

Якість життя та фізична активність як показники здоров'язбережної компетенції педагогів

Павлова Ю.О.

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація:

Досліджено якість життя та рівень фізичної активності вчителів фізичної культури, основ здоров'я, трудового навчання, захисту Вітчизни та педагогів-організаторів середніх навчальних закладів Львівської області (Україна). За допомогою питальників MOS SF 36 та IPAQ проведено опитування 402 осіб віком 24–78 років. Найвищу якість життя та рівень фізичної активності мали вчителі фізичної культури. Якість життя вчителів інших навчальних дисциплін була на рівні осіб із хронічними захворюваннями. Рівень фізичної активності у вільний час був особливо низький у вчителів основ здоров'я та педагогів-організаторів. На роботу середньої і значної потужності ці групи педагогів витрачали не більше 433 MET-хв/тиждень. Рівень фізичної активності педагогів, за винятком вчителів фізичної культури, недостатній для поліпшення здоров'я та свідчить про невисокий рівень здоров'язбережної компетенції.

Павлова Ю.А. Качество жизни и физическая активность как показатели здоровьесберегающей компетенции педагогов. Исследовано качество жизни и уровень физической активности учителей физической культуры, основ здоровья, трудового обучения, защиты Отечества и педагогов-организаторов средних учебных заведений Львовской области (Украина). С помощью опросников MOS SF 36 и IPAQ проведен опрос 402 респондентов возрастом 24–78 лет. Наивысшее качество жизни и уровень физической активности имели учителя физической культуры. Качество жизни учителей других учебных дисциплин было как у опрашиваемых с хроническими заболеваниями. Уровень физической активности в свободное время был особенно низок у учителей основ здоровья и педагогов-организаторов. На работу средней и значительной мощности эти группы педагогов тратили не более 433 MET-мин/неделю. Уровень физической активности педагогов, за исключением учителей физической культуры, недостаточный для улучшения здоровья и свидетельствует о невысоком уровне здоровьесберегающей компетенции.

Pavlova Iu.A. Quality of life and physical activity as indicators of health-preserving competence of teachers. The quality of life and physical activity of teachers of physical culture, basic of health, labour, the defense of Motherland and pedagogue-organizers from secondary schools Lviv region (Ukraine) were investigated. The 402 persons (age 24-78 years) were surveyed with the use of questionnaires MOS SF 36 and IPAQ. The highest quality of life and level of physical activity have teachers of physical culture. It is considered the quality of life of teachers of other subjects similar to persons with chronic diseases. The level of physical activity in leisure time was particularly low for teachers of Basic of Health and pedagogue-organizers. The teachers spent no more than 433 MET-min/week for moderate- and vigorous-intensity activity. The level of physical activity of teachers (besides the physical education teachers) was insufficient to improve health and indicate about low level of health-preserving competence.

Ключові слова:

фізична активність, якість життя, здоров'я, вчитель.

физическая активность, качество жизни, здоровье, учитель.

physical activity, quality of life, health, teacher.

Вступ.

Здоров'я – це цілісне та водночас багатокomпонентне поняття, що характеризує певний динамічний стан людини, здатність до саморегуляції та адаптації, рівень життєдіяльності та життєздатності. Показники здоров'я є комплексними індикаторами якості життя (якість життя, пов'язана із здоров'ям, health related quality of life, *HRQOL*), оскільки у них відображено біологічні, духовні, соціальні зв'язки людини, здобутки культури та освіти.

Згідно Всесвітньої організації охорони здоров'я, основним чинником, що визначає та формує здоров'я, є спосіб життя. Шкідливі та нездорові звички (куріння, алкоголізм, наркоманія, низьке споживання овочів та фруктів, брак фізичної активності) та зумовлені ними захворювання (високий артеріальний тиск, рівень холестерину та ожиріння) є причиною незадовільної медико-демографічної ситуації в Україні та низької якості життя наших громадян (за результатами доповіді “Стан охорони здоров'я у Європі, 2005 рік. Заходи охорони здоров'я для поліпшення стану здоров'я дітей та всього населення”). Чинником, який безпосередньо поліпшує стан здоров'я є фізична активність. Заняття фізичною культурою та спортом попереджують розвиток серцево-судинних захворювань, діабету, онкологічних захворювань, депресивних станів, поліпшують ментальні здібності та настрої [9, 12, 14]. Таким чином, рівень рухової активності – важливий індикатор здоров'я, який дозволяє охарактеризувати фізичне, психічне і соціальне функціонування людини у певному середовищі. Тому його вивчення необхідне під час комплексної оцінки рівня благополуччя населення.

