройти експертизу у Міністерстві освіти і науки України. Отже, кількість варіативних модулів з часом має зростати.

Змістове наповнення предмета «Фізична культура» навчальний заклад формує самостійно з варіативних модулів. При цьому обов'язковим є включення засобів теоретичної і загальної фізичної підготовки, передбачених програмою для даного класу до кожного варіативного модуля. У 5–6 класах учні мають опанувати 4–6 варіативних модулів, у 7–8 класах — 3–5, у 9 класі — 3–4 модулі, у 10 – 11 класі – 2-3 варіативних модулі. На опанування всіх модулів відводиться приблизно однакова кількість годин. Однак нова навчальна програма з фізичної культури в Україні не виключає можливість мотивованого збільшення чи зменшення кількості годин на вивчення окремих модулів.

Перед початком навчального року протоколом шкільного методичного об'єднання затверджується план-графік розподілу варіативних модулів вивчення фізичної культури у кожному класі. У плані-графіку зазначаються варіативні модулі, які опановуватимуть учні, рік їх вивчення та кількість відведених на вивчення годин. Критеріями відбору варіативних модулів є: наявність матеріально-технічної бази, регіональні спортивні традиції, кадрове забезпечення та бажання учнів. Бажання учнів визначається обов'язковим письмовим опитуванням наприкінці навчального року. Результати опитування додаються до протоколу шкільного методичного об'єднання.

Варіативні модулі протягом навчання у різних класах можуть змінюватися. У разі освоєння двох варіативних модулів протягом одного навчального року та у випадку, коли вивчення модуля розпочинається не з 5-го класу, учитель повинен скоригувати змістове наповнення варіативного модуля та нормативи оцінювання.

Основною формою організації навчально-виховного процесу з фізичної культури в загальноосвітньому навчальному закладі є урок. Важливе місце в організації фізичного виховання у школах України займає домашнє завдання. Воно має бути спрямоване на підвищення рухового режиму у вільний час, досягнення рекреаційно-оздоровчого ефекту.

Оцінювання навчальних досягнень учнів на уроках фізичної культури в школах України може здійснюватися за такими видами діяльності (Критерії оцінювання):

1. Засвоєння техніки виконання фізичної вправи.
2. Виконання навчального нормативу (з урахуванням динаміки особистого результату).

3. Виконання навчальних завдань під час проведення уроку.
4. Засвоєння теоретико-методичних знань.

При цьому оцінка за виконання нормативу не є домінуючою під час здійснення тематичного, семестрового чи річного оцінювання. Для оцінювання розвитку фізичних якостей використовуються навчальні нормативи, які розроблено для кожного року вивчення. Контрольні навчальні нормативи є орієнтовними. Порядок їх проведення визначає вчитель відповідно до календарно-тематичного планування. При складанні навчального нормативу за його показником визначають рівень досягнень (початковий, середній, достатній, високий), а потім за технічними показниками виконання рухової дії та теоретичними знаннями виставляють оцінку в балах (Критерії оцінювання, 2008).

Комплексне розв'язання завдань фізичного виховання школярів передбачає проведення не лише урочних але і позаурочних форм занять. До основних позаурочних форм фізичного виховання належать: фізкультурно-оздоровчі заняття в режимі дня (фізкультурні хвилинки, фізкультурні паузи під час навчального процесу, години здоров'я та ін.), позакласні заняття (змагання за шкільною програмою, фізкультурно-художні свята, дні здоров'я), позашкільні заняття (заняття у спортивних гуртках і секціях, спортивних школах, позашкільних спортивних закладах, клубах за інтересами, з батьками тощо) (Turchyk Iryna, Krucsevych Tetjana, Lukjanchenko Mykola, Djatlenko Sergii 2010).

Висновки

Таким чином, проведений аналіз системи фізичного виховання в Україні дозволяє стверджувати, що вона:

- спрямована на забезпечення освітньої, виховної, оздоровчої, розвивальної спрямованості навчального процесу з фізичного виховання, а також дотримання дидактичних принципів навчання: свідомості та активності, наочності, доступності та індивідуалізації, систематичності та послідовності, міцності та науковості;
- дозволяє вчителям реалізувати диференційований підхід до організації навчального процесу з урахуванням стану здоров'я, рівня фізичного розвитку, рухової підготовленості та статі учнів, урахування мотивів та інтересів учнів до заняття фізичними вправами;
- характеризується спрямованістю на реалізацію принципу варіативності, який передбачає планування навчального матеріалу відповідно до віково-статевих особливостей учнів, їхніх інтересів, матеріально-технічного забезпечення навчального процесу (спортивний зал, спортивні пришкольні майданчики, стадіон, басейн тощо), кадрового забезпечення.

4.1. Роль учителя фізичної культури у впровадженні програм здорового способу життя школярів (досвід України)

Проблема формування кадрового потенціалу для впровадження програм з питань забезпечення здорового способу життя молоді актуальна в Україні. У контексті виконання завдань, поставлених у програмі «Фізичне виховання – здоров'я нації» та впровадження нової шкільної навчальної програми з фізичної культури (ФК) зростає роль учителя фізичної культури у формуванні ЗСЖ школярів, що у свою чергу вимагає досягнення якісно нового рівня вищої освіти викладачів фізичного виховання. Адже як фахівці вони повинні формувати здоров'я дітей засобами фізичної культури, проводити профілактичну, просвітницьку роботу серед батьків, колег по роботі впродовж усієї своєї діяльності.

Згідно з новою програмою в школах України обов'язком вчителя ФК є не лише загальна фізична підготовка учнів, але й забезпечення їх теоретико-методичними знаннями. Теоретико-методичні знання включають в себе чотири блоки, один з яких - знання пов'язані зі здоровим способом життям. Так

наприклад учні 5 класу повинні знати: загальну характеристику здорового способу життя; правила гігієни та санітарії під час занять фізичною культурою. види порушень поведінки та їх профілактику, правила безпеки на уроках і під час позакласних фізкультурних занять, мати поняття про фізичний розвиток, фізичну підготовленість та про основи самоконтролю під час занять фізичними вправами.

До того ж на уроках фізичної культури в школах України здійснюються міжпредметні зв'язки з основами здоров'я, анатомією і фізіологією людини, гігієною, фізикою, теорією і методикою фізичного виховання, історією фізичної культури і спорту, музикою, хореографією та іншими предметами.

Звідси, головними вимогами до сучасного уроку фізичної культури є:

- забезпечення диференційованого підходу до учнів з урахуванням стану їхнього здоров'я, статі, рівня фізичного розвитку та підготовленості;
- забезпечення оптимізації навчально-виховного процесу із застосуванням елементів інноваційних методів навчання і виховання та здійснення міжпредметних зв'язків;
- забезпечення освітньої, виховної, оздоровчої, розвивальної та інструктивної спрямованості.

Зміст предмета «фізична культура» спрямований на формування в учнів ключових компетентностей: соціальних (здатність до співробітництва, розв'язання життєвих проблем, взаєморозуміння, соціальної активності, формування фізичної культури особистості, основ здорового способу життя), мотиваційних (формування громадських і особистісних уявлень про престижність високого рівня здоров'я та фізичної підготовленості, здатність до навчання, прояву творчості у застосуванні рухових дій у різних по складності умовах, адаптивності) та функціональних (здатність до оперування знаннями про закономірності рухової активності, знаннями з історії фізичної культури та спорту, розширення рухового досвіду з метою розвитку фізичних якостей і рухових здібностей відповідно до вікових особливостей, засвоєння термінологічних та методичних компетентностей), які сприяють формуванню здоров'язбережувального ставлення до життя молоді.

Окрім проведення обов'язкових уроків фізичної культури вчитель здійснює організацію і проведення з учнями своїх класів позакласної оздоровчої і фізкультурно-спортивної роботи, яка передбачає:

7) Складання комплексів фізкультхвилинок і допомога при їх організації на загальноосвітніх уроках;

8) Надання вчителям і учням методичної допомоги щодо проведення інших форм оздоровчої і фізкультурно-спортивної роботи упродовж навчального дня;

9) Організація діяльності шкільного спортивного клубу та спільна підготовка і проведення раз на півріччя за сценарієм, затвердженим радою школи, фізкультурно-спортивних заходів і змагань з видів спорту, які входять до навчальної програми; організація роботи спортивної секції з обраного учнями або традиційного для даної школи виду спорту; організація підготовки та забезпечення участі команд школи у різних змаганнях.

У той же час, дослідження С. М. Сінгаєвського, Г. Власюк та ін. науковців показують, що сьогодні у школах України склалась доволі суперечна ситуація, яка нашоує на думку про зміну пріоритетів у розвитку системи фізичного виховання школярів. Суть проблеми полягає у тому, що за наявності науково-теоретичних надбань, практичного досвіду, значної кількості підготовлених вчителів з фізичного виховання, позитивного результату в контексті «фізичне виховання – здоров'я школяра» практично немає.

На думку О. Микитюк основними причинами такої ситуації є: по-перше, відсутність загально визнаного розуміння здоров'язберігаючої компетентності вчителя фізичної культури як комплексного феномену, який має великий потенціал для покращення рівня здоров'я школярів; по-

друге, відсутність змістового і методико-технологічного аспекту формування основ здоров'язберігаючої компетентності вчителя фізичної культури; по-третє, існує проблема з освоєнням навичок здорового способу життя у шкільному середовищі.

Одним із шляхів вирішення зазначеної проблеми, на думку науковців (О. Шиян, Є. Сливка, Г. Жара), може стати активізація професійно – педагогічної діяльності вчителів фізичного виховання у здійсненні освіти з питань здоров'я, як на уроках ФК так і шляхом залучення їх до викладання інтегрованої дисципліни «Основи здоров'я». За своїм змістом вона об'єднує питання здоров'я та безпеки життєдіяльності та структурована за чотирма наскрізними лініями: життя і здоров'я людини; фізична складова здоров'я; соціальна складова здоров'я; психічна і духовна складові здоров'я.

У зв'язку з цим, ще від 1999 року у Львівському державному інституті фізичної культури (ЛДІФК) була розпочата підготовка за спеціалізацією «Валеологія» студентів IV курсу спеціальності «Фізичне виховання». Спеціалізація «Валеологія» є частиною загальної програми підготовки майбутніх фахівців галузі фізичної культури, що дає змогу надати їм базові знання щодо збереження, зміцнення та розвитку здоров'я людей і суспільства в цілому для викладання у школі.

Запровадження нового предмета «Основи здоров'я» 2005 року загострило проблему підготовки вчителів до його викладання. Серед науковців і методистів досі триває дискусія щодо спеціальності вчителя, якому можна доручити викладати цей предмет. Оскільки «Основи здоров'я» мають на меті формування в учнів свідомого ставлення до свого життя і здоров'я, оволодіння навичками безпечної та здорової поведінки, формування здоров'язбережної компетентності, то серед претендентів найчастіше називали вчителів біології, ОБЖ, валеології, фізичної культури та практичних психологів.

За цих умов виникла необхідність спеціальної підготовки майбутнього та практикуючого вчителя ФК, оскільки необхідно підготувати педагога не лише як викладача предмета «Основи здоров'я», але як суб'єкта формування здорового способу життя усіх учасників навчально-виховного процесу. А це, відповідно, вимагало пошуку нових моделей організації навчального процесу, використання різних форм підготовки вчителя, перегляду вимог до загальнокультурного та професійного рівня фахівців.

У контексті висвітлення питання валеологічної освіти в галузі фізичного виховання, доцільним, на нашу думку, є виокремлення такої компетентності як здоров'язберігаюча. У дослідженнях вона розглядається як основа буття людини, де основним є усвідомлення важливості здоров'я, ЗСЖ для всієї життєдіяльності особистості, а «компетентність здоров'язбереження педагога» як характеристики, особливості, яка спрямована на збереження фізичного, психічного, соціального, духовного здоров'я – свого та інших, а також сприяння збереженню, зміцненню здоров'я учнів на уроках і в позаурочній діяльності. (О. Микитюк, 2012). На думку автора, основними структурними компонентами здоров'язберігаючої компетентності є:

- мотиваційно-ціннісний компонент – передбачає потребу вчителя у вдосконаленні знань, прагнення до самоосвіти; розуміння необхідності значущості цих знань у житті людини і в професійній діяльності;
- когнітивний компонент – характеризується обсягом знань, їх системністю, глибиною, міцністю, усвідомленістю;
- операційно-діяльнісний компонент передбачає сукупність умінь і навичок, які формуються у процесі вивчення дисциплін;
- рефлексивний компонент – передбачає усвідомлення, аналіз власного досвіду і результатів своєї діяльності.

Для здійснення належної підготовки викладачів у Львівському державному університеті фізичної культури відкрито з 20 спеціальність «Здоров'я людини», що дає право викладання предмета «Основи здоров'я» у школі (бакалавр) та вищому навчальному закладі (магістр).

Висновок

Доцільність залучення вчителів фізичного виховання до забезпечення ЗСЖ, в першу чергу можна пояснити тим, що фізична культура за своєю суттю вже є потужним засобом формування, збереження та зміцнення здоров'я дитини. Головною метою вчителя фізичної культури в роботі з учнями є формування об'єктивно необхідного для кожного учня належного рівня фізкультурної освіти (включаючи здоровий спосіб життя), профілактики захворювань, травматизму, умінь і навичок особистої гігієни та фізичної підготовки, без яких неможлива його повноцінна життєдіяльність. Окрім того, у фізичному вихованні зміцнення здоров'я, сприяння правильному фізичному розвитку школярів та формування їхніх ціннісних орієнтацій на здоровий спосіб життя визначаються як основні завдання.

5. Витривалість і її детермінанти в контексті поведінки стосовно здоров'я

Фізична підготовленість (складовою якої є витривалість) – згідно з визначенням 1968 року Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) – це «здатність ефективно виконувати м'язову працю». Сьогодні вважається, що «за фізично високорозвинену визнаємо таку людину, яка характеризується відносно великим ресурсом опанування фізичних вправ, високою витривалістю серцево-судинної, дихальної системи, секреції і терморегуляції, певними правильними рисами будови тіла та таку, яка схвалює фізично активний спосіб життя» (Осінські, 1991). Згідно з Ронсоном та ін. (цит. згідно з Eurofit 1993), фізична форма вміщує в собі три головні рівнозначні складові: органічну, моторну, культурну.

Говорячи про фізичну форму, Пшеведа (2007) вважає, що вона складається з трьох важливих елементів: 1) фізичні здібності організму, 2) навички і досвід організму, 3) мотивація, свідомість, перебування моторики і власного позитивного здоров'я на високому рівні. Саме останній елемент повинен визначати форму фізичного виховання, мати вплив на спосіб життя дорослої людини.

Згідно із концепцією *Health-Related Fitness* (H-RF), змінюються способи тестування фізичної форми. Ці зміни в США наступили ще у сімдесятих роках. Впроваджено комплекс тестів «Motor-fitness Performance» (M-FP), які оцінюють характеристики фізичної форми, інформуючи про стан здоров'я (серцево-легеневу ефективність, компоненти тіла, м'язову силу), у той час як тести ефективності, які оцінюють моторні досягнення, використовувалися раніше і використовуються сьогодні в основному для тестування і передбачення індивідуальних можливостей спортсменів, а також у процесі набору і відбору. Ці тести також використовуються для порівняння моторної ефективності населення різних країн і моніторингу вікових трендів. Межі, які відрізняють дві концепції, досить змінні, і тому, насамперед, важливою є концентрація не на описі тесту, а на чіткому визначенні припущень, концепції доктрини і головній меті. Ці тенденції поновили дискусії про методологічні основи досліджень фізичної форми, про структуру, інтерпретацію і значення обраних тестів (Роуланд 1990; Пейт 1989). У створених на потреби H-RF тестах до уваги беруться, насамперед, стандарти на прийнятному рівні критеріїв, визначених з погляду здоров'я і його загального стану (Інститут Аеробних Досліджень Купера, 1987, 2011; Оя 1991).

Так, насправді йдеться про відповідь на питання: «Як багато фізичної підготовки вимагає хороше здоров'я?» (Оя 1991). Вона не є простою, оскільки спостерігається недостатня кількість досліджень у цій сфері. Одночасно також вказується на врахування статистичних стандартів. Вищезазначені спостереження вимагають створення таких тестів H-RF, які б стосувалися вимірювання чинників, що мають вплив на стан здоров'я. *Серцево-легенева ефективність і вимірювання компонентів тіла (в основному, жирового прошарку) загалом вважаються ключовими в оцінці оптимального здоров'я.* В Європі ці питання окреслив у своїй статті 1999 року Кемпер. Беручи до уваги історичне підґрунтя застосування тестів на визначення фізичної форми, він зробив висновок, що *Європа наздоганяє Сполучені Штати із 20-річним запізненням.*

Аеробна витривалість є здатністю продовжувати довготривалу роботу з необхідною інтенсивністю (як правило, від 60 до 80-90% максимальної потужності) без зниження ефективності діяльності і при збереженні підвищеної стійкості до втоми. Зусилля на витривалість виконуються завдяки енергії, виділеній з кисневих процесів (аеробних), тобто із циклу Кребса та ланцюга дихальної системи (Караба-Яковлевич та інші. 2007; Пшибильські 1998).

Підставою дієвості зусиль на витривалість є функціональна досконалість серцево-судинної і дихальної систем. Таким чином, цю здібність слід розглядати спираючись на біологічні обумовленості, що впливає з продуктивності системи. (Караба-Яковлевич та інші. 2007; Пшибильські 1998).

Вирізняють дві групи чинників, які впливають на рівень продуктивності: внутрішні – ендогенні (тобто генетично ендогенні і парагенетичні) і зовнішні – екзогенні (біогеографічні, суспільно-економічні чинники, спосіб життя). Спосіб життя є своєрідним культурним модифікатором, який поєднує вплив ендогенних чинників (темперамент, вразливість, потреби) і екзогенних (звичаї, традиції, цінності, суспільно-економічні потреби, фізичні умови оточення). Особливе місце займає тут також аналізована фізична активність (Волянські, 1983).

У дослідженнях 13-14-річних дітей (Броніковські, 2005) помітний слабкий зв'язок між серцево-дихальною витривалістю (*cardio respiratory endurance*, C-RE) та фізичною активністю (*physical activity* PA), який підтверджується попередніми дослідженнями (Хшановска 1992, Кемпер 1999), що фізична форма (в тому числі витривалість) зумовлюється як генетичними чинниками, так і чинниками навколишнього середовища та культурними. Рівень біологічного розвитку у поєднанні з відповідним рівнем PA впливають на рівень кисневої витривалості. Зауважено залежність між масою тіла та рівнем фізичної форми, в основному у дівчат (Броніковські 2005), а також між складом жирової тканини та витривалістю у обох статей. Броніковські вважає, що стосовно ідеї H-RF треба особливо брати до уваги рівень активності і витривалості, які є стимуляторами біологічного розвитку молоді. Існуючі відмінності залежно від віку і статі відзначаються зокрема у жінок – ті, що статеві дозрівають пізно, у майбутньому є більш активними, ніж ті, які дозрівають рано (Гарньє 2001).