Першочерговими на сьогодні є ідентифікація та дослідження чинників, що формують здоров'я та визначають якість життя дітей та молоді, в той же час можна прослідкувати зв'язок між станом здоров'я вчителя та здоров'ям його вихованців [1]. А, отже, з одного боку здоров'я та якість життя молоді – прогностичний показник майбутнього благополуччя населення, а з іншого – на нього суттєвий вплив має спосіб життя дорослих.

Згідно визначення ВООЗ, здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювань чи фізичних дефектів. Тому більшість досліджень щодо вивчення якості життя, пов'язаної із здоров'ям, проводять відповідно до тристоронньої концепції, яка передбачає аналіз фізичної, психічної та соціальної складових [3, 5].

У якості життя виділяють компоненти – об'єктивну і суб'єктивну, також окремо розглядають соціальні відносини, вплив навколишнього середовища на повсякденну діяльність [3, 5, 17]. Об'єктивну оцінку якості життя можна визначити як сукупність певних показників, за допомогою яких можна охарактеризувати рівень задоволення потреб населення, а суб'єктивну – як таку, що відображає ступінь психологічного комфорту у межах історично сформованого середовища [11, 13, 15]. Для об'єктивного чи суб'єктивного оцінювання складових якості життя можна використовувати індикатори. Наприклад, ступінь фізичного благополуччя визначають за можливістю виконувати щоденну діяльність, психічну компоненту якості життя характеризують за допомогою емоційного стану, соціальне благополуччя

– за допомогою суспільних взаємозв'язків та контактів тощо. Безпосередній позитивний вплив на усі згадані індикатори має фізична активність.

У низці моніторингових досліджень показано, що низький рівень фізичної активності є основною причиною розвитку неінфекційних захворювань та летальних випадків, пов'язаних із ними. У США близько 250 000 смертельних випадків щорічно зумовлені малорухомим способом життя (за даними American Heart Association), а у країнах ЄС рівень фізичної активності недостатній для підтримання і поліпшення стану здоров'я щонайменше у двох третин дорослого населення (за результатами моніторингового дослідження “Євробарометр”). Рівень фізичної активності залежить від соціально-економічного становища, освітнього рівня, професії [3, 6, 7, 11, 15]. Особи із невисоким освітнім рівнем або поганим матеріальним становищем мають низький рівень фізичної активності, подібно як і респонденти, які працюють більше фізично, менше часу приділяють заняттям фізичною культурою та спортом у вільний час.

Фізична активність позитивно впливає на якість життя осіб із хронічними захворюваннями, поліпшуючи психічне самопочуття [13]. Фізичні вправи помірної потужності є ефективним засобом лікування депресій та тривожностей. Середня за потужністю робота тривалістю щонайменше 30 хвилин поліпшує усі показники якості життя [10].

Незважаючи на те, що більшість науковців підтверджують позитивний вплив фізичної активності на усі або деякі показники якості життя [16], механізми, що лежать в основі такого впливу до кінця не зрозумілі і мало вивчені. Гостро на сьогодні стоїть проблема розробки, валідації та використання методів досліджень, які дозволили б порівнювати якість життя та рівень фізичної активності мешканців різних країн світу.

Робота виконана за планом НДР Львівського державного університету фізичної культури.

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Метою роботи було дослідити якість життя та рівень фізичної активності педагогів середніх загальноосвітніх навчальних закладів.

Завдання дослідження:

- визначити якість життя педагогів, які викладають різні навчальні предмети, зокрема основи здоров'я та фізичну культуру;
- встановити відмінності між моделлю якості життя осіб різного віку;
- порівняти фізичну активність та рівень енергетичних витрат на виконання фізичної роботи середньої та високої потужності педагогами, які викладають різні навчальні предмети.