Значне занепокоєння повинні викликати негативні перемини у фізичному стані молодих поляків у 1989-1990 роках і пізніших періодах, коли зауважено погіршення фізичної форми і витривалості молодих польських поколінь (Пшевєда 2007). Великий середній приріст висоти тіла і маси тіла (останнє за винятком у найстарших дівчат) супроводжувався зниженням, між іншим, фізичної підготовленості. Власне в кондиції молоді це називається синдромом ножиць, які розкриваються. Результат підготовленості польської молоді ХХ століття свідчить про погіршення стану молодого покоління, яке вимірюється фізичними досягненнями, при задовільному стані позитивного здоров'я.

Багато авторів зазначили позитивний зв'язок між рівнем кисневої продуктивності та кількістю фізичної активності, а від'ємний лише з кількістю жирової тканини (Гікнер 2001, Катзмажик 1998). Результати (Чайковска 2009) узгоджуються з іншими дослідженнями залежності кисневої продуктивності, індексу маси тіла та компонентами складу тіла (Біклі 2006; Хант 1998). Деякі автори (Біклі 2006; Горан 2000) не констатували залежності між групами, які відрізняються рівнем фізичної активності, та кисневою продуктивністю, пов'язаною із компонентами складу тіла, наприклад, м'язовою масою. Не констатували також співвідношень між складниками тіла та фізичною активністю. Констатовано (Чайковска 2007) істотну залежність між відносною вартістю VO_{2max} і будовою тіла чи показниками HR. Фактори співвідношення були від'ємні у випадку відпочинкової HR, жирової тканини, та додатні з хвилинною вентиляцією, кількістю води в організмі і величиною фізичної активності.

У проведених дослідженнях часто аналізується також вплив суспільних, економічних, культурних чинників, які визнаються як модифікатори рівня фізичної і моторної форми (у тому числі витривалості). Тут виділяють:

- величину і характер суспільного середовища (село, мале місто, велике місто),
- суспільний статус (освіта, професія, суспільне походження),
- рівень заможності,
- етнічне та расове походження (Шопа 1990; Млечко 1991).

Тщинська виявила вплив екологічного середовища (у тому числі сільського) на вищий рівень підготовленості. Вона сформулювала показник економічно-суспільного статусу (ЕСС), який враховує змінні: освіта батька, освіта матері, величина родини і загальні умови життя. У той самий час Млечко (2006) визначив так званий глобальний показник суспільно-родинного статусу, у якому за критерій взяв освітній статус батька і матері та кількість дітей у сім'ї. Засноване на цьому методологічне дослідження дозволило здійснити інтерпретацію суспільних явищ, які мають прямий і непрямий вплив на формування фізичної підготовленості. Ці дослідження вказують на різноманітність окремих факторів, які впливають на фізичну підготовленість. У проведених у вісімдесятих та дев'яностих роках дослідженнях виявлено співвідношення між вищою освітою батьків і вищим рівнем фізичної підготовленості дітей (Пшеведа 1993).

Прогресивний тест у серцево-легеневій витривалості

Концепція H-RF порівнює рівень підготовленості, зумовлений фізичною активністю, та досліджувані компоненти: склад тіла, сила м'язів, серцево-легенева витривалість (аеробна витривалість). Для тестів, скерованих на охорону здоров'я (health-related fitness), ключовим завданням є діагностика того, чи досліджувана особа достатньо витривала, щоб не бути під потенційною загрозою ризику виникнення у майбутньому хвороб (Чжу 2011). Йдеться від норм витривалості до рекомендованого рівня витривалості. Норми, встановлені Інститутом Купера, представляють рівень фізичної форми (Healthy Fitness Zone), який є захистом від хвороб, що розвиваються від ведення сидячого способу життя. Для оцінки серцево-легеневої витривалості дітей до одного року життя Інститут Купера, до речі, рекомендує використання 20 MRST (PACER).

У дослідженнях, проведених у польських та українських школах, для оцінки серцево-легеневої витривалості (CRF – Cardiorespiratory Fitness) був використаний стандартизований 20-метровий човниковий біговий тест – 20 m shuttle run test (beep test wersja 3_3) із зростаючим максимальним навантаженням – PACER (Progressive Aerobic Cardiovascular Endurance Run), який дав можливість непрямо оцінити VO_2max (мл/хв/кг). Тест полягав у човниковому бігу 20-метрових відрізків туди і назад зі зростаючим темпом, заданим часовим сигналом, аж до відмови (втоми) досліджуваної особи або зниження темпу бігу, невідповідного до поданого сигналу (Легер 1982). Опосередкована кількість поглинутого кисню VO_2max була визначена за Рамсботтомом (1988). Тест дозволяє участь великої кількості людей, а фактори ретельності (повторюваності результатів) є причиною того, що він є рекомендованим інструментом, який охоче використовується у дослідженнях дорослого населення ($r = 0,95-0,975$), а також дітей та молоді ($r = 0,89$) (FITNESSGRAM; Куси 2000; Чаттерджи 2010).

Діагностика за допомогою тесту PACER (Progressive Aerobic Cardiovascular Endurance Run) має довгу історію. Як уже згадувалося, прогресивний біговий тест із зростаючим темпом бігу називається також Тест Легера, 20 MSRT, Beep test, Yo-Yo, 20-m MST, 20 m.SRT. Ці назви у використанні є взаємозамінні, і в цій праці вживаються залежно від оригінальної термінології, яка використовується автором напрацювань.

20 MSRT як посередня спроба оцінки аеробної підготовленості VO_2max була започаткована Легером та Ламбетом у 1982 році. Легер та інші (1982) у процесі тестування 91-особової групи двадцятилітніх жінок і чоловіків виявили відповідно VO_2max $39,3 \pm 8,3$ і $51,6 \pm 7,8$ мл/кг⁻¹/хв⁻¹ і високі кореляції test – retest ($r = 0,975$). Прогнозування VO_2max в 20-MSRT на 81-особовій групі (20–45 жінок і чоловіків) склало 0,95 (Легер, Мерсер та інші 1988). Палічка та інші (1987) провели його оцінку, порівнюючи його до готовності в бігу на 10 км в групі дорослих чоловіків. Було проведено аналіз безпосередньою газовою методикою. Співвідношення Persona 20 – MSRT vs. VO_2max показала: 20 – MSRT vs. VO_2max $r = 0,93$, 20-MSRT vs. 10 км $r = 0,93$, VO_2max vs. 10 км $r = 0,95$.

Рамсботтом та інші (1988) провели оцінку 20-MSRT до VO_2max , а також порівняли пройдену дистанцію до часу бігу на 5 км. Тест проведено на 36 дорослих чоловіках і 38 жінках віком 19-36 років. Максимальне поглинання кисню вишло $58,5 \pm 7,0$ і $47,4 \pm 6,1$ $\text{мл/кг}^{-1}/\text{хв}^{-1}$ для чоловіків і жінок. Подолана дистанція 20-MSRT $12,6 \pm 1,5$ (чоловіки) і $9,6 \pm 1,8$ (жінки, $p < 0,01$), а відношення VO_2max до «shuttle level» (кількості пройдених етапів). Ці результати показують, що максимальну вартість поглинання кисню можна передбачити $r = 0,92$, $p < 0,01$. Результати, отримані в цьому тесті, на думку авторів, можуть бути вірогідними для визначення рівня підготовленості активних і середньо активних жінок і чоловіків.

У 2007 році Ламб і Роджерс у своїй роботі показали популярність і універсальність 20-MSRT у цілому світі. Опираючись на його популярність, задокументовані результати досліджень, численні оцінки, вони порекомендували, використовувати його для дослідження населення і групових досліджень, рідше – для визначення індивідуальних значень прогресу чи регресу VO_2max професійних учасників у короткий часовий термін. Такий висновок зроблено також у Польщі на основі досліджень Броніковського (2005).

6. Формування здоров'язбережного ставлення до життя молоді польсько - українського прикордоння⁶

Проект з такою назвою був реалізований: Державною вищою професійною школою ім. Станіслава Пігоня у Кросно, Радою міста Кросна, Львівським Регіональним Інститутом Післядипломної Педагогічної Освіти та Відділом Фізичного Виховання Жешівського Університету. Цілями проекту були:

- ✓ Освіта у сфері здоров'я. Реалізація заходів відповідно до рекомендацій Національної Програми Здоров'я на 2007-2015 роки і Європейського Кардіологічного Товариства.
- ✓ Профілактика ішемічної хвороби серця.
- ✓ Визначення параметрів висоти зросту, маси тіла, ВМІ (body mass index), обхвату талії.
- ✓ Визначення компонентів маси тіла.
- ✓ Визначення та оцінка стану серцево-легеневої витривалості учнів.
- ✓ Визначення рівня фізичної активності учнів та чинників, які її формують.
- ✓ Заохочення шкіл до реалізації програм зростання фізичної активності учнів.
- ✓ Мотивація учнів до зростання їх власної фізичної активності та формування навичок її утримання – Мода на рух – Мода на здоров'я.
- ✓ Посилення співпраці між установами.
- ✓ Порівняння досягнутих результатів на тлі міжнародних даних.

Програма проекту включала низку заходів, у тому числі тематичні лекції, інтеграційні майстерні, конкурси, Міжнародну наукову конференцію.

У дослідженнях, зокрема антропометричних, типу будови тіла, рівня фізичної активності, серцево-легеневої витривалості, поведінки стосовно здоров'я, було використано наступні методи та інструменти дослідження: Авторське опитування щодо стану навколишнього середовища, Авторське опитування щодо звичаїв харчування, Інвентаризація Поведінки стосовно здоров'я (IZZ), Багатовимірну Шкалу Визначення Місця Контролю Здоров'я – МНЛС версія Б (The Multidimensional Health Locus of Control Scale), Опитування щодо фізичної активності у вільний час Minnesota Leisure – Time Physical Activity Questionnaire MLTPAQ), стандартизований тест 20-метрового човникового бігу – (20 m SRT) 20m shuttle run test (beep test wersja 3_3) із зростаючим максимальним навантаженням – який дає можливість непрямо оцінити VO₂ max (мл/хв/кг), антропометричні прилади, у тому числі антропометр і сантиметрову стрічку, одночасно визначаючи показник співвідношення обхватів талії та стегон WHR (Waist to Hip Ratio), методику ВІА – електричного біоімідансу (вимір ВМІ – Body Mass Index – показник ваги і зросту, Fat (%) відсоток жирової тканини в організмі, FFM (кг) – маса тіла без врахування жиру, TBW (кг) вмісту води в організмі), комп'ютерну програму «Somatotype» фірми Sweat Technologies.

Дослідження проведено у 2014 році за погодженням Біоетичної Комісії Жешівського Університету у навчальних закладах міст Кросна (Польща, 500 осіб) і Львова (Україна, 500 осіб) серед групи молоді старшого шкільного віку чисельністю тисячу осіб, котрі надали письмову згоду на участь у проекті.

⁶ Проект під назвою «Формування здоров'язбережного ставлення до життя молоді польсько - українського прикордоння» (№ РВU/0832/12/МР10) реалізований в рамках загального проекту «Транскордонна співпраця для рекреаційного туризму польсько-українського прикордоння» під номером РВU/0832/12 і співфінансований з коштів Європейського Союзу в рамках Програми Транскордонної Співпраці Польща-Білорусь-Україна 2007-2013.

6.1. Аналіз вибраних здорових навичок і стилю життя понадгімназійної молоді Польщі та старшокласників України

Таблиця 1.

Числова характеристика дослідженої групи

Стать	Країна		Всього
	Польща	Україна	
чоловік	265 (53,0%)	200 (40,0%)	465 (46,5%)
жінка	235 (47,0%)	300 (60,0%)	535 (53,5%)
Всього	500	500	1000
Вік [у роках]	Країна		Всього
	Польща	Україна	
15	0 (0,0%)	107 (21,4%)	107 (10,7%)
16	27 (5,4%)	92 (18,4%)	119 (11,9%)
17	354 (70,8%)	282 (56,4%)	636 (63,6%)
18	113 (22,6%)	19 (3,8%)	132 (13,2%)
19	6 (1,2%)	0 (0,0%)	6 (0,6%)
Всього	500	500	1000
Матеріальне становище	Країна		Всього
	Польща	Україна	
дуже важке	2 (0,4%)	0 (0,0%)	2 (0,2%)
важке	18 (3,6%)	23 (4,6%)	41 (4,1%)
досить добре	120 (24,0%)	132 (26,4%)	252 (25,2%)
добре	261 (52,2%)	260 (52,0%)	521 (52,1%)
дуже добре	99 (19,8%)	85 (17,0%)	184 (18,4%)
Всього	500	500	1000

Переважну частину досліджуваної в Україні групи становили жінки (60%), а в Польщі – чоловіки (таб. 1). Найбільш чисельну групу, охоплену дослідженнями, як у Польщі (56,4%), як в Україні (70,8%) становила молодь у віці 17 років. Опитані з Польщі й України дуже подібно оцінюють свій матеріальний статус. Більшість респондентів стверджують, що їх матеріальна ситуація є доброю.

У таблиці 2 представлені результати соматичного вимірювання досліджуваної молоді.

Таблиця 2.

Характеристика соматичних якостей досліджуваної молоді

Країна	Ріст (см)							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	177,3	177,0	173,0	181,5	165,4	165,0	162,0	169,0
Україна	176,2	176,5	171,5	181,0	164,3	164,0	160,0	168,0
<i>p</i>	0,2323 ^{M-W}				0,0898 ^{M-W}			
Країна	Маса тіла [кг]							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	69,3	67,4	61,6	75,5	56,3	54,6	50,0	61,6
Україна	65,6	64,3	59,5	71,2	55,0	54,3	49,6	59,8
<i>p</i>	0,0003***				0,0739			
Країна	ВМІ кг/м ²							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	22,1	21,6	20,1	23,4	20,6	20,1	18,7	21,9
Україна	21,1	20,9	19,2	22,4	20,4	19,9	18,7	21,7
<i>p</i>	0,0009***				0,5456			
Країна	FAT [%]							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	11,8	10,8	8,8	13,9	20,7	20,4	16,6	24,8
Україна	10,8	10,1	7,5	13,1	21,0	21,3	16,6	25,8
<i>p</i>	0,0385*				0,6133			

Країна	FFM (кг)							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	60,8	60,3	55,7	65,2	44,2	43,7	41,3	46,0
Україна	58,0	58,2	53,6	62,2	43,1	42,9	40,0	45,5
<i>p</i>	0,0000***				0,0042**			
Країна	TBW							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	44,4	44,1	40,8	47,7	32,4	32,0	30,2	33,6
Україна	42,5	42,5	39,3	45,7	31,5	31,4	29,4	33,3
<i>p</i>	0,0001***				0,0051**			
Країна	Обхват живота [см]							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	80,6	79,0	74,5	86,5	69,5	68,0	64,5	74,0
Україна	76,8	76,0	72,0	81,0	67,7	66,0	63,0	71,0
<i>p</i>	0,0000***				0,0029**			
Країна	Обхват стегон [см]							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	95,9	95,5	91,0	99,0	93,6	93,0	89,0	97,0
Україна	93,0	92,0	88,0	97,0	92,0	91,0	88,0	96,0
<i>p</i>	0,0000***				0,0026**			
Країна	WHR (індекс центрального ожиріння)							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Polska/ Польща	0,84	0,84	0,80	0,87	0,74	0,73	0,70	0,77
Ukraina/ Україна	0,83	0,82	0,79	0,86	0,74	0,72	0,70	0,77
<i>p</i>	0,0111*				0,1752			

Порівнювальний аналіз соматичних якостей та інших числових показників між польською і українською сукупністю проведено контролем чинника стать. У таблицях виокремлено вартості арифметичної середньої та позиційних статистик: медіани, 25. та 75 центиля. Оцінка статистичної істотності різниць у середньому рівні даної прикмети між сукупністю проведено тестом t для незалежних добірок.⁷ Істотні різниці в масі тіла наявні в сукупності чоловіків (молоді поляки тяжчі в середньому майже на 4 кг), натомість серед жінок такі відмінності наближені до рівня статистичної варіативності (вартість тестової ймовірності $p < 0,10$). Як і у випадку маси тіла, суттєві відмінності між поляками й українцями сукупністю спостерігаємо в групі чоловіків. Розклад ІМТ серед жінок є схожим у обох зіставлених групах. Суттєва статистична різниця у пропорційному вмісті жирової тканини наявна також у сукупності чоловіків. Молоді чоловіки з Польщі в середньому мають більше жирової тканини. Відмічено відсутність різниці між польською та українською групами у популяції жінок. Індекс FFM є помітно більшим у групі молоді з Польщі. Такий висновок стосується, зокрема, чоловіків, але також серед жінок різниця між польською та українською сукупностями є статистично дуже суттєвою. Також і вартості TBW суттєво вищі в групі польок і поляків. Як серед жінок, так і серед чоловіків обвід живота більший у молоді з Польщі. Дуже суттєва різниця стосується також обводу стегон. У випадку групи чоловіків, середня величина для польської молоді майже на 3 см більша, ніж у групі молоді з України, а серед жінок різниця становить понад 1,5 см. Величина показника WHR хлопців з Польщі суттєво вища за величину у їх ровесників з України. Натомість у групі жінок різниця між польською та українською групами відсутня.

Таблиця 3.

Числова характеристика основних складових соматотипу досліджуваної молоді при розподілі за статтю

Складові соматотипу	Стать			
	чоловік		жінка	
		Sd		Sd
Ендоморфія	2,58	0,98	3,81	1,01
Мезоморфія	4,30	1,45	2,66	1,45
Ектоморфія	3,27	1,28	3,21	1,23

Панівною в досліджуваних жінок є ендоморфна складова, потім ектоморфна, а найменше розвинута мезоморфія (таб. 3). Кожна п'ята досліджувана жінка (20%) належить до збалансованих ектоморфів, майже кожна сьома жінка (15%) є мезоморфним ендоморфіком і (14%) ендоморфним ектоморфіком. Майже кожна десята жінка належить до одного з типів будови: 11% поєднують однакову частку трьох складових елементів, 10% – ектоморфний ендоморф, 9% – збалансований ендоморф, 9% – мезоморфно-ендоморфний. Панівною у досліджуваний чоловіків є мезоморфна складова, відтак ектоморфна, а найменше представлена ендоморфія. Зіставлення чисельності в окремих типах будови тіла показує, що майже кожен п'ятий чоловік належить (19%) до ектоморфних мезоморфіків, майже кожен шостий (17 %) є ендоморфним мезоморфом, майже кожен сьомий досліджуваний (15%) є мезоморфно-ектоморфним типом, (15%) становлять мезоморфні екоморфи та (14%) збалансовані

⁷ З огляду на наявність у частини опитаних відхилень від нормальності у розкладі частини досліджених якостей, результати тесту t , були верифіковані при застосуванні тесту Манна-Уїтні. У випадку спів падання обох тестів у таблиці подано результат тесту t , в ситуації коли вартість тестової ймовірності отримана при застосуванні обох тестів виразно відрізнялися, в таблиці подано результат тесту Манна-Уїтні (що позначено символом: M-W).

мезоморфи. Збалансований ектоморф становив 9 %, а мезоморфно-ендоморфний тип - 4%. Рівна частка трьох складових була характерною для 5% досліджуваних.

Таблиця 4.

Числова характеристика основних складових соматотипу досліджуваної молоді при розподілі за статтю та країною

Країна	Складові соматотипу											
	Плець/ Стать											
	чоловік						жінка					
	Ендоморфія		Мезоморфія		Ектоморфія		Ендоморфія		Мезоморфія		Ектоморфія	
		Sd		Sd	Sd			Sd		Sd		Sd
Польща	2,72	1,08	4,4	1,59	3,17	1,36	4,01	1,09	2,48	1,57	3,09	1,45
Україна	2,45	0,86	4,21	1,31	3,37	1,21	3,61	0,89	2,84	1,30	3,33	0,97

Як у досліджуваних жінок з Польщі, так і в жінок з України переважає ендоморфна складова, однак у групі польок вона сильніше виражена (таб. 4). Зіставлення чисельності в окремих видах будови тіла вказує, що майже кожна четверта жінка в Польщі (24%) належить до збалансованих ектоморфів, у той час як в Україні кожна шоста (16%). Для кожної п'ятої жінки у досліджуваній польській групі (20%) та кожної десятої в групі українській (10%) характерною є мезоморфно-ендоморфний тип будови тіла. Майже кожен шосту (16%) українку та кожен восьму польку (12%) слід зарахувати до ендоморфно-ектоморфного типу будови тіла. У досліджуваних чоловіків з Польщі та з України переважає мезоморфна складова. Зіставлення чисельності в окремих типах будови тіла виявляє, що кожен четвертий чоловік в Україні (24%) є ектоморфним мезоморфом, у той час як у Польщі (14%) – кожен сьомий. Кожен п'ятий чоловік у досліджуваній польській групі (20%) є ендоморфним мезоморфом і кожен сьомий (14%) в українській. Майже кожен шостий українець (16%) та кожен сьомий поляк (14%) є прикладом мезоморфно-ектоморфного типу будови. У Польщі 18%, а в Україні 10% становив збалансований мезоморфний тип будови. Мезоморфний ектоморф – це тип будови тіла, характерний для 16% поляків і 14% українців. У свою чергу, тип будови ектоморф характерний для 8% поляків і кожного десятого українця. Мезоморфно-ендоморфний тип будови тіла – це тип, характерний для 6% поляків і 2% українців. Зворотна ситуація характерна для типу будови за однакової участі трьох складових (центральної), який характерний для 8% українців і 2% поляків.

У таблиці 5 наведено інформацію про розклад мір активності, про окремі інтенсивності, залежно від статі опитаних. Узагальнення стосується сукупно молоді Польщі та України. Оцінку істотності різниць поміж групами, з огляду на дуже яскраву асиметрію досліджуваних змінних, проведено за використанням тесту Манна-Уїтні.

Статистично істотна різниця між молоддю чоловічої і жіночої статі наявна лише для активності середньої інтенсивності, яка більш поширена серед жінок.

Таблиця 5.

Характеристика фізичної активності вільного часу в Ккал/ тиждень для цілої сукупності з розподілом за статтю

MLTRAQ	Стать								p
	чоловік				жінка				
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅	
L	806,3	591,3	300,0	1107,1	733,4	588,5	353,8	980,8	0,7711
M	266,9	124,6	10,2	373,8	353,4	188,4	50,7	511,7	0,0001***
H	737,4	413,7	124,4	905,8	733,9	429,6	127,5	1014,3	0,7581
Загалом Ккал/тиждень	1810,6	1383,4	768,5	2627,3	1820,5	1491,6	860,7	2396,2	0,3579

Аналогічні узагальнення оформлено для молоді з обох досліджуваних країн. У таблиці 6 представлено інформацію про розподіл вимірювання активності з окремими рівнями інтенсивності. Стверджено статистично суттєві різниці – вищий рівень активності кожного виду є характерним для молоді з України.

Таблиця 6.

Характеристика фізичної активності вільного часу в Ккал/тиждень для цілої сукупності з розподілом за країною

MLTRAQ	Краї/ Країна								p
	Polska/ Польща				Ukraina/ Україна				
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅	
L	633,4	498,5	261,5	836,9	905,4	754,9	424,6	1211,5	0,0000***
M	269,6	140,5	20,8	376,9	358,2	197,8	41,5	499,6	0,0041**
H	540,2	285,6	84,8	664,6	937,4	607,3	207,0	1350,0	0,0000***
Total (kcal/tydz)/ (Ккал/тиждень)	1443,2	1150,9	653,1	1861,9	2200,9	1869,8	1100,8	3032,9	0,0000***

У таблиці 7 представлено інформацію про вид і рівень активності молоді з Польщі й України. Аналіз проведено при виокремленні груп обох статей, оскільки, як відомо, рівень активності чоловіків та жінок є, як правило, доволі міцно диференційованим з огляду на стать. З огляду на доволі значне відхилення розкладу MLTRAQ від нормальності та наявність відмінних спостережень, до оцінки статистичної суттєвості різниць між групами було вжито (контрольно) тест Манна-Уїтні. Рівень активності з низькою інтенсивністю є суттєво вищим у групі молоді з України. Різниця дуже значна й стосується як жінок, так чоловіків. Рівень активності з середньою інтенсивністю є суттєво вищим у групі хлопців з України. Різниця дуже яскрава, натомість немає різниці в сукупності жінок між досліджуваними жінками з Польщі та України. Рівень активності з високою інтенсивністю є суттєво

вищим у групі молоді з України. Різниця дуже значна й стосується як жінок, так чоловіків. Загальний рівень активності є суттєво вищим у групі молоді з України.

Таблиця 7.

Комплексна характеристика фізичної активності вільного часу молоді з Польщі та України при виокремленні статі та з розподілом на окремі види інтенсивності зусилля L, M, H

Країна	MLTRAQ (L) Ккал/ тиждень							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	674,3	498,5	229,6	917,7	587,4	496,5	276,9	752,3
Україна	987,9	830,8	449,7	1479,0	850,9	710,8	417,7	1129,4
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			
Країна	MLTRAQ (L) Ккал/ тиждень							
	Рієс/ Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	211,4	103,8	0,0	311,0	335,2	157,5	51,9	491,5
Україна	343,1	179,8	30,0	467,4	368,1	204,2	50,0	516,9
<i>p</i>	0,0014** M-W				0,7645			
Країна	MLTRAQ (L) Ккал/ тиждень							
	Рієс/ Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	547,3	270,0	69,2	662,9	532,0	320,8	96,9	673,8
Україна	998,8	711,2	278,7	1483,4	896,7	567,7	175,0	1247,0
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			
Країна	MLTRAQ (загалом) Ккал/тиждень							
	Стать							
	/ чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	1433,0	1077,4	577,8	1902,5	1454,6	1239,2	723,1	1858,8
Україна	2329,7	2168,6	1188,8	3144,1	2115,7	1756,3	1079,6	2810,8
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

Базуючись на загальному рівні активності, здійснено поділ молоді на чотири групи: з низькою активністю (0-999 Ккал/тиждень), середньою (1000-1999), високою (2000-2999) та дуже високою (3000 або і більше) (таблиця 8). Розклад зарахування до тих категорій серед хлопців і дівчат (та в цілій

сукупності) представлено нижче. Оцінку диференціації розподілу рівнів активності між молоддю чоловічої та жіночої статі проведено за допомогою тесту незалежності хі квадрат. Наявна статистично суттєва різниця між обома статями – серед чоловіків є відносно більше осіб з низьким рівнем активності, з середнім рівнем – менше. Частка осіб з високою і дуже високою активністю є схожою серед жінок і чоловіків. У польській групі частка осіб з низьким рівнем активності майже вдвічі більша ніж серед української молоді.

Таблиця 8.

Характеристика досліджуваної групи під оглядом фізичної активності у вільний час

Рівень фізичної активності	Стать ($p = 0,0117^*$)		Всього
	чоловік	жінка	
низька	163 (35,7%)	152 (29,0%)	315 (32,1%)
середня	129 (28,3%)	198 (37,8%)	327 (33,4%)
висока	86 (18,9%)	85 (16,2%)	171 (17,4%)
дуже висока	78 (17,1%)	89 (17,0%)	167 (17,0%)
Всього	456	524	980
Рівень фізичної активності	Країна ($p = 0,0000^{***}$)		Всього
	Польща	Україна	
niska/ низька	214 (43,0%)	101 (21,0%)	315 (32,1%)
середня	171 (34,3%)	156 (32,4%)	327 (33,4%)
висока	68 (13,7%)	103 (21,4%)	171 (17,4%)
дуже висока	45 (9,0%)	122 (25,3%)	167 (17,0%)
Razem/ Всього	498	482	980

Різниця між активністю польської та української молоді наявна як серед чоловіків, так і серед жінок (таблиця 9). Для трьох із чотирьох чоловіків у Польщі (77,2%) й для трьох – чотирьох жінок (77,3%) характерні низький або середній рівень фізичної активності у вільний час, який не перевищує 2000 Ккал/тиждень. Відповідно в Україні аналогічний відсоток серед чоловіків становить 45,8%, а серед жінок 58,3%.

Таблиця 9.

Характеристика досліджуваної групи під оглядом фізичної активності у вільний час при одночасному розподілі за статтю та країною

Рівень фізичної активності	Стать			
	/ чоловік		жінка	
	Країна (p = 0,0000***)		Країна (p = 0,0000***)	
	Польща	Україна	Польща	Україна
низька	125 (47,3%)	38 (19,8%)	89 (38,0%)	63 (21,7%)
середня	79 (29,9%)	50 (26,0%)	92 (39,3%)	106 (36,6%)
висока	35 (13,3%)	51 (26,6%)	33 (14,1%)	52 (17,9%)
дуже висока	25 (9,5%)	53 (27,6%)	20 (8,5%)	69 (23,8%)

У таблиці 10 зображений розподіл параметрів серцево-легеневої витривалості учнів для цілої підданої аналізу групи молоді під оглядом статі. Для всіх параметрів помітна суттєва різниця між результатами жінок і чоловіків. Середні показники отриманих результатів дають досліджуваній молоді місце в нижньому розподілі категорії добрих результатів (рекомендованих для цього віку), як у групі чоловіків (VO_{2max} 45,7 мл/кг/хв), так і жінок (34,9 мл/кг/хв). Тим не менше, для кожного четвертого чоловіка та кожної четвертої жінки характерні низькі параметри серцево-легеневої витривалості. Також для кожного четвертого чоловіка характерні високі параметри серцево-легеневої витривалості.

Таблиця 10.

Характеристика результатів, отриманих у тесті серцево-легеневої витривалості

Параметри серцево-легеневої витривалості	Стать								p
	чоловік				жінка				
		Me	c_{25}	c_{75}		Me	c_{25}	c_{75}	
Дистанція (м)	1 448	1 460	1 120	1 760	857	800	620	1 020	0,0000***
VO_{2max} мл/кг/хв	45,7	46,2	40,2	51,4	34,9	34,0	30,5	38,5	0,0000***
VO_{2max} л/хв	3,05	3,06	2,64	3,50	1,94	1,88	1,64	2,17	0,0000***

Як серед чоловіків, так і серед жінок рівень серцево-легеневої витривалості є вищим у польській групі порівняно з українською. Різниця між групами є статистично суттєвою (таб. 11).

Таблиця 11.

Характеристика результатів, отриманих у тесті серцево-легенвої витривалості з урахуванням статі та країни

Країна	Дистанція (м)							
	Ріс/ Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	1 509	1 490	1 240	1 780	920	880	720	1 080
Україна	1 368	1 400	1 080	1 680	805	720	560	980
<i>p</i>	0,0005***				0,0001***			
Країна	VO _{2max} мл/кг/хв							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	46,8	46,8	42,2	51,7	36,2	35,5	32,1	39,5
Україна	44,3	45,2	39,5	49,7	33,8	32,1	28,8	37,8
<i>p</i>	0,0003***				0,0000***			

На запитання про самооцінку стану здоров'я відповіли всього 994 особи. Без сумніву, молодь з Польщі краще оцінює стан свого здоров'я (таб. 12).

Таблиця 12.

Оцінка стану здоров'я досліджуваної молоді з розподілом на країни

Стан здоров'я	Країна (<i>p</i> = 0,0000***)		Всього
	Польща	Україна	
слабкий/ поганий	4 (0,8%)	5 (1,0%)	9 (0,9%)
середній	53 (10,6%)	97 (19,6%)	150 (15,1%)
добрий	275 (55,1%)	298 (60,2%)	573 (57,6%)
відмінний	167 (33,5%)	95 (19,2%)	262 (26,4%)
Всього	499	495	994

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів незалежності хі-квадрат

Не відзначено статистично суттєвої різниці у самооцінці фізичної працездатності (таблиця 13). Високий рівень фізичної працездатності декларує майже кожен п'ятий з опитаних.

Таблиця 13.

Суб'єктивна оцінка фізичної працездатності опитаних з розподілом на країни

Рівень фізичної працездатності	Країна (p = 0,1506***)		Всього
	Польща	Україна	
низька	23 (4,6%)	25 (5,1%)	48 (4,8%)
середній	150 (30,0%)	120 (24,2%)	270 (27,1%)
середня	229 (45,8%)	258 (52,1%)	487 (48,9%)
високий	98 (19,6%)	92 (18,6%)	190 (19,1%)
Всього	500	495	995

p – вартість тестової ймовірності, обчислена з використанням тестів незалежності хі-квадрат

Опитані як з Польщі так і з України обстоюють позицію, що має бути збільшена кількість годин фізичного виховання у школах. Так думають біля 45% опитаних обох груп. Відсутня статистично суттєва залежність між поглядами польської та української груп (таблиця 14).

Таблиця 14

Позиція опитаних у справі збільшення кількості годин фізичного виховання в школах з розподілом на країни

Чи потрібно збільшити кількість годин ВФ?	Країна ($p = 0,1983^{***}$)		Всього
	Польща	Україна	
так	224 (44,8%)	226 (45,8%)	450 (45,3%)
не знаю	124 (24,8%)	100 (20,3%)	224 (22,6%)
ні	152 (30,4%)	167 (33,9%)	319 (32,1%)
Всього	500	493	993

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів незалежності хі-квадрат

Наявна суттєва різниця у джерелах інформації про стан здоров'я, на яку вказують опитані особи обох країн (рис. 1). Цікаво, що для мешканців України школа (46%) і сім'я (69,8) є набагато більшим постачальником інформації про здоров'я ніж у Польщі, – відповідно школа 28,8% і сім'я 50,4%. Варто також звернути увагу на той факт, що в Польщі працівники служби охорони здоров'я називаються набагато частіше як джерело інформації (29%) ніж в Україні (15,8%).

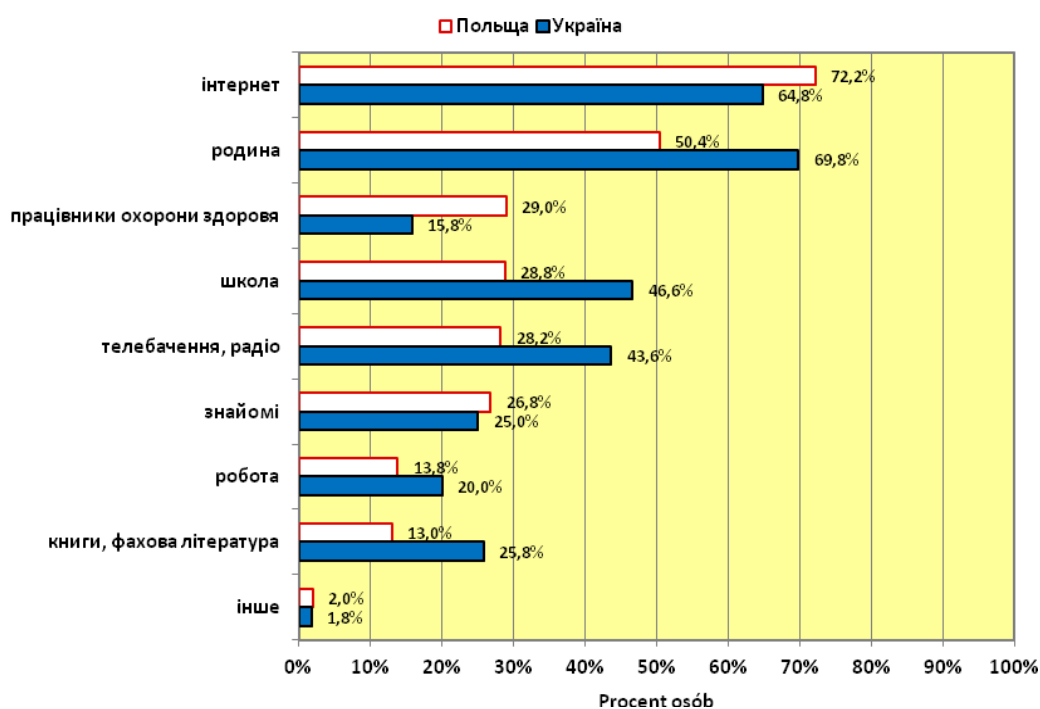


Рис. 1. Джерела отримання інформації про здоров'я

Проведено зіставлення рівня здоров'язберегаючої поведінки (за індексом здорової поведінки – ІЗП) під оглядом статі опитаних осіб, разом для польської та української груп (таблиця 15). Найважливіша різниця між обома статями для сумарної міри та часткових мір, обрахованих на основі індексу здорової поведінки – ІЗП, за винятком питання психічного налаштування (тут різниця є наближеною до суттєвого статистично результату – вартість тестової ймовірності $p < 0,10$). Вищий рівень здоров'язберегаючих навичок демонструють жінки.