Організація та методи досліджень. Для вирішення поставлених завдань було проведено соціологічне опитування вчителів загальноосвітніх шкіл Львівської області. Опитування проводили у 2011 році, у ньому взяли участь 402 особи (251 жінка, 151 чоловік), віком 24–78 років. Частка осіб, віком 31–50 років становила 64,2 %. Респонденти працювали у Бродівському, Городоцькому, Дрогобицькому, Жидачівському, Жовківському, Золочівському, Миколаївському, Пус-

томитівському, Самбірському, Сокальському, Стрийському, Старосамбірському, Яворівському районах. Якість життя визначали за допомогою питальника MOS SF 36, який передбачає оцінювання HRQOL за різними шкалами (табл. 1). Крім того дослідили загальну психологічну компоненту якості життя (ЗПК) та загальну фізичну компоненту якості життя (ЗФК).

Фізичну активність та рівень енергетичних витрат на виконання різної фізичної роботи вивчали за допомогою питальника IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Опрацювання даних передбачало обчислення рівня енергоспоживання під час фізичної роботи, тобто величини MET (metabolic equivalent of task). 1 MET – це використання 3,5 мл O₂ на 1 кг ваги за 1 хв, що аналогічне використанню 1 ккал на 1 кг за 1 год. Значення 3,3 MET, 4,0 MET і 8,0 MET відповідає низькій, середній або значній за потужністю фізичній активності, відповідно. Кінцеві результати подавали у MET-хв/тиждень.

Для статистичного опрацювання результатів вимірювань використовували програму OriginPro8.1. Незалежні між собою вибірки порівнювали, використовуючи непараметричний тест Крускала-Воліса (Kruskal-Wallis ANOVA). Достовірними вважали відмінності при рівні значимості не нижче 95 % ($p < 0,05$).

Результати дослідження.

Збільшення кількості дітей із хронічними захворюваннями викликає занепокоєння медиків, педагогів та науковців. За даними Академії Медичних Наук України здоровими є лише 6–10 % підлітків віком 12–18 років причому значне погіршення стану здоров'я припадає на період навчання у школі. У зв'язку з цим актуальним є формування та розвиток здоров'язбережної компетенції педагогів різних спеціальностей, направлення навчально-виховного процесу на збереження та поліпшення здоров'я учня. Здоров'язбережну компетенцію розглядають у двох аспектах – особистісний (відповідальне відношення до власного здоров'я) та професійний (усвідомлення цінності здоров'я усіх суб'єктів навчально-виховного процесу, здатність зберігати його). Її можна розглядати як своєрідний комплекс знань, вмінь та навичок, направлених на розвиток, зміцнення та поліпшення здоров'я. Мотиваційно-вольова компонента здоров'язбережної компетенції передбачає вольові зусилля щодо поліпшення та гармонізації здоров'я, а також стійку потребу особистості у збереженні власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

У середніх загальноосвітніх закладах викладають щонайменше два навчальні предмети, в яких здоров'я людини є на основному місці – це фізична культура та основи здоров'я. Ці навчальні предмети ґрунтуються на розумінні життя і здоров'я людини як найбільшої цінності, формують корисні для здоров'я уміння та навички. Визначальним для реалізації такого навчання є якісна підготовка вчителів, що вимагає формування та розвитку здоров'язбережної компетенції у них. Таким чином вчитель фізичної культури або основ здоров'я повинен не тільки володіти знаннями щодо здорового способу життя, методів збереження і зміцнення здоров'я, але й дотримуватися здорового способу

Шкали титальника MOS SF 36

Шкала, умовне скорочення	Визначення	Характеристика показника
Фізична активність, ФА	Суб'єктивне оцінювання респондентом об'єму свого буденного фізичного навантаження	Прямий
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, РФ	Оцінювання респондентом рівня своєї щоденної діяльності та вплив на неї стану здоров'я	Непрямий
Рівень болю, Б	Дозволяє визначити вплив болю на обмеження щоденної діяльності респондента	Непрямий
Життєздатність, ЖЗ	Дозволяє оцінити рівень життєвого тону	Прямий
Соціальна активність, СА	Оцінювання респондентом своїх відносин із оточуючими	Прямий
Психічне здоров'я, ПЗ	Оцінювання респондентом свого психічного стану, настрою	Прямий
Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем, РЕ	Оцінка респондентом рівня своєї щоденної діяльності та вплив на неї емоційних проблем	Непрямий
Загальний стан здоров'я, ЗЗ	Оцінювання власного стану здоров'я	Прямий