Таблиця 15.

Результати індексу здорової поведінки – ІЗП для цілої груп розподілом за статтю

індекс здорової поведінки ІЗП	Стать								p
	чоловік				жінка				
	Me	c ₂₅	c ₇₅	Me	c ₂₅	c ₇₅			
ІЗП (разом)	75,1	74,0	66,0	84,0	78,8	79,0	70,0	87,0	0,0000***
Правильні навички харчування	17,6	17,0	15,0	21,0	19,4	19,5	16,0	22,0	0,0000***
Профілактичні навички	17,6	18,0	15,0	21,0	18,5	18,0	15,0	22,0	0,0019**
Позитивна психічна настанова	20,5	20,0	18,0	23,0	20,9	21,0	18,0	24,0	0,0761
Здорові практики	19,3	19,0	17,0	22,0	20,0	20,0	18,0	23,0	0,0023**

Оскільки стать так суттєво впливає на розрізнення рівня індексу здорових навичок, у наступній частині представлена формула оцінки здоров'язберегаючої поведінки у Польщі та в Україні за статтю. Обрахунки проведено як для сумарної шкали ІЗП, так і для її складових. Для сумарної шкали та підшкал, тобто профілактичні навички, позитивна психічна настанова та здорові практики, не стверджено статистично суттєвих різниць між польською та українською сукупністю. У свою чергу, для шкали «правильні навички харчування» оцінки можна вважати суттєво вищими в групі українських чоловіків. Натомість серед жінок зворотна залежність, дівчата з Польщі мають суттєво вищу середню вартість балів на шкалі правильних харчових навичок (таблиця 16).

Таблиця 16.

Результати індексу здорової поведінки – ІЗП для цілої групи з розподілом за статтю та країною

Країна	ІЗП (разом)							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	74,3	7	6,0	82,0	79,4	80,0	71,0	88,0
Україна	76,1	7	7,5	85,0	78,2	78,0	70,0	87,0
<i>p</i>	0,1364				81			
Країна	Правильні навички харчування							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	17,1	17,0	14,0	20,0	20,0	20,0	17,0	23,0
Україна	18,2	18,0	16,0	21,0	18,9	19,0	16,0	21,0
<i>p</i>	0,0085**				0,0037**			
Країна	Профілактичні навички							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	17,5	18,0	14,0	21,0	18,6	19,0	15,0	22,0
Україна	17,9	18,0	15,0	20,0	18,5	18,0	15,0	22,0
<i>p</i>	0,3382				0,8545			
Країна	Позитивна психічна настанова							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Polska/ Польща	20,4	20,0	18,0	23,0	21,0	21,0	18,0	24,0
Ukraina/ Україна	20,5	21,0	18,0	23,0	20,8	21,0	18,0	24,0
<i>p</i>	0,7680				0,6799			
Країна	Здорові практики							
	Стать							
	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	19,2	19,0	17,0	22,0	20,0	20,0	17,0	23,0
Україна	19,4	19,0	17,0	22,0	20,0	20,0	18,0	22,0
<i>p</i>	0,4771				0,9664			

У таблиці 17 представлено результати порівняльного аналізу чинників, які, на думку опитаних чоловіків і жінок, впливають на їх здоров'я. Аналізом охоплено лише польську та українську групи. Як бачимо, на підставі результатів тесту t , стать не є розрізнявальним чинником поглядів про локус контролю здоров'я. Натомість варто звернути увагу на факт, що найбільше уваги опитані приділяють внутрішньому контролю, а найменше – питанню випадковості.

Таблиця 17.

Відчуття локусу контролю здоров'я в цілій групі під оглядом статі

Локус контролю здоров'я	Стать								p
	чоловік				жінка				
	Me	c_{25}	c_{75}	Me	c_{25}	c_{75}			
Внутрішній контроль	25,8	26,0	23,0	29,0	25,9	26,0	23,0	29,0	0,8928
Вплив інших осіб	20,1	21,0	16,0	24,0	19,7	20,0	16,0	23,0	0,3295
Випадок	18,8	19,0	15,0	22,0	18,9	19,0	16,0	22,0	0,6642

Результати, отримані на підставі питальника МНЛС, зближені як для польської, так і для української груп. Не відзначено суттєвих відмінностей між обома країнами (таблиця 18).

Таблиця 18.

Відчуття локусу контролю здоров'я в цілій групі під оглядом статі та країни

Країна	Внутрішній контроль							
	Стать							
	чоловік				жінка			
	Me	c_{25}	c_{75}	Me	c_{25}	c_{75}		
Польща	25,8	26,0	23,0	29,0	25,6	26,0	23,0	29,0
Україна	25,9	26,0	22,0	30,0	26,1	26,0	23,0	30,0
p	0,8233				0,2812			
Країна	Вплив інших осіб							
	Стать							
	чоловік				жінка			
	Me	c_{25}	c_{75}	Me	c_{25}	c_{75}		
Польща	20,5	21,0	16,0	25,0	19,8	20,0	16,0	23,0
Україна	19,5	20,0	15,0	23,0	19,7	20,0	16,0	23,0
p	0,0745				0,7503			
Країна	Випадок							
	Стать							

	чоловік				жінка			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
Польща	19,1	19,0	15,0	23,0	19,0	19,0	16,0	22,0
Україна	18,4	18,0	16,0	21,0	18,9	19,0	16,0	22,0
<i>p</i>	0,1165				0,6595			

Більша частина опитаних з Польщі декларує паління сигарет. Наявна статистично суттєва різниця між групами з обох країн. Натомість варто звернути увагу на той факт, що різниця не надто значна та частково може бути зумовлена не зовсім ідентичною структурою під оглядом статі. І тому це питання було розглянуто шляхом додаткового роз'єднання за ознакою статі. Різниця є дуже істотною, більше чоловіків ніж жінок палять сигарети.

Таблиця 19.

Частота паління сигарет у цілій групі

Паління сигарет	Країна (<i>p</i> = 0,0108***)		Всього
	Польща	Україна	
ніколи	357 (71,4%)	363 (74,4%)	720 (72,9%)
в минулому	46 (9,2%)	64 (13,1%)	110 (11,1%)
час від часу	57 (11,4%)	34 (7,0%)	91 (9,2%)
регулярно	40 (8,0%)	27 (5,5%)	67 (6,8%)
Всього	500	488	988
Паління сигарет	Стать (<i>p</i> = 0,0012*)		Всього
	чоловік	жінка	
ніколи	310 (67,7%)	410 (77,4%)	720 (72,9%)
в минулому	59 (12,9%)	51 (9,6%)	110 (11,1%)
час від часу	45 (9,8%)	46 (8,7%)	91 (9,2%)
регулярно	44 (9,6%)	23 (4,3%)	67 (6,8%)
Всього	458	530	988

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів незалежності хі-квадрат

Оскільки чинник статі впливає на факт паління сигарет, проведено зіставлення поширення нікотинної залежності в польській та українській групах окремо для жінок та чоловіків. Виявляється, що в польській та українській групах палить схожий відсоток чоловіків, коли мова йде про жінок, то більше палять молоді польки, які час від часу палять майже в три рази частіше ніж українки (таблиця 20).

Таблиця 20.

Частота паління сигарет у цілій групі при врахуванні ознак статі та країни

Паління сигарет	Стать			
	чоловік		жінка	
	Країна ($p = 0,3346^{***}$)		Країна ($p = 0,0052^{***}$)	
	Польща	Україна	Польща	Україна
ніколи	183 (69,1%)	127 (65,8%)	174 (74,0%)	236 (80,0%)
в минулому	28 (10,6%)	31 (16,1%)	18 (7,7%)	33 (11,2%)
час від часу	26 (9,8%)	19 (9,8%)	31 (13,2%)	15 (5,1%)
регулярно	28 (10,6%)	16 (8,3%)	12 (5,1%)	11 (3,7%)

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів незалежності χ^2 -квадрат

Регулярне випивання алкоголю є явищем спорадичним для досліджуваної групи молоді – незалежно від країни. Натомість наявна істотна різниця між обома країнами, спричинена передусім іншим відсотком осіб, які декларують випивання час від часу (майже половина в Польщі та майже 40% в Україні). Контакт з алкоголем мали більше половини опитаних, незалежно від країни. Навичка випивання алкоголю відмінна у групі жінок і чоловіків. Різниця стосується в основному відсотка тих, які зовсім не випивають алкоголю, та відсотка тих, які випивають регулярно. Серед дівчат більший відсоток тих, які не випивають, а серед молоді чоловічої статі більше тих, які випивають (таблиця 21).

Таблиця 21.

Декларована частота випивання алкоголю в цілій групі

Споживання алкоголю	Країна ($p = 0,0001^{***}$)		Всього
	Польща	Україна	
ніколи	222 (44,4%)	233 (46,9%)	455 (45,6%)
в минулому	19 (3,8%)	52 (10,5%)	71 (7,1%)
час від часу	244 (48,8%)	198 (39,8%)	442 (44,3%)
регулярно	15 (3,0%)	14 (2,8%)	29 (2,9%)
Всього	500	497	997
Споживання алкоголю	Стать ($p = 0,0000^*$)		Всього
	чоловік	жінка	
ніколи	188 (40,5%)	267 (50,1%)	455 (45,6%)
в минулому	47 (10,1%)	24 (4,5%)	71 (7,1%)
час від часу	207 (44,6%)	235 (44,1%)	442 (44,3%)
регулярно	22 (4,7%)	7 (1,3%)	29 (2,9%)
Всього	464	533	997

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів незалежності χ^2 -квадрат

Наведено також розклад частоти випивання алкоголю в рамках групи чоловічої та жіночої статей, окремо для опитаних з Польщі та з України. Більше роз'єднання між молоддю з обох країн наявне серед чоловіків, причому в основному воно стосується більшого відсотка тих, які випивають час від часу, що збалансоване меншим серед опитаних з Польщі відсотком тих, які випивали в минулому. Також у групі дівчат наявні істотні відмінності, характер яких схожий на групу хлопців.

Таблиця 22.

Декларована частота випивання алкоголю в цілій групі з врахуванням ознак країни та статі

Випивання алкоголю	Стать			
	чоловік		жінка	
	Країна (p = 0,0023***)		Країна (p = 0,0151***)	
	Польща	Україна	Польща	Україна
ніколи	108 (40,8%)	80 (40,2%)	114 (48,5%)	153 (51,3%)
в минулому	15 (5,7%)	32 (16,1%)	4 (1,7%)	20 (6,7%)
час від часу	129 (48,7%)	78 (39,2%)	115 (48,9%)	120 (40,3%)
регулярно	13 (4,9%)	9 (4,5%)	2 (0,9%)	5 (1,7%)

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів незалежності хі-квадрат

Наявна статистично істотна різниця між мешканцями Польщі та України в частоті використання солі у щоденній дієті. Мешканці України вживають менше цукру. Майже кожна третя особа з Польщі солодить без обмежень. У польській групі без обмежень солодить страви третя частина опитаних осіб, в українській – менше четвертої частини. Не стверджено статистично істотних відмінностей у частоті використання продуктів із вмістом жиру. Більше половини опитаних, як з Польщі, так і з України, не звертають уваги на вміст жиру в продуктах харчування. Українська молодь декларує частіше споживання овочів. Також більшу частоту споживання риби декларують мешканці України, хоч у тому випадку залежність є складнішою. Виявляється, що в Україні більш часті країні підходи – відносно більше осіб споживають рибу кілька разів на тиждень, але також більше взагалі риби не їсть (таблиця 23).

Таблиця 23.

Частота споживання деяких продуктів

Використання в щоденній дієті солі	Країна (p = 0,0244***)		Всього
	Польща	Україна	
не солю	44 (8,8%)	28 (5,6%)	72 (7,2%)
мало	189 (37,8%)	170 (34,2%)	359 (36,0%)
помірно	237 (47,4%)	278 (55,9%)	515 (51,7%)
без обмежень	30 (6,0%)	21 (4,2%)	51 (5,1%)
Всього	500	497	997

Використання цукру для осолодження	Країна (p = 0,0002***)		Всього
	Польща	Україна	
зовсім ні	69 (13,8%)	84 (16,9%)	153 (15,3%)
небагато	49 (9,8%)	85 (17,1%)	134 (13,4%)
помірно	222 (44,4%)	218 (43,8%)	440 (44,1%)
без обмежень	160 (32,0%)	111 (22,3%)	271 (27,2%)
Всього	500	498	998
частота споживання овочів	Країна (p = 0,0000***)		Всього
	Польща	Україна	
щоденно	197 (40,0%)	280 (57,3%)	477 (48,6%)
кілька разів на тиждень	234 (47,5%)	160 (32,7%)	394 (40,1%)
один раз на тиждень	43 (8,7%)	32 (6,5%)	75 (7,6%)
один раз на місяць	9 (1,8%)	10 (2,0%)	19 (1,9%)
не споживаю	10 (2,0%)	7 (1,4%)	17 (1,7%)
Всього	493	489	982
Привертання уваги до вмісту жирів	Країна (p = 0,1140***)		Всього
	Польща	Україна	
споживаю жирні продукти	11 (2,2%)	19 (3,8%)	30 (3,0%)
не звертаю уваги	305 (61,0%)	281 (56,4%)	586 (58,7%)
інколи звертаю увагу	110 (22,0%)	103 (20,7%)	213 (21,3%)
завжди звертаю увагу	74 (14,8%)	95 (19,1%)	169 (16,9%)
Razem/ Всього	500	498	998
частота споживання риби	Країна (p = 0,0000***)		Всього
	Польща	Україна	
щоденно	11 (2,2%)	14 (2,9%)	25 (2,5%)
кілька разів на тиждень	57 (11,4%)	106 (21,8%)	163 (16,5%)
один раз на тиждень	260 (52,2%)	160 (32,9%)	420 (42,6%)
один раз на місяць	139 (27,9%)	163 (33,5%)	302 (30,7%)
не споживаю	31 (6,2%)	44 (9,0%)	75 (7,6%)
Всього	498	487	985

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів незалежності хі-квадрат

Залежність між обраними соматичними прикметами і рівнем витривалості розглядалася за використанням кореляційного аналізу. Зокрема, було використано **коефіцієнт кореляції Спірмена**⁸.

⁸ Коефіцієнт кореляції Спірмена використовується в дослідженні залежності між двома числовими ознаками і є коефіцієнтом, який має вартості з діапазону –1 до 1. Він стійкий від наявності відхилених спостережень і “виявляє” залежності моно тонічного характеру (не лише лінійний, як класичний коефіцієнт лінійної кореляції). Про силу кореляції свідчить абсолютна

Цей коефіцієнт було застосовано, оскільки він стійкий від наявності відхилених спостережень та асиметрії розкладу, що відносно часто трапляється при аналізі соматичних даних або результатів тестування підготовки. Аналіз проведено для об'єднаних польської та української груп, натомість окремо для чоловічої та жіночої статей. Результати проілюстровано за використанням діаграм дисперсії, які підготовлено для всіх підданих аналізу залежностей, які виявились статистично істотними.

Серед чоловіків можна ствердити статистично істотні кореляції поміж соматичними прикметами та результатами тестів серцево-дихальної витривалості. Вплив соматичних прикмет на подолану дистанцію дуже слабкий і має негативний характер – чим більша вартість ВМІ, обхвату талії чи стегон, та зокрема FAT (%), тим коротша дистанція. Майже однакову вартість та знак мають коефіцієнти кореляції між соматичними ознаками та вартістю відносного VO_2 .

Таблиця 24.

Залежність між вибраними соматичними ознаками і параметрами серцево-дихальної витривалості у групі чоловіків

Соматичні ознаки	Серцево-легенева витривалість	
	Дистанція (м)	VO_{2max} (мл/кг/хв)
ВМІ	-0,15 ($p = 0,0014^{**}$)	-0,15 ($p = 0,0015^{**}$)
FAT [%]	-0,25 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,26 ($p = 0,0000^{***}$)
FFM [кг]	-0,01 ($p = 0,7740$)	-0,01 ($p = 0,7975$)
Окружність талії [см]	-0,20 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,20 ($p = 0,0000^{***}$)
Окружність стегон [см]	-0,15 ($p = 0,0015^{**}$)	-0,15 ($p = 0,0016^{**}$)

Піддані аналізу залежності в групі чоловіків проілюстрована на графіках дисперсії 2, 3, 4, 5 та 6.

вартість коефіцієнта, а знак – про його спрямування. Таким чином, коефіцієнти кореляції 0,9 або – 0,9 стверджують однакову (дуже високу) силу кореляції, хоч зроблені на їх підставі висновки будуть супротивними – у першому випадку разом зі зростанням однієї ознаки зростають також вартості другої, а в другому випадку – знижуються. Деякі джерела приймають таку прикметникову шкалу, яка стосується сили кореляції:

- $|R| < 0,3$ – відсутність кореляції;
- $0,3 \leq |R| < 0,5$ – слабка кореляція;
- $0,5 \leq |R| < 0,7$ – середня кореляція;
- $0,7 \leq |R| < 0,9$ – міцна кореляція;
- $0,9 \leq |R| < 1$ – дуже міцна кореляція;
- $|R| = 1$ – ідеальна кореляція.

Результати доповнено результатами істотності коефіцієнта кореляції (p), завдяки яким можливо було ствердити чи знайдена у вибірці залежність відбиває більш загальну реляцію, наявну в цілій популяції, чи це лише справа випадковості.

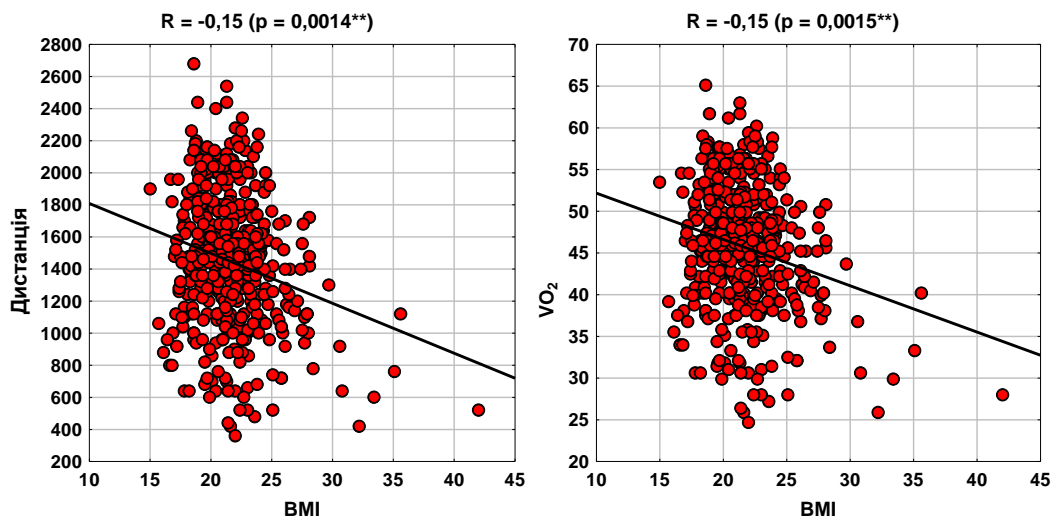


Рис. 2. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO_2 max(мл/кг/хв)

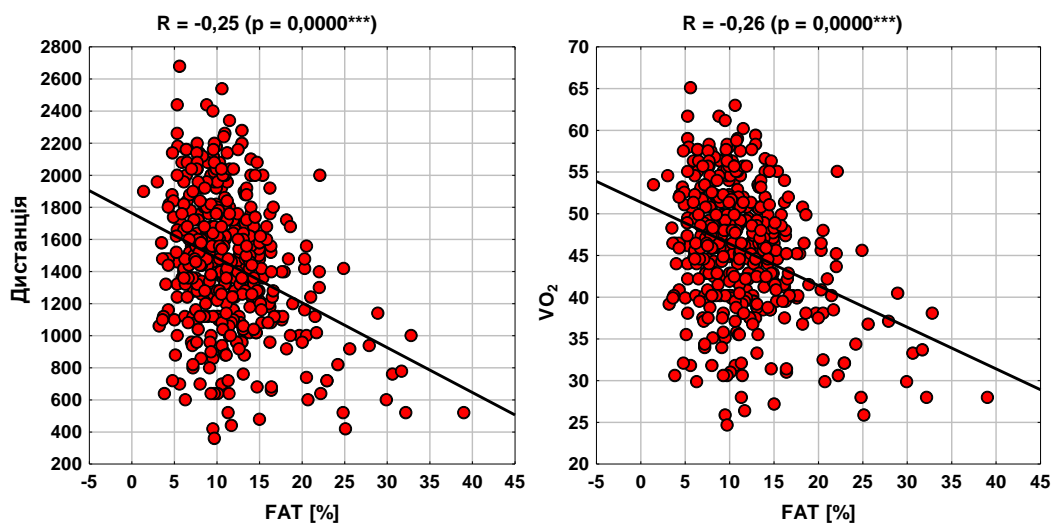


Рис. 3. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO_2 max(мл/кг/хв) від процентного вмісту жирової тканини FAT% у масі тіла у групі чоловіків

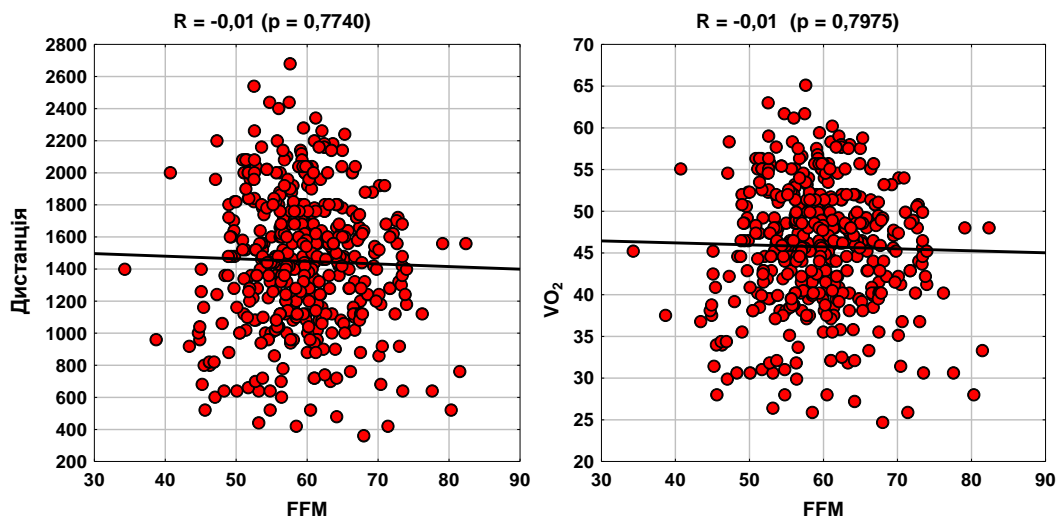


Рис. 4. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня рівня VO₂max(мл/кг/хв) від вмісту безжирової тканини FFM у масі тіла у групі чоловіків

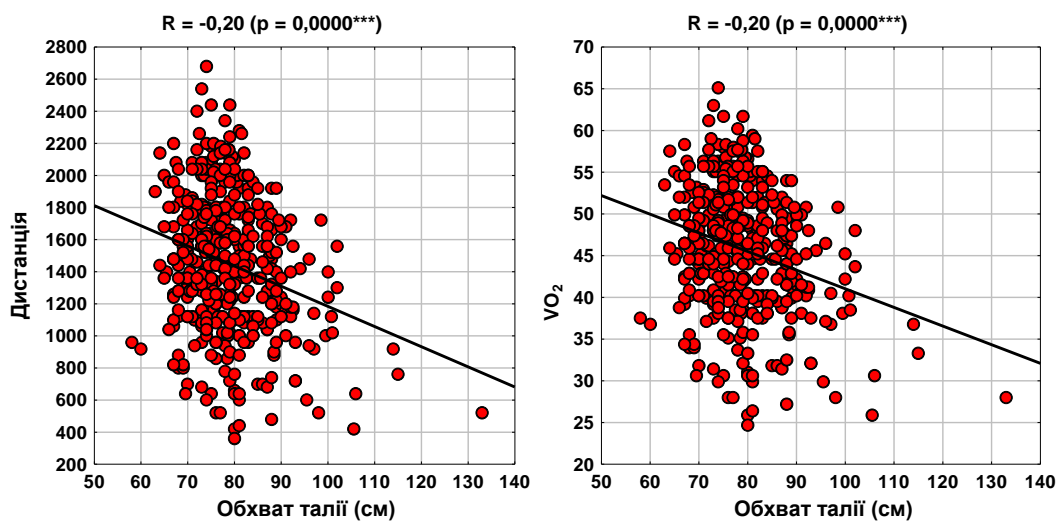


Рис. 5. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO₂max(мл/кг/хв) від обхвату талії у групі чоловіків

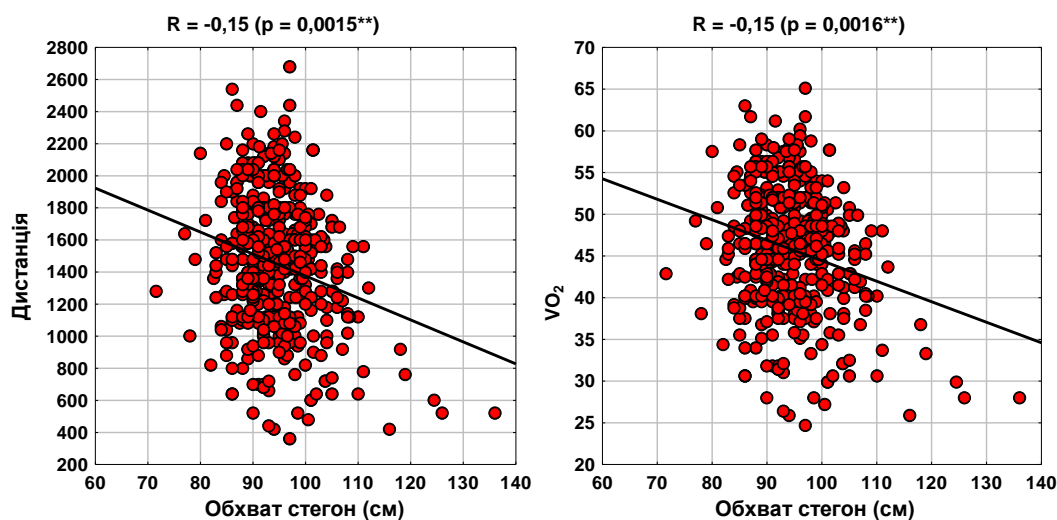


Рис. 6. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO_{2max} (мл/кг/хв) від обхвату стегон у групі чоловіків

У групі жінок наявні подібні за характером залежності. Однак кореляції дещо слабкіші – для FFM та обхвату талії в групі жінок не знайдено кореляції з результатами тесту серцево-легеневої витривалості (таблиця 25).

Таблиця 25.

Залежність між вибраними соматичними ознаками й параметрами серцево-легеневої витривалості у групі жінок

Соматичні ознаки	Серцево-легенева витривалість	
	Дистанція (м)	VO_{2max} (мл/кг/хв)
ВМІ	-0,10 (p = 0,0253*)	-0,10 (p = 0,0307*)
FAT [%]	-0,15 (p = 0,0009***)	-0,15 (p = 0,0007***)
FFM кг]	0,02 (p = 0,5854)	0,03 (p = 0,5195)
Окружність талії [см]	-0,05 (p = 0,2964)	-0,04 (p = 0,3350)
Окружність стегон [см]	-0,14 (p = 0,0024**)	-0,14 (p = 0,0021**)

Піддані аналізу залежності в групі жінок проілюстровано на графіках дисперсії 7, 8, 9, 10 та 11.

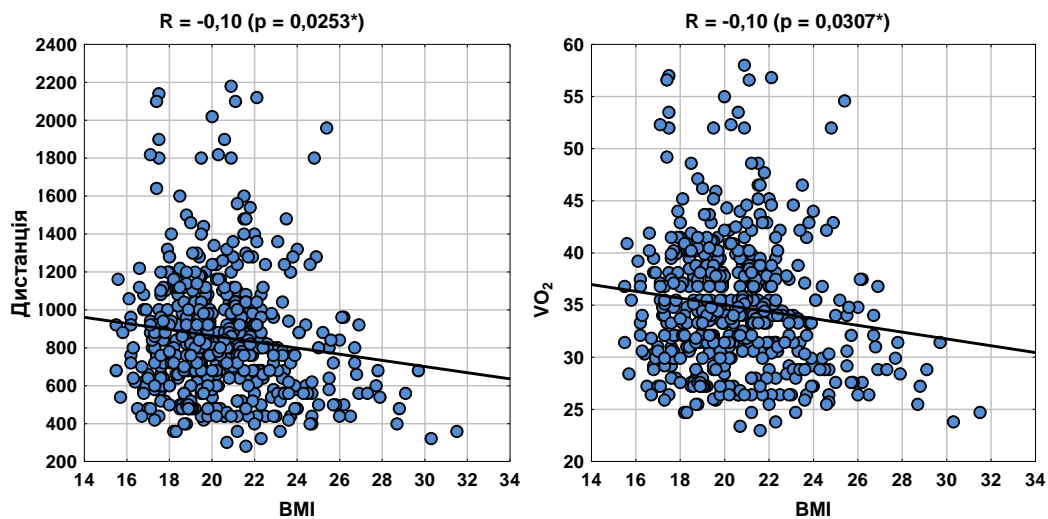


Рис. 7. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO_2 max(мл/кг/хв) від вартості індексу ВМІ у групі жінок

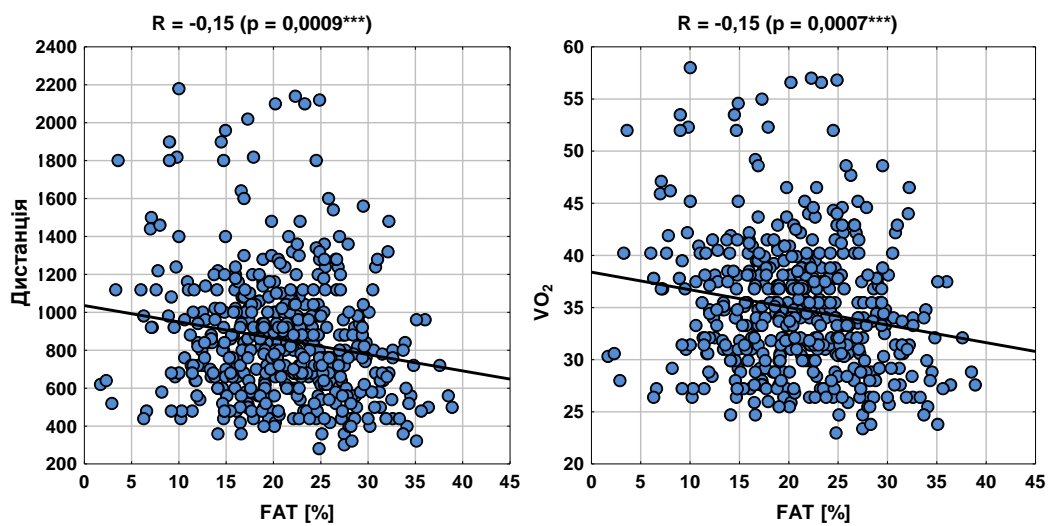


Рис. 8. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO_2 max(мл/кг/хв) від процентного вмісту жирової тканини FAT% у масі тіла у групі жінок

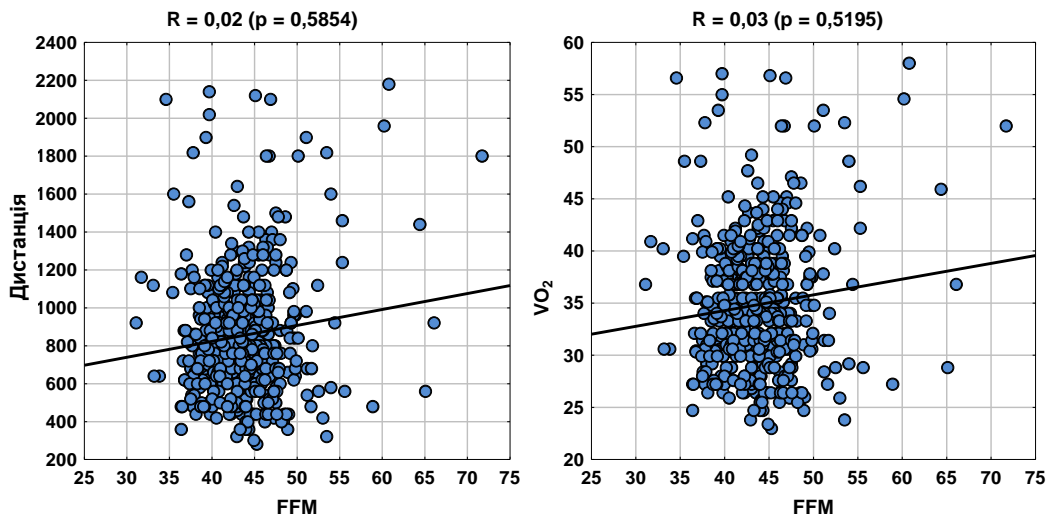


Рис. 9. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня рівня VO_{2max} (мл/кг/хв) від вмісту безжирової тканини FFM у масі тіла у групі жінок

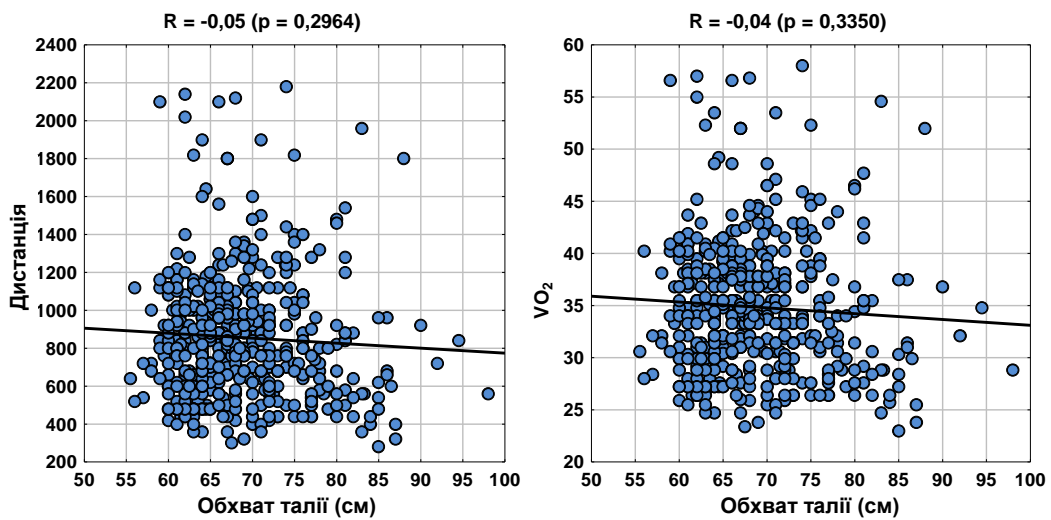


Рис. 10. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO_{2max} (мл/кг/хв) від обхвату талії у групі жінок

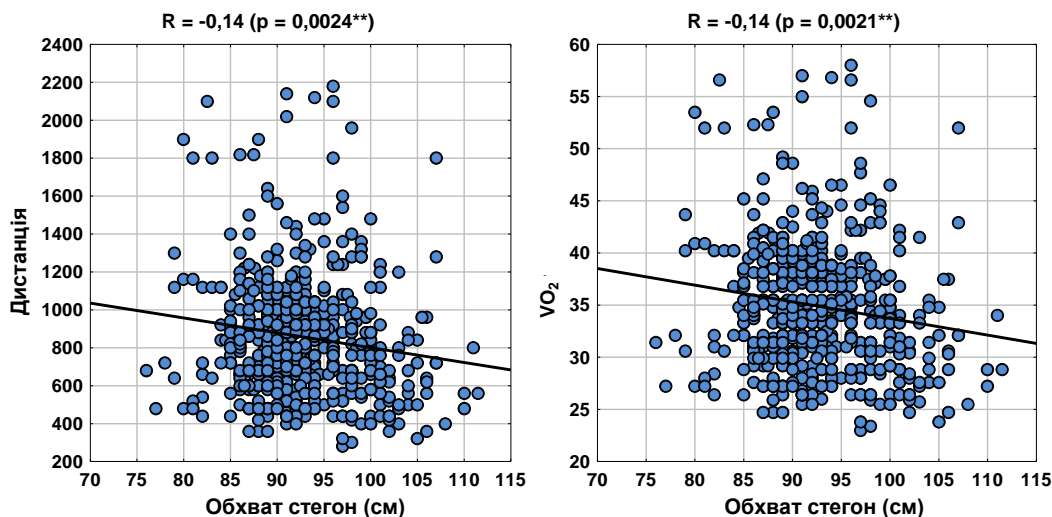


Рис. 11. Залежність подоланої дистанції (м) та рівня VO_{2max} (мл/кг/хв) від обхвату стегон у групі жінок

У подальшому аналізі зіставлено вартості описових статистик (середня, медіана, вентиль для 25 і 75) для серцево-легеневої витривалості стосовно самооцінки працездатності та відтак самооцінки стану здоров'я опитаних осіб. Результати зведено окремо для жінок і чоловіків. Статистично істотну різницю у рівні витривалості у виокремлених групах піддано оцінці з використанням тесту Краскела-Уаліса.