Таблиця 2

Якість життя педагогів загальноосвітніх навчальних закладів

Шкала	Бали, М ± m				
	Вчителі захисту Вітчизни	Вчителі основ здоров'я	Педагогі-організатори	Вчителі трудового навчання	Вчителі фізичної культури
ФА	79,0 ± 2,6	83,1 ± 1,5	74,1 ± 2,8	85,7 ± 1,8	93,8 ± 1,0
РФ	53,1 ± 5,2	60,0 ± 3,5	59,5 ± 4,7	54,0 ± 4,4	71,6 ± 3,8
Б	51,3 ± 3,0	52,6 ± 2,0	50,5 ± 3,2	57,3 ± 3,1	64,4 ± 2,3
ЗЗ	48,7 ± 2,2	50,3 ± 1,3	46,1 ± 2,0	51,9 ± 1,8	57,5 ± 1,4
ЖЗ	55,4 ± 2,4	56,4 ± 1,6	54,0 ± 2,4	56,2 ± 2,1	64,8 ± 1,8
СА	67,6 ± 3,2	68,5 ± 2,2	61,8 ± 2,9	69,0 ± 2,2	78,7 ± 1,9
РЕ	50,0 ± 5,4	56,4 ± 4,0	45,5 ± 5,5	51,6 ± 5,0	67,8 ± 4,1
ПЗ	60,1 ± 2,5	64,3 ± 1,6	59,1 ± 2,1	64,2 ± 2,1	68,5 ± 1,7
ЗФК	49,5 ± 0,8	50,0 ± 0,6	49,9 ± 1,0	50,6 ± 0,8	52,6 ± 0,6
ЗПК	42,1 ± 1,4	43,6 ± 1,0	40,7 ± 1,3	42,7 ± 1,2	46,3 ± 1,0

життя, відповідально ставитися до свого здоров'я, і в тому числі виконувати фізичні вправи, щоб попередити виникнення захворювань.

З метою вивчення якості життя, пов'язаної із здоров'ям, проведено опитування серед педагогів загальноосвітніх навчальних закладів Львівської області, а саме серед вчителів захисту Вітчизни (n=56), трудового навчання (n=75), основ здоров'я (n=110), фізичної культури (n=88) та педагогів-організаторів (n=73).

Середні показники по шкалі "фізична активність" були у межах 74,1–93,8 балів, залежно від напрямку спеціалізації педагога, що свідчить про відсутність суттєвих обмежень у виконанні щоденної роботи респондентами (табл. 2). Аналіз середніх показників шкали "роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності" показав, що вони були невисокими – 53,1–71,6 балів, залежно від спеціалізації педагога. Найменша кількість балів по цій шкалі була у вчителів захисту Вітчизни і трудового навчання. Дуже низькими були показники "рівень болю" та "загальний стан здоров'я" – 50,5–64,4 балів та 46,1–57,5 балів, відповідно. Це свідчить про незадовільну оцінку стану здоров'я респондентами, а також про те, що відчуття болю суттєво заважає повсякденній діяльності вчителів. Рівень соціальної активності педагогів був відносно високим лише у вчителів фізичної культури (СА=78,7 балів).

Особливо низькими є показники, які більше пов'язані із психічним здоров'ям, аніж з фізичним – "психічне здоров'я" (59,1–68,5 балів), "обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем" (45,5–67,8 балів). Результати по шкалі "загальна психічна компонента" є нижчі ніж 50 балів, що свідчить про незадовільний емоційний стан, наявність у педагогів депресивних та тривожних станів тощо.

Найвищі бали по усім шкалам є у вчителів фізичної культури, що свідчить про позитивний вплив фізкультурно-оздоровчої освіти, занять фізичною культурою і спортом на якість життя. Статистично достовірною (p < 0,05) є різниця по усіх шкалах з педагогами-організаторами та по шкалах ФА та РФ з педагогами інших напрямів спеціалізацій.