Можна ствердити статистично істотні залежності між самооцінкою стану здоров'я та вимірюванням серцево-легеневої витривалості. У загальному, чим краща самооцінка здоров'я та фізичної працездатності, тим кращі результати у дослідженні витривалості. Такі залежності наявні як у групі чоловіків (таблиця 26, 27, рис. 12, 13), так і серед жінок (таблиці 28, 29, рис. 14, 15). Дещо відмінні результати для групи зі слабким станом здоров'я виникають з дуже невеликої чисельності тої групи, та, у зв'язку з тим, з великої випадковості в оцінці середньої вартості. На графіках відображено результати для подоланої дистанції, причому, на графіку не враховано нетипових результатів для невеликої групи осіб зі слабким/ поганим станом здоров'я.

Таблиця 26.

Залежність між суб'єктивним відчуттям стану власного здоров'я і параметрами серцево-легеневої витривалості у групі чоловіків

Стан здоров'я	Серцево-легенева витривалість							
	Дистанція (м)				VO ₂ max мл/кг/хв			
		Me	C ₂₅	C ₇₅		Me	C ₂₅	C ₇₅
слабкий/ поганий	1400	1460	1080	1740	45,0	46,2	39,5	51,1
середній	1294	1280	1040	1560	43,1	42,9	38,8	48,0
добрий	1382	1400	1120	1660	44,6	45,2	40,2	49,5
відмінний	1605	1600	1330	1960	48,4	48,6	44,1	54,6
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів Краскела-Улліса

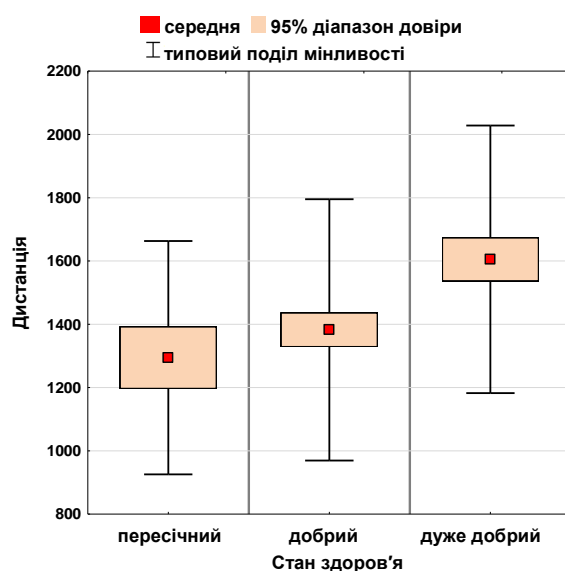


Рис. 12. Середня вартість подоланої дистанції в групі чоловіків разом з 95% діапазоном довіри під оглядом суб'єктивного відчуття стану власного здоров'я

Таблиця 27.

Залежність між суб'єктивним відчуттям стану власної фізичної працездатності і параметрами серцево-легеневої витривалості у групі чоловіків

Рівень фізичної працездатності	Серцево-легенева витривалість							
	Дистанція (м)				VO ₂ max мл/кг/хв			
	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	c_{25}	c_{75}
низький	1109	1080	960	1440	39,7	39,5	37,5	45,9
пересічний	1356	1360	1080	1670	44,2	44,6	39,5	49,7
середній	1430	1420	1160	1720	45,5	45,6	40,9	50,8
високий	1605	1640	1360	2000	48,3	49,2	44,6	55,1
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів Краскела-Улліса

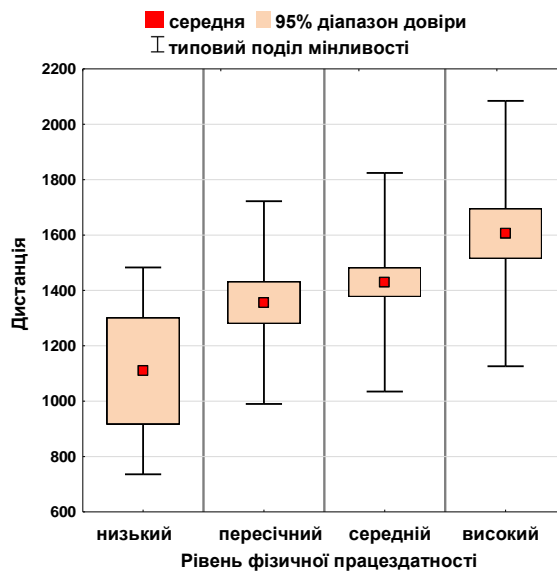


Рис. 13. Середня вартість подоланої дистанції у групі чоловіків разом з 95% діапазоном довіри під оглядом суб'єктивного відчуття стану власної фізичної працездатності

Таблиця 28.

Залежність між суб'єктивним відчуттям стану власного здоров'я і параметрами серцево-легеневої витривалості у групі жінок

Стан здоров'я	Серцево-легенева витривалість							
	Дистанція (м)				VO2max (мл/кг/хв)			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
слабкий/поганий	1060	1120	640	1420	38,8	40,2	30,6	45,6
пересічний	726	680	520	900	32,3	31,4	28,0	35,8
добрий	846	800	640	1000	34,7	34,0	30,6	38,1
відмінний	996	980	720	1200	37,6	37,8	32,1	41,5
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів Краскела-Улліса

Таблиця 29.

Залежність між суб'єктивним відчуттям стану власної фізичної працездатності та параметрами серцево-легеневої витривалості у групі жінок

Рівень фізичної працездатності	Серцево-легенева витривалість							
	Дистанція (м)				VO2max (мл/кг/хв)			
		Me	c ₂₅	c ₇₅		Me	c ₂₅	c ₇₅
низький	701	720	520	800	31,9	32,1	28,0	34,0
пересічний	791	760	560	960	33,6	33,3	28,8	37,5
середній	875	830	660	1040	35,3	34,4	31,0	38,8
високий	1023	940	760	1200	38,1	37,1	33,3	41,5
<i>p</i>	0,0000***				0,0000***			

p – вартість тестової ймовірності, обрахована з використанням тестів Краскела-Улліса

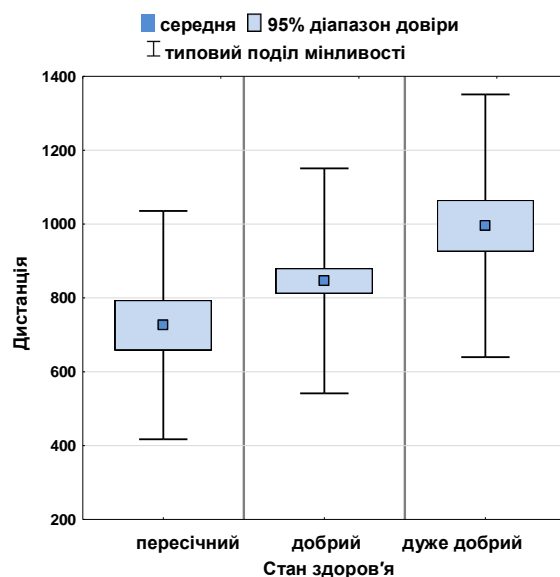


Рис. 14. Середня вартість подоланої дистанції у групі жінок разом з 95% діапазоном довіри під оглядом суб'єктивного відчуття стану власного здоров'я

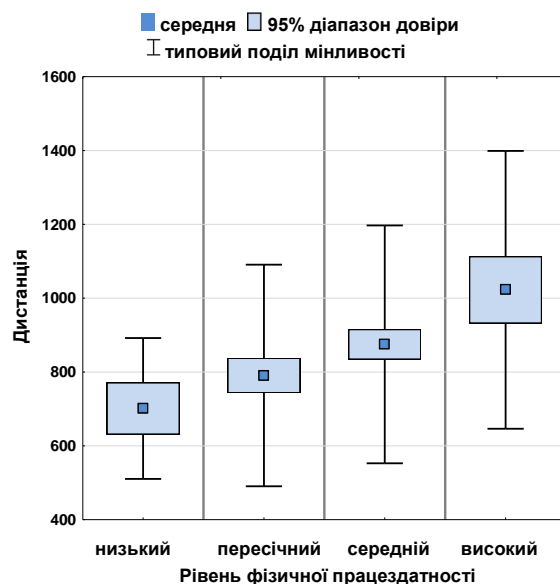


Рис. 15. Середня вартість подоланої дистанції у групі жінок разом з 95% діапазоном довіри під оглядом суб'єктивного відчуття стану власної фізичної працездатності

7. Підсумки, коментарі, рекомендації

Рух, як головна форма фізичної активності, обумовлює належний розвиток організму, запобігає дегенеративним змінам, цивілізаційним хворобам, зокрема хворобам серцево-судинної системи (Расіньска, 2007). Фізична підготовленість є позитивним індикатором здоров'я. Вона забезпечує кращу реакцію організму на фізичні зусилля й адаптує його до умов довкілля. Стан здоров'я населення – це важливий фактор, який впливає на якість людського капіталу, і в економічних теоріях трактується як чинник, що визначає продуктивність підприємств і розвиток економіки у довгостроковій перспективі. У рекомендаціях Європейського Союзу щодо фізичної активності, пов'язаних із сектором публічного здоров'я, стверджують, що треба здійснювати політику втручання або реалізовувати програми, спрямовані на підвищення фізичної активності з метою поліпшення здоров'я. Важливим завданням для сектора публічного здоров'я є покращення якості вимірювань фізичної активності у дослідженнях стану здоров'я населення (Європейська комісія з питань здоров'я і спорту, 2008). У суспільному вимірі сектор публічного здоров'я має проводити діяльність у напрямі зміни норм фізичної активності й отримання громадської підтримки для реалізації заходів у сфері корисної для здоров'я фізичної активності на рівні громад і всього населення (Юнгер 2003). Ці норми можна окреслити як описові норми (які популяризують позитивне ставлення до фізичної активності), суб'єктивні норми (які заохочують до суспільного схвалення фізичної активності) й особисті норми (які популяризують особисте залучення в інтенсивнішу фізичну активність). Однак, треба пам'ятати, що зростання рівня фізичної активності суспільства належить до компетенції декількох секторів, більшість із яких є публічними (наприклад, спорт, здоров'я, освіта, зокрема школи).

У громадській думці вплив на інтенсивність вікових змін має покращення соціально-економічних умов (наприклад, в європейських країнах після системних трансформацій), розмивання соціальних відмінностей, гетерозис, зміни у харчуванні і захисні щеплення. Акселерація стосується також фізичного розвитку дітей і молоді, однак результати досліджень студентської молоді свідчать, що віковий соматичний розвиток не завжди супроводжується позитивними змінами моторики (Асенкевич, 2007). З кожним етапом освіти зростає критичне ставлення учнів до участі у заняттях з фізичного виховання. У звіті Верховної контрольної палати, підготовленому за результатами перевірки державних шкіл у Польщі, звертається увага на щораз більшу прірву між кваліфікацією учителів фізичного виховання (рівень освіти яких отримав хорошу оцінку) та очікуваннями учнів, особливо щодо цікавості занять і можливості альтернативної участі в інших формах рухової активності, а не тільки у запропонованих учителем командних іграх, які базуються на змагальності (Верховна контрольна палата). Зростання гіпокінезії серед дітей і молоді починає супроводжуватися ожирінням (Мазур, 2011). Більше половини підростаючих осіб, які покидають школу, стають фізично неактивними, що призводить до зниження толерантності до фізичного навантаження. Фізична активність пов'язана з ризиком серцево-судинних захворювань. Стверджують, що результати силових випробувань для людей із негативним кардіологічним діагнозом є факторами, які прогнозують серцево-судинні захворювання (Майерс, 2002).

На основі досліджень, у яких дотримані критерії доказової медицини (Evidence-Based Medicine – ЕМВ), стверджують, що відсутність фізичної активності відповідної інтенсивності є незалежним істотним чинником ризику виникнення атеросклеротичного захворювання (Собещаньска, 2009). Тому

доцільно включати їх до програми занять із фізичного виховання, звісно, запланованим і контрольованим способом. Належним чином підготовлені програми покращення фізичної активності можуть з успіхом формувати відповідний рівень витривалості серцево-легеневої і дихальної систем (Дунн, 1999). Стимулом для систематичних цілеспрямованих занять має бути співвідношення відстані, яку пробігла молода людина, з рівнем витривалості. Пропонуємо також базувати систему шкільного фізичного виховання у Польщі та в Україні на концепції H-RF (Health-Related Fitness). Зіставлення результатів витривалості учня (подоланої дистанції) і показника будови тіла (FAT% або BMI) з номограмами FITNESSGRAM стане мотивацією для розвитку фізичного стану, спрямованого на покращення здоров'я. Для проведення діагнозу учасникові не потрібні дорогі, важко доступні вимірювальні інструменти. Він сам може оцінити прогрес або регрес результатів, а також порівняти їх з результатами населення. Проведення випробувань анонімно і не наражає досліджуваного на дискомфорт від інтерпретації результатів. Перевіряючи результати на інтернет-платформі (FITNESSGRAM, www.studentfit.eu), учасник долучається до інформаційного суспільства і превентивної інформаційної медицини.

Ця діяльність, запроваджена у середніх школах, має бути основою системи само оцінювання, призводячи до структурних змін у сфері шкільної фізичної культури в Польщі та в Україні. Результатом такої діяльності має стати заохочення учнів до піклування про рівень оптимальної або високої витривалості серцево-легеневої системи упродовж усього життя. У підсумку це призведе до покращення стану здоров'я і підвищення задоволення від життя навіть у період пізньої старості. Цю програму можна буде застосовувати для планування занять із фізичного виховання підростаючого покоління, ефективно долучаючись до реалізації її цілей і засад.

Унаслідок проведених досліджень, аналізу залежності серцево-легеневої витривалості порівняно з суб'єктивною оцінкою здоров'я, а також суб'єктивною оцінкою витривалості, розроблено норми серцево-легеневої витривалості для учнів середніх шкіл Польщі та України (табл. 30).

Таблиця 30.

Рекомендовані значення серцево-легеневої витривалості шкільної молоді віком 17- 18 років, визначені довжиною подоланої бігом дистанції з застосування 20 mSRT (20-метрового човникового тесту - Beep Test)

Категорія/стать	Категорія серцево-легеневої витривалості відповідно до подоланої дистанції [м]			
	низька	середня	добра	висока
дівчата	<620	620- 800	800-1020	>1020
хлопці	<1120	1120-1460	1460-1760	> 1760

Аналіз зібраного матеріалу дає змогу навести декілька коментарів і порад, які можуть лягти в основу шкільної програми формування здорового способу життя молоді.

1. Більшість польської та української молоді, яка брала участь у дослідженнях, характеризується низьким або середнім рівнем фізичної активності у вільний час, який не перевищує 2000

Ккал/тиждень. Однак, у цьому діапазоні витрат калорій активність української молоді однозначно вища.

Рекомендуємо, щоб директор школи зобов'язав учителя раз на півріччя проводити моніторинг рухової активності учнів у вільний час у формі спільного з ними аналізу рухової діяльності, яку вони здійснюють у цей час, щоб учитель надихав їх і заохочував покращувати наявний стан разом з оцінкою, надсилаючи відповідну інформацію і завдання батькам.

2. Кожний четвертий чоловік і кожна четверта жінка характеризуються низькими показниками серцево-легеневої витривалості (рекомендованими для цієї вікової групи). Однаковою мірою серед чоловіків і серед жінок рівень серцево-легеневої витривалості вищий у польських учасників дослідження порівняно з українськими.

Рекомендуємо раз на півріччя проводити вимірювання серцево-легеневої витривалості (найкраще загальношкільне) за допомогою 20м човникового Веер-тесту, який дає змогу легко провести дослідження у великій групі осіб, при потребі повторити його, а учнів, які не досягли нормативних значень, охопити діяльністю, спрямованою на покращення наявного стану (наприклад, допомогти спланувати оздоровче тренування).

3. За винятком FFM у групі, яка брала участь у дослідженні, серцево-легенева витривалість негативно корелюється з характеристиками соматичної системи, особливо у молоді чоловічої статі.

Рекомендуємо, щоб обов'язковим елементом шкільних занять з фізичного виховання на початку і наприкінці року було надання учням і батькам інформації, яка базується на дослідженнях висоти і маси тіла і його компонентів (FFM, FAT%, TBW), показників WHR і BMI, про значення їх для здоров'я, зокрема для рівня серцево-легеневої витривалості і запобігання серцево-судинним захворюванням. Таку роботу може провести, наприклад, медсестра.

4. Для мешканців України школа і сім'я є безумовно кращим джерелом інформації про здоров'я, ніж у Польщі.

Рекомендуємо розширити освітню діяльність, яка здійснюється в рамках занять з валеології, особливо в польських школах. Виглядає так, що у цій сфері польська школа не виконує своєї ролі.

5. Незважаючи на країну походження, вищий рівень поведінки, що сприяє здоров'ю, мають жінки.

Рекомендуємо звернути більше уваги на чоловічу статтю, яка більшою мірою, ніж жінки, визначає свій рівень серцево-легеневої витривалості негативною кореляцією з соматичними характеристиками, а невідповідне ставлення до харчування є найчастішою причиною цього.

6. Вживання молоддю алкоголю, як з польського, так і з українського боку, однозначно частіше, ніж куріння.

Виглядає, що проблема контактів молоді з алкоголем набуває характеру епідемії і самої лише освітньої діяльності (навіть посиленої) без системних рішень, які є в компетенції керівників управління освіти і директорів шкіл, недостатньо.

7. Респонденти, які брали участь у дослідженні, мають проблему з раціональним харчуванням, не звертаючи уваги на вміст жиру у придбаних продуктах, вживання цукру і солі у щоденному харчуванні. Споживання риби значно частіше декларують в Україні, ніж у Польщі.

Рекомендуємо звернути значно більшу увагу на раціональне харчування шкільної молоді за допомогою відповідних тренінгів і навіть занять з фізичного виховання, проведених у формі навчальних ігор і тематичних конкурсів, які порушують питання правильного харчування.

8. Значно краще стан свого здоров'я оцінює польська молодь.

Нижчий рівень оцінки молоддю власного здоров'я може бути пов'язаний зі станом українських медичних служб. Це видно по способу отримання інформації на тему здоров'я, коли медичні

служби як джерело інформації називаються значно рідше, ніж у Польщі. Водночас, українська молодь отримувала статистично значно нижчі результати у вимірюванні серцево-легеневої витривалості, яка, у свою чергу, значно корелюється з суб'єктивним відчуттям власного здоров'я.

9. Чим краща самооцінка здоров'я і власного фізичного стану, тим кращі результати дослідження серцево-легеневої витривалості.

Ці зв'язки між самооцінкою здоров'я, власним фізичним станом і рівнем серцево-легеневої витривалості настільки міцні, що учителю фізичного виховання у своїй практиці з метою визначення можливого рівня серцево-легеневої витривалості замість тесту варто використовувати опитування. Це допоможе йому зорієнтуватися у можливостях учня і вже на самому початку полегшить планування можливих дій. Можливий біговий тест підтвердить або заперечить вчинені дії (особливо в діапазоні учнів, які перебувають нижче нормативних показників).

10. Анкетовані з Польщі та з України однаковою мірою вважають, що треба збільшити кількість годин фізичного виховання у школах.

Виглядає, що це позитивний факт, однак потрібно врахувати, що у дослідженнях брали участь учні, які надали письмову згоду на участь у проекті, і можна допустити, що вони входять до групи тих, які охоче відвідують заняття з фізичного виховання. У проведених дослідженнях прослідковується така залежність: хто любить фізичне виховання, той хоче його у більшій кількості, хто не любить, той хоче менше. Зате бажання брати участь у додаткових заняттях, спрямованих на покращення серцево-легеневої витривалості, знаючи, що її рівень суттєво впливає на стан здоров'я, виразила значна група учнів, які не хотіли збільшення кількості занять з фізичного виховання. Це свідчить про те, наскільки важливим елементом у процесі формування відповідального ставлення молоді до здоров'я є учитель, його участь, допомога і відповідна мотивація, а також заохочення учнів до щоденної фізичної активності.

Literatura

- ASIENKIEWICZ, R. – TATARCZUK, J. 2007. Trend sekularny cech somatycznych i zdolności motorycznych młodzieży akademickiej Zielonej Góry, In *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Warszawie*, 2007, 3, 47, s.145-57
- BEDWORTH A., BEDWORTH B. 2001. *The Profession and Practice of Health Education*, WM. Brown Publishers, p. 472.
- BEEKLEY, M.D.- ABE, T.- KONDO, M.- MIDORIKAWA, T.- YAMAUCHI, T. 2006, Comparison of normalized maximum aerobic capacity and body composition of sumo wrestlers to athletes in combat and other sports. In *J. Sport Sci. Med.*, 2006, 5, p. 13–20.
- BISHOP, G.D. 2000. *Psychologia zdrowia*. Wrocław : Astrum, 2000. 116-132 s.
- BOCHNIAK, A. 2010. Zachowania zdrowotne jako element zdrowego stylu życia, In *Lekarz Wojskowy*.2010, 88, 2, s. 1-8
- BOGUSZ R., CHARZYŃSKA-GULA M.L., GRZESIAK A. i in. 2013. Współpraca pielęgniarek szkolnych z nauczycielami wychowania fizycznego w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(4), s. 413-419.
- BOONEN, A. - VRIES, N. - RUITER, S. et al. 2009. Przewodnik HEPS. Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach. Woerden : NIGZ. 2009. s.32.
- BOREHAM C. , ROBSON P. J. , GALLAGHER A. M. [et al]. 2004. Tracking of physical activity, fitness, body composition and diet from adolescence to young adulthood: the Young Hearts Project, Northern Ireland, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, V.1, Reżim dostępu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC524366>.
- BRANCA F. NIKOGOSIAN H. , LOBSTEIN T. 2009. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, WHO, P. 392.
- BRONIKOWSKI M., SZCZEPANOWSKA E., MACIASZEK J. 2005, Lab or gym? Dilemma on choosing a research battlefield in fighting against obesity in youth, *Papers Anthr*; XIV, s. 29–42.
- CENDROWSKI Z. 2011, Nowa podstawa programowa wychowania fizycznego jako początek transgresji [w:] Pańczyk W., Warchoń K. (red.) Nowe – bliższe zdrowiu wychowanie fizyczne (poszukiwania), UR, Rzeszów 2011.
- CHARZYŃSKA-GULA M. (2012), Szkolna edukacja zdrowotna jako priorytet zdrowia publicznego, [w:] Szymborski J. (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, s.121.
- CHARZYŃSKA-GULA M., DOBROWOLSKA B., KACHANIUK H. i in. (2013), Cooperation of the school nurse with the teacher of physical education in implementing school health education, *ZdrowiePubliczne*, 123 (1), s. 15-18.
- CHARZYŃSKA-GULA M., JAWORSKA M., BOGUSZ R. i in. (2013), Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum w świetle opinii wybranej grupy uczniów, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(4), s. 431-438.
- CHARZYŃSKA-GULA M., SYGIT K., SYGIT M. i in. (2013), Problems of health education in rural areas in Poland, *Ann Agric Environ Med.*, 20(3): 515–522.
- CHATTERJEE P., BANERJEE A.K. i wsp. 2010. A Regression Equation for the Estimation of Maximum Oxygen Uptake in Nepalese Adult Females, *Asian Journal of Sports Medicine*, Vol 1 (No 1), March, s. 41–45.

CHRZANOWSKA, M., 1992. Biologiczne i społeczno-ekonomiczne determinanty rozwoju podskórnej tkanki tłuszczowej u dzieci i młodzieży. In Wydawnictwo Monograficzne 49. Kraków: AWF Kraków, 1992. 293 s.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. 2007. *White Paper on a strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues* [online]. 2007. [cit. 2014-10-12]. : <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:EN:PDF>

CURRIE C. , ROBERTS CH. , MORGAN A. [et al.]. 2004. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international 2001/2002 survey, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Reżym dostępu : <http://www.hbsc.org/publications/reports.html>.

CZAJKOWSKA, A.- LUTOSŁAWSKA, G.- MAZUREK, K.- AMBROSZKIEWICZ, J.- KĘSKA, A., ŻMIJEWSKI, P. 2009. The relationship between activity energy expenditure, cardiorespiratory fitness, body composition and risk factors in young, lean men and women. In *Med Sport.*, 2009, 13 (4). s. 224–230.

CZAJKOWSKA, A.- LUTOSŁAWSKA, G.- MAZUREK, K.-AMBROSZKIEWICZ, J.- KARABA-JAKOVLJEVIĆ, D.- POPADIĆ-GACESA, J.- GRUJIĆ, N.- BARAK, O.- DRAPSIN, M. 2007. Motivation and motoric test in sports. In *Med. Pregl.*, 2007, 60 (5–6), p. 231–236.

CZERSKA E. 2011. Wychowanie fizyczne w reformie programowej [w:] Pańczyk W., Warchoń K. (red.) *Nowe – bliższe zdrowiu wychowanie fizyczne (poszukiwania)*, UR, Rzeszów 2011.

DOLIŃSKA-ZYGMUNT, G. 2001. Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne, In *Podstawy Psychologii Zdrowia*. Wrocław : Uniwersytet Wrocławski, 2001. s. 33

DRABIK J., RESIAK M. (2009), *Nauczyciel jako pedagog i promotor zdrowia*, Wyd. AWF, Gdańsk.

DRABIK, J. 1996. *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych. Cz. II*. Gdańsk : AWF i S, 1996. 232 s.

DRYGAS, W. - KWAŚNIEWSKA, M. - SZCZEŚNIEWSKA, D. et al. 2005 Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki Programu WOBASZ. *Kard Pol*, 2005, 63, supl 4, s. 636–640

DUNN, A.L. – MARCUS, B.H. – KAMPERT, J.B. et al. 1999. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial, In *Jama*, 1999, 281,4, p. 327-34

ELMADFA I. WEICHSELBAUM E. 2004. European nutrition and health report, *Annals of Nutrition and Metabolism*, V. 48, Suppl. 2, P. 1–16.

EU PLATFORM ON DIET, PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH. 2005. *Diet, physical activity and health a European Platform for action*. [online]. 2005. [cit. 2014-10-12]: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/docs/platform_charter.pdf

EUROFIT. Handbook for Eurofit Tests of Physical Fitness. 1993. Council of Europe. Strasbourg: 1993

European Status Report on Alcohol and Health (2010), World Health Organization, P. 373 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf.

FORUM DEBATY PUBLICZNEJ (2013), *Jak wspierać zdrowie Polaków? Zdrowie publiczne na rzecz zdrowia społeczeństwa*, Wyd. Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, nr 26, Warszawa 2013, <http://www.prezydent.pl/dialog/fdp/biuletyny-fdp/>

Fourth International Conference on Health Promotion – Access mode : <http://www.who.int/healthpromotion/.../Jakarta/>.

GARNIER, D.- BENEFICE, E. 2001. Habitual physical activity of Senegalese adolescent girls under different working conditions, as assessed by a questionnaire and movement registration. In *Ann Hum. Biol.* ISSN 0301-4460, 2001, 28, p.79–97.

- GLÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY. 2011. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Warszawa : Zakład Wydawnictw Statystycznych. 2011. 596 s. ISBN 83-7027-399-8
- GORAN, M.- FIELDS, D.A.- HUNTER, G.R.- HERD, S.L.- WEINSIER, R.L. 2000. Total body fat does influence maximal aerobic capacity. In *Int. J. Obes.*, 2000, 24, p. 814–848.
- GORTMAKER S. L., MUST A. , PERRIN DIETZ J. [et al.]. 1993. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood, *New England Journal of Medicine*, V. 329, P. 1008–1012.
- HESZEN, I. – SEK, H. 2007. *Psychologia zdrowia*. Warszawa : PWN, 2007. 90-104 s.
- HICKNER, R.C.- MEHTA, P.M.- DYCK, D.- DEVITA, P.- HOUMARD, J.A.- KOVES, T. 2001. Relationship between fat-to-fat-free mass ratio and decrements in leg strength after downhill running. In *J. Appl. Physiol.*, 2001, 90, p. 1334–1341.
- HUK-WIELICZUK E., MARCINKOWSKI J.T. (2009), Uczelnie wyższe wychowania fizycznego wobec aktualnych potrzeb edukacji zdrowotnej. *Probl Hig Epidemiol*, 90(4): 470-476.
- HUNT, B.E.- DAVY, K.P.- JONES, P.J.- DESOUZA, C.A.- VAN PELT, R.E.- TANAKA, H. 1998. Role of central circulatory factors in the fat-free mass - maximal aerobic capacity relation across age. In *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.*, 1998, p. 275.
- JEGIER, A. - STASIOŁEK, D. 2001. Skuteczna dawka aktywności fizycznej w prewencji pierwotnej chorób układu krążenia i promocji zdrowia, In *Med. Sportiva*, 2001, 5 supl 2, s. 109-118
- JUNGER, J. 2003. Šport pre všetkých a voľný čas. In: *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie „Telesná výchova a šport v treťom tisícročí“*. FHPV PU, SVSTVŠ, IASK, 26. – 27. 6. 2003, Prešov, s. 545 – 559.
- KARABA-JAKOVLJEVIĆ D., POPADIĆ- GACESA J., GRUJIĆ N., BARAK O., DRAPSIN M., „Motivation and motoric test in sports” *Med. Pregl.*, 2007, 60 (5-6), 231-6
- KATZMARZYK, P.T.- MALINA, R.M.- SONG, T.M.K.- BOUCHARD, C. 1998. Physical activity and health-related fitness in youth: a multivariate analysis. In *Med Sci Sports Exerc.*, 1998, 30, p. 709–714.
- KEMPER, H.C.G. 1999. Longitudinalne badania stanu zdrowia i wydolności fizycznej młodzieży – interakcje z aktywnością sportową. In *Med Sport.*, 1999, 3 (2), s. 103–107.
- KOMISJA EUROPEJSKA ds. SPORTU i ZDROWIA. 2008. *Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej*. Uchwała z dnia 25.09.2008. Bruksela. [online]. 2008. [cit. 2014-10-12]: http://ec.europa.eu/sport/documents/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_pl.pdf
- KOWALSKA J. E. (2010), Zajęcia z edukacji zdrowotnej – koncepcja i realizacja praktyk studentów Uniwersytetu Łódzkiego, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” nr 10 s. 10-17
- KUBIŃSKA Z. 2010., Nauczyciel wychowania fizycznego promotorem zdrowia? [w:] *Wychowanie fizyczne i sport w szkole*. Szalenciec Z., Bergier J. (red.). Komisja Nauki, Edukacji i Sportu Senatu Rzeczypospolitej Polskiej. - Warszawa : Kancelaria Senatu, -(Problemy Nauki i Wychowania): 50-58.
- KUBIŃSKA Z. 2013., Koordynator edukacji zdrowotnej w szkole w opinii nauczycieli wychowania fizycznego. Seria „Monografie i rozprawy” nr 1, Wyd. Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska.
- KUSY K. 2000. Rodzinne wyznaczniki aktywności fizycznej i sprawności fizycznej dzieci poznańskich. Praca doktorska, Poznań.
- KUŚNIERZ C. 2013. Uczniowskie kompetencje z wychowania fizycznego w opinii nauczycieli województwa opolskiego, „*Journal of HealthSciences*”, 3 (12), s.79-92.
- KVAAVIK E. TELL G. , KLEPP K.-I. [et al.]. 2003. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, V. 157, P. 1212–1218.

- LAMB K.L., ROGERS L. 2007. A re-appraisal of the reliability of the 20 m multi-stage shuttle run test. *European Journal of Applied Physiology*, 100 (3), s. 287–292.
- LAMBERTA J., AGOSTONIA C., ELMADFAA I. [et al.]. 2004. Dietary intake and nutritional status of children and adolescents in Europe, *British Journal of Nutrition*, V. 92, Suppl. 2, P. 147–211.
- LEGER L., MERCIER D., et al. 1988. The multistage 20 metre shuttle run test for aerobic fitness. *J Sports Sci* 6 (2), s. 93–101.
- LEGER L.A., LAMBERT J. 1982. A Maximal Multistage 20-m Shuttle Run Test to Predict $\dot{V}O_2$ max. *European Journal of Applied Physiology*, 49, s. 1–12.
- MAKOWSKA, B. 2010. Wybrane elementy oceny jakości życia studentów studiów niestacjonarnych, In *Zdrowie - Kultura Zdrowotna - Edukacja*. Gdańsk: AWF i S Gdańsk, 2010, t. V, s. 25-31.
- MAZUR, A. 2011. Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce, In *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*. Rzeszów, 2011, 2, s.158–163
- MEN (2009), Podstawa programowa z komentarzami „Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa” tom 8, Warszawa.
- MINISTERSTWO ROZWOJU REGIONALNEGO. 2011. *Raport Polska 2011 Gospodarka-Społeczeństwo-Regiony*. Warszawa. [online]. 2011. [cit. 2014-10-12]: http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/Ewaluacja_i_analizy/Raporty_o_rozwoju/Raporty_krajowe/Documents/Raport_Polska_2011.pdf
- MIREK, W. - MLECZKO, E. - JANUSZEWSKI, J. 2008. Aktywność ruchowa krakowskich studentów a ich sprawność fizyczna, In *Antropomotoryka*, 2008, 41, s.49-68
- MLECZKO, E. - JANUSZEWSKI, J. 2007. Ewaluacja sprawności fizycznej krakowskich studentów: założenia teoretyczne, implikacje praktyczne, In *Antropomotoryka*. ISSN, Kraków, 2007, 39, s.
- MLECZKO, E. 1991. Przebieg i uwarunkowania rozwoju funkcjonalnego dzieci krakowskich między 7 a 14 rokiem życia. Kraków: Wyd. Monograficzne, 44, AWF Kraków, 1991.
- MLECZKO, E.- MIREK W. 2009. The social structure transformation and inter-generational changeability of somatic and motor development in cracovian students. In *Antropomotoryka*, 2009, 47, p. 37–41.
- MUST A. TYBOR D. 2005. Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth, *International Journal of Obesity*, V. 29, Suppl. 2, P. 84–96.
- MYERS, J. – PRAKASH, M. – FROELICHER, V. et al. 2002. Exercise Capacity and Mortality Among Men Referred for Exercise Testing, In *New England Journal of Medicine*, 2002, 346, 11, p. 793-801
- MYNARSKI, W. - TOMIK, R. 2003. Koncepcja „sprawności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie” jako podstawa edukacji fizycznej, In *Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia. Sectio D*, 2003. Vol. LVIII, Suppl. XIII, 168, s.349-353
- NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI. 2013., Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych. Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 108/2013/P/12/067/KNO, NIK, Warszawa, www.nik.gov.pl
- NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI. Departament Nauki, Oświaty i Dziedzictwa narodowego. 2010. *Informacja o wynikach kontroli Wychowanie Fizyczne i sport w szkołach publicznych*. [online]. 2010. [cit. 2014-10-12]: <http://www.nik.gov.pl/plik/id,1942,vp,2355.pdf>
- NOWAK P.F. 2011. Nauczyciel wychowania fizycznego promotorem zachowań prozdrowotnych w szkole, *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 35, s. 70-76.
- NOWAK P.F. 2012. Leaders of health education in the modern school, *ZdrowiePubliczne*, 122 (2), s. 185-188.

- NOWAK P.F. 2012. Model edukacji zdrowotnej w polskiej szkole w opiniach nauczycieli, *Hygeia Public Health*, nr 47 (2), s. 207-210.
- NOWAK P.F. 2012. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, nr 18 (3), s.171-175.
- OGIŃSKA-BULIK, N. 2002. *Modyfikacja zachowań typu A u dzieci i młodzieży*. Łódź : Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2002. 8 s.
- OJA, P.- LAUKKANEN, R.- PASANEN, M.- TYRY, T.- VUORI, J. 1991. A-2 km walking test for assessing the cardiorespiratory fitness of health adults. In *J. Sport Med.* ISSN 0172-4622, 1991, 12, p. 356–362.
- OSIŃSKI, W. 2010. O potrzebie teoretycznego myślenia i różnorodności celów w testowaniu sprawności fizycznej, In *Współczesne metody badań aktywności, sprawności i wydolności fizycznej człowieka*. Warszawa : AWF Warszawa 2010, s.5-19
- OSIŃSKI, W.1991. Zagadnienia motoryczności człowieka. Wyd. II. Skrypt 66, AWF Poznań, 1991.
- OSTROWSKA M. 2010. Szkolna edukacja zdrowotna - szanse i zagrożenia, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* nr 3 s. 4-6
- OSTROWSKA, A. 1999. *Styl życia a zdrowie: z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa : IFiS PAN, 1999. 13-14 s.
- PHILIP W., JAMES T., JACKSON-LEACH R. [et al.]. 2004. Overweight and obesity (high body mass index), Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors, Ezzati M., Lopez A. D., Rodgers A., Murray C. J. L. eds., Geneva : World Health Organization, Vol. 1, P. 497–596.
- PACHOLCZYK, M. - FERENC, T. - KOWALSKI, J. 2008 a. Zespół metaboliczny. Część III: Postępowanie prewencyjne i terapeutyczne w zespole metabolicznym, In *Postępy Hig Med. Dosw.* e- ISSN 1732-2693 [online]. 2008, 62, s. 530-542. [cit. 2014-10-12]: www.phmd.pl
- PACHOLCZYK, M. - FERENC, T. - KOWALSKI, J. 2008. Zespół metaboliczny. Część I: Definicje i kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego. Epidemiologia oraz związek z ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2, In *Postępy Hig Med. Dosw.* e- ISSN 1732-2693 [online]. 2008, 62, s. 530-542. [cit. 2014-10-12]: www.phmd.pl
- PALICZKA V.J., NICHOLS A.K., i wsp. 1987. A multi-stage shuttle run a predictor of running performance and maximal oxygen uptake in adults. *British Journal of Sports Medicine*, 21 (4), s. 163–165.
- PAPIERNIK H. (2011), Transformacja wychowania fizycznego - szansa czy konieczność?, *Lider* 1/239
- PATE, R.R. 1989. The case for large scale physical fitness testing in american youth. In *Ped. Exerc. Sci.* ISSN 0899-8493, 1989, 1, p. 290–294.
- PRZEWĘDA R. 1993. Środowiskowe uwarunkowania motoryczności człowieka. w: Osiński W. (red.) *Motoryczność człowieka – jej struktura, zmienność, uwarunkowania*. Monografie, Nr 310, AWF Poznań, s. 161–174.
- PRZEWĘDA, R. - DOBOSZ, J. 2003. Kondycja fizyczna polskiej młodzieży, In *Studia i Monografie – AWF nr 98*. Warszawa : AWF Warszawa 2003
- PRZEWĘDA, R.- DOBOSZ J. 2007. Kondycja fizyczna polskiej młodzieży. Warszawa: AWF w Warszawie, 2007.
- PRZYBYLSKI, W.- SZWARC, A. 1998. Piłka nożna – trening. Część II. Gdańsk: AWF, 1998.
- RAMSBOTTOM R., BREWER J. i wsp. 1988. A progressive shuttle run test to estimate maximal oxygen uptake. *British Journal of Sports Medicine*, 22 (4), s.141–144.
- RASIŃSKA, R. 2007. Aktywność ruchowa jako ważny czynnik w zachowaniach prozdrowotnych młodzieży akademickiej – porównanie dotychczasowych badań z badaniami przeprowadzonymi w Wyższej

Szkole Hotelarstwa i Gastronomii, In *Współczesne problemy hotelarstwa, gastronomii, turystyki i rekreacji*. Poznań : WSHiG, Poznań 2007, s. 327-37

REILLY J. J. 2005. Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity, *Best Practice & Research, Clinical Endocrinology & Metabolism*, V. 19, P. 327–341.

ROMANOWSKA-TOLŁOCZKO, A. 2011. Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych, In *Hygeia Public Health*. s. 89-93

ROWLAND, T.W. 1990. Exercise and children's health. Champaign: Human Kinetics III, 1990.

ROZPORZĄDZENIE MEN z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr 4/2009, poz. 17).

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. z 2009 r. nr 4, poz. 17, ze zm.

RYĆ, K. – SKRZYPCZAK, Z. 2011. *Ochrona zdrowia na świecie*. Kraków : Wolters Kluwer, 2011. 301 s.

SCHNEIDER R. 1958. *Methods and Materials of Health Education*, W.B. Saunders Company, Philadelphia & London.

SERDULA M. K. , IVERY D. , COATES R. J. [et al.]. 1993. Do obese children become obese adults? A review of the literature *Preventive Medicine*, V. 22, P. 167–177.

SHYYAN O. 2005. International Experience and Ukrainian Approach in Health Promotion through Physical Education, *Prozdrowotny styl życia uwarunkowany społeczne*, redakcja T. Lisicki, B. Wilk, A. Walentukiewicz, Gdansk, P.133 – 139.

SHYYAN O. 2010. Policies for Introducing New Knowledge to Health Educators in Ukraine, Olena Shyyan, ATEE 2009 Annual Conference Proceedings, Editors: Mireia Montané and Joana Salazar, Brussels: [s. n.], Belgium, P. 205–215.

SHYYAN O. SLYVKA Y., TURCHYK I. 2011. Health education as a part of life circle training teachers of physical education in Ukraine, 36th Annual Conference of the Association for Teacher Education in Europe "Teachers' Life-cycle from Initial Teacher Education to Experienced Professional", 24th – 28th August, Riga, P.165.

SHYYAN O. SLYVKA Y., TURCHYK I. 2014. Developing Physical Education student Teachers' for professional identities as Health educators in Ukraine, Annual Conference of the Association for Teacher Education in Europe. 24th – 28th August, Porto., - P. 165.

SLYVKA Y., SHYYAN O. 2010. Professional development of teachers of physical education as health educators in Ukraine, Yevheniya Slyvka, Olena Shyyan, Responsibility, challenge and support in teachers' life-long professional development: thesis from 35th Annual conference of the association for teacher education in Europe, Budapest, P. 139.

SOBIESZCZAŃSKA, M. – KAŁKA, D. – PILECKI, W. et al. 2009. Aktywność fizyczna w podstawowej i pierwotnej prewencji choroby sercowo-naczyniowej, In *Pol. Merk. Lek.* ISSN 1426-9686, 2009. XXVI, 156, 659

SOKOŁOWSKA M. 2011. Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym - szanse i bariery, *Remedium*, nr 7/8 s. 42-44

SZOPA, J. 1990. Genetyczne i środowiskowe uwarunkowania rozwoju somatycznego między 7 a 14 rokiem życia: wyniki logitudinalnych badań rodzinnych. Kraków: Wyd. Monograficzne, 42, AWF Kraków, 1990.

SZOPA, J. 1996. *Podstawy antropomotoryki*. Warszawa: PWN, 1996. 223 s.

TONES K. 1990. The power to choose: health education and the new public health, Health Education Unit, Leeds Polytechnic, UK.

TURCHYK I., KRUCZYCH T., LUKJANCHENKO M., DJATLENKO S. 2010. The peculiarities of physical education programme in Ukraine, Journal of Physical Education and Health, vol.1 (2), 43-48

WARCHOŁ K. 2009. Wychowanie fizyczne a nowa podstawa programowa. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 5/2009, s. 47-49.

WARCHOŁ K., CYNARSKI J. 2011. Wybrane problemy współczesnej teorii i metodyki wychowania fizycznego, PWSZ, Krosno 2011.

WARCHOŁ K. 2013. Autorski program nauczania wychowania fizycznego, postawa, aktywność, wiedza, umiejętności, sprawność. Dla I, II, III i IV etapu edukacji wraz z rocznymi planami pracy, konspektami zajęć i przedmiotowymi systemami oceniania. Wydawnictwo Fosze, Rzeszów 2013.

WARREN C., LEA V., LEE J. [et al.] 2009, Change in tobacco use among 13-15-year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey (2009), Global Health Promotion, V. 16,P. 38–90.

WILLIAMS J., WAKE M., HESKETH K. [et al.] 2005. Health-related quality of life of overweight and obese children, Journal of the American Medical Association, V. 293, P. 70–76.

WIŚNIEWSKA-ŚLIWIŃSKA H., MARCINKOWSKI J.T., WIŚNIEWSKI S.A. (2010), Opinie nauczycieli wychowania fizycznego względem ustanowienia ich głównymi edukatorami zdrowotnymi w szkołach. Hygeia Public Health, 45(2): 206-2012.

WISMAR M., MCKEE M., ERNST K., SRIVASTAVA D., BUSSE R. 2008. Health Targets in Europe : learning from experience, World Health Organization, Observatory Studies Series No 13, P. 165, ISBN 978 92 890 4284 0.

WOLAŃSKI, N.1983. Rozwój biologiczny człowieka. Warszawa: PWN, 1983.

WOLNY B. (2010), A physical education teacher as a part of school health education. Human Movement, 11 (1) : 81 –88.

WOLNY B. 2014. Edukacja zdrowotna integralnym elementem oceny z wychowania fizycznego, Wyd. ORE, Warszawa.

World Bank (2009), An avoidable tragedy. Combating Ukraine's health crisis. Lessons from Europe.

WORLD HEALTH ORGANIZATION CONSULTATION OF OBESITY. 2000. *Preventing and Managing the Global Epidemic. Raport of a WHO Consultation*. Geneva : WHO, 2000. 252 s.

WOYNAROWSKA B. 2008. Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja. ProblHigEpidemiol, 89(4): 445-452.

WOYNAROWSKA B. 2009. Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. ProblHigEpidemiol, 90(3): 293-298.

WOYNAROWSKA B. 2010. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wyd. PWN, Warszawa.

WOYNAROWSKA B. 2012a. Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce.

WOYNAROWSKA B. 2012b. Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych. Wydawnictwo ORE, Warszawa.

WOYNAROWSKA B. 2012c. Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół gimnazjalnych. Wydawnictwo ORE, Warszawa.

WOYNAROWSKA B. 2013. Blok „edukacja zdrowotna” – wdrażanie w wychowaniu fizycznym w gimnazjach. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 10: 4-8

WOYNAROWSKA B. 2011. Nowy status edukacji zdrowotnej w szkole [w:] Pańczyk W., Warchoł K. (red.) Nowe – bliższe zdrowiu wychowanie fizyczne (poszukiwania), UR, Rzeszów 2011.

WOYNAROWSKA B., KOMOSIŃSKA K., MAŁKOWSKA-SZKUTNIK A. i in. (2012), Realizacja zajęć z bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach w pierwszych latach wdrażania nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego, *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 56 (4), s.5-14.

WOYNAROWSKA B., OSTASZEWSKI K., KULMATYCKI L. 2014. Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnostyka i rekomendacje, *Studia BAS*, 2 (38), s.169-187.

WOYNAROWSKA, B. 2000. red.: *Zdrowie i szkoła*. Warszawa : PZWL, 2000. 68 s.

WOŹNIAK-HOLECKA J., SOBCHYK K. 2013. Organizacja szkolnej edukacji zdrowotnej dotyczącej otyłości u dzieci. *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine*, 16 (4) : 64-70.

WRONA-WOLNY W., MAKOWSKA B. 2011. Opinie studentów - przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego dotyczące realizowanych przez nich zajęć z edukacji zdrowotnej w szkole. *Hygeia Public Health*, 46(4): 477-483.

ZADARKO-DOMARADZKA M., MATŁOSZ P., WARCHOŁ K. (2013), Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego. *Probl Hig Epidemiol*, 95(3): 673-678.

ZDROJEWSKI, T. et al. 2007. Prewencja chorób układu sercowo-naczyniowego w Narodowym Programie POLKARD w latach 2003-2005, In *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. Kraków : 2007. 387 s. tom 1, s. 111-117

ZHU W., MAHAR M.T., WELK G.J. i wsp. 2011. Approaches for Development of Criterion-Referenced Standards in Health-Related Youth Fitness Tests. *Am J Prev Med*, 41(42), s. 68–76.

ŻOŁYŃSKI S. (2011), Edukacja zdrowotna - szansa na zmianę niekorzystnych tendencji i wskaźników zdrowotnych polskiego społeczeństwa, *Lider*, nr 1/239 s. 23

АРЕФ’ЄВ В., ЄДИНАК Г. 2007. Фізична культура в школі (молодому спеціалісту), №3 вид. Кам’янець-Подільський, Рута.

БАБИЧ В. І. 2006. Стан професійної підготовки майбутніх учителів фізичного виховання до формування культури здоров’я школярів, В. І. Бабич, Проблеми освіти: наук.-метод. зб. – К., Інститут інноваційних технологій і змісту освіти, Вип. 48, с.213–217.

БАЛАКІРСЬКА О. М., БОНДАР Т. В., РИНГАЧ Н. О. [та ін.]. 2008. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України. К.: Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 152 с.

БЕЗВЕРХНЯ Г.В. 2004. Мотивація до занять фізичною культурою і спортом школярів 5–11-х класів, Дис. канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02. Умань, Уманський держ. педагогічний університет.

ВАЛЕОЛОГІЯ: інформ.-метод. зб. 1996. К.: Знання, 336 с.

ДЕРЖАВНИЙ СТАНДАРТ БАЗОВОЇ І ПОВНОЇ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ. 2004. Інформаційний збірник Міністерства освіти і науки України, № 1/2, с. 30–65.

ДЕРЖАВНИЙ СТАНДАРТ ПОЧАТКОВОЇ ЗАГАЛЬНОЇ ОСВІТИ. 2000. Освіта України, № 50, с. 1–32 (вкладка).

ДЖАККАРТСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРОДОЛЖЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ В 21-ОМ СТОЛЕТИИ. 1997. Женева, ВООЗ, с.46.

ЗАКОН УКРАЇНИ „ПРО ЗАГАЛЬНУ СЕРЕДНЮ ОСВІТУ”. 1999. Урядовий кур’єр, № 125/126, с. 5–8.

КАЗНАЧЕЕВ В. П. 1996. Основание формирования программы общей и частной валеологии, *Валеология*, № 4, с. 75 –82.

КОНЦЕПЦІЯ НЕПЕРЕРВНОГО ВАЛЕОЛОГІЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ОСВІТИ В УКРАЇНІ. 1998. Здоровье Украины, № 6.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ НАВЧАЛЬНИХ ДОСЯГНЕНЬ УЧНІВ ІЗ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ. 2008.

КРУЦЕВИЧ Т.Ю та ін. 2012. Програма для загальноосвітніх навчальних закладів «Фізична культура. 1-4 класи», Видавничий дім "Освіта", Київ.

КРУЦЕВИЧ Т.Ю. 2008. Теорія і методика фізичного виховання, Київ, Олімпійська література.

КУЛЕБА М. 2004. Страждальці за партами, Марія Кулеба, Україна молода, № 65.

МИКИТЮК О. М. ОЛЕНА ШИЯН. 2013. Формування особистості вчителя в процесі ціннісного ставлення до здоров'я. Молодь і ринок, №8(103), с.25–29.

МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я. 2006. Навчальна програма спецкурсу для студентів спеціальностей „Дошкільне виховання”, „Початкове навчання”, „Біологія”, „Фізкультура”, „Психологія”, „Соціальна педагогіка” та „Дефектологія” педагогічних ВНЗ України (освітньо-кваліфікаційний рівень – бакалавр), уклад. В. Шахненко, С. Цуканова, С. Страшко, Х. : Петрова І. В., 24 с.

ПРОГРАМА КУРСУ „ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРА”. 1994. Програми курсів основ природничих дисциплін за вибором для загальноосвітніх шкіл, ліцеїв, гімназій, К. : Освіта, с. 51–62.

ПРОГРАМА КУРСУ „ОСНОВИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ” ДЛЯ УЧНІВ УСІХ СТУПЕНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ. 1994. Програми курсів основ природничих дисциплін за вибором для загальноосвітніх шкіл, ліцеїв, гімназій, К. : Освіта, с. 30 – 50.

СЕЙМУР САРАСОН 2004. Політичне провідництво і можливі невдачі в реформуванні освіти, пер. з англ. Галини Пехник., Л.: Літопис, с.176.

СІНГАЄВСЬКИЙ С.М. 2002. Фізичне виховання – здоров'я школярів: методологічні, змістово-спрямувальні та управлінські основи впровадження в практику, С.М. Сінгаєвський, Кам'янець-Подільський, КПДПУ, інф.-вид. відділ, с.312.

СТАТИСТИЧНИЙ ЩОРІЧНИК УКРАЇНИ ЗА 2008 РІК. 2009. Держкомстат України, Київ, 567 с.

ТИПОВІ НАВЧАЛЬНІ ПЛАНИ ДЛЯ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ. 2009.

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В ШКОЛІ: 5-11 КЛАСИ: МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК. 2011. Київ, Літера ЛТД., 368 с.

ХУДОЛІЙ О.М. 2008. Загальні основи теорії та методики фізичного виховання, Харків, ОВС.

ШАХНЕНКО В., ЦУКАНОВА Є. 2001. Школи ЗСЖ та БЖД: концепція, Освіта, 28 лист.–5 груд., с. 6 – 8.

ШИЯН Б.М. 2008. Теорія і методика фізичного виховання школярів, Тернопіль, Навчальна книга Богдан.

ШИЯН О. І. 2010 а. Державна освітня політика з питань забезпечення здорового способу життя молоді, монографія, Л. : Львівський державний університет фізичної культури, 295 с.

ШИЯН О. 2010 б. Освітня політика щодо забезпечення здорового способу життя школярів Львівщини, Olena Shyyan, Aktywnosc na cale zycie - zdrowie i sprawnosc studentow pod kontrola, redakcja Zbigniew Barabasz, Emilian Zadarko, Panstwowa Wyzsza Szcola Sawodowa w Krosnie, Krosno, P. 431 – 443.

ШИЯН О.І. 2012. Формування середовища сприятливого для здоров'я у контексті забезпечення якості освіти, Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту, Харків, - № 8. - С. 120 -123.

ШИЯН О.І., СОРОКОЛІТ Н.С., ТУРЧИК І.Х. 2013. Здорова школа: аспекти фізичного виховання: метод. посіб. Львів, Кольорове небо.

ЯРЕМЕНКО О.О. 2005. Фізична культура як неодмінна складова формування здорового способу життя молоді, О. О. Яременко та ін., с. 46-63.

Для нотаток

A series of 22 horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a template for taking notes.

Науково-методичне видання

Посібник

Вибрані аспекти шкільної освіти з основ здоров'я на прикладі стилю життя польської та української молоді

Еміліан Задарко, Збігнев Барабаш, Олена Шиян, Едита Нізіол-Бабяж, Євгенія Сливка,
Марія Задарко-Домарадзька, Ірина Турчик, Кшиштоф Фрончек, Юрій Наконечний

Технічна редакція - Ліліана Кудрик

Проект обкладинки - Яцек Внук

Підписано до друку 15.12.2014 р. Формат 70×100/16. Папірофсет. Гарнітура Тип Таймс. Друк різнограф.
Ум.друк.арк. 12,24. Наклад 100 прим.

Підготовлено до друку в редакційному відділі

Львівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти

79000, м. Львів, вул. Огієнка, 17

Надруковано в друкарні
МПНВКП фірма «Вимір»
82100, м. Дрогобич, вул. Бориславська, 14
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК №2078 від 14.10.2005