Отримані бали по усім шкалам, окрім ФА, є суттєво нижчими, ніж у жителів Великої Британії чи Канади віком 55–64 років та жителів Англії, які хворіли протягом тривалого часу [4, 8]. Показник, що характеризує роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності у канадців становить 76,2 балів, рівень болю – 73,5 балів, загальний стан здоров'я – 73,5 балів, життєздатність – 67,7 балів, соціальну активність – 87,0 балів, вплив емоційного стану на повсякденну діяльність – 83,4 бали, психічний стан – 79,3 бали [4].

Якість життя вчителів основ здоров'я не відрізняється (p < 0,05) від рівня благополуччя

Кореляції між фізичною і психічною компонентами якості життя та шкалами SF 36, отримані у різних країнах світу

Шкала	Фізична компонента					Психічна компонента				
	Гіпотеза	Україна	Японія	США	КНР	Гіпотеза	Україна	Японія	США	КНР
ФА	+	0,591	0,75	0,85	0,76	-	0,191	0,17	0,12	0,34
РФ	+	0,591	0,86	0,81	0,63	-	0,351	0,19	0,27	0,43
Б	+	0,651	0,51	0,76	0,66	-	0,251	0,52	0,28	0,18
ЗЗ	*	0,101	0,37	0,69	0,76	*	0,351	0,66	0,37	0,52
ЖЗ	*	0,101	0,21	0,47	0,53	*	0,691	0,88	0,64	0,69
СА	*	0,171	0,45	0,42	0,33	+	0,651	0,60	0,67	0,51
РЕ	-	0	0,69	0,17	0,35	+	0,791	0,34	0,78	0,60
ПЗ	-	-0,111	0,13	0,17	0,27	+	0,821	0,89	0,87	0,88

Примітка. “+” – сильні взаємозв’язки ($r \geq 0,70$); “*” – середні кореляції ($0,30 < r < 0,70$); “-” – слабкі взаємозв’язки ($r \leq 0,30$); ¹ – достовірна кореляція, $p < 0,01$.

вчителів захисту Вітчизни, трудового навчання та педагогів-організаторів по усім шкалам. А, отже, суб’єктивне сприйняття власного стану здоров’я вчителями основ здоров’я є невисоким та не відрізняється від інших вчителів-предметників, що негативно впливає на щоденну діяльність, виконання професійних обов’язків, настроїв. Варто зазначити, що HRQOL українських респондентів є подібною до жителів Великобританії, які зазначали про тривале захворювання, за шкалами “життєздатність” (54,0 бали у жителів Англії) та “психічне здоров’я” (69,9 балів у респондентів з Великобританії) та нижчою за шкалами СА, РЕ, РФ, Б, ЗЗ [8].

В [2] досліджено взаємозв’язок між фізичною та психічною компонентами якості життя та шкалами питальника SF 36 на прикладі українських студентів, знайдено достовірні кореляції між показниками шкал ФА ($r=0,59$), РФ ($r=0,60$), Б ($r=0,44$), РЕ ($r=0,27$) і фізичною компонентою якості життя, а також між ЖЗ ($r=0,50$), СА ($r=0,43$), РЕ ($r=0,80$), ПЗ ($r=0,71$) і психічною компонентою. Крім того висловлено гіпотезу, що якість життя української молоді не можна описати згідно класичної двокомпонентної моделі, а значний вплив на запропоновану модель має вік респондентів. Для виявлення відмінностей у моделі якості життя молоді та дорослих додатково було досліджено взаємозв’язки між показниками якості життя та фізичною і психічною компонентою для осіб старше 24 років (рис. 1).

Виявлено достовірні ($p < 0,01$) середні кореляції між шкалами ФА ($r=0,59$), РФ ($r=0,58$) та Б ($r=0,65$) та фізичною компонентою HRQOL, між шкалами РФ ($r=0,35$), ЗЗ ($r=0,35$), ЖЗ ($r=0,69$), СА ($r=0,65$) та психічною компонентою, сильні кореляції між РЕ ($r=0,79$) та ПЗ ($r=0,82$) та психічною компонентою (табл. 3). Порівняно із студентами у педагогів фізична компонента якості життя сильніше пов’язана із шкалою “рівень болю”, а психічна компонента – із шкалами “життєздатність”, “соціальна активність”, “рівень болю”, “психічне здоров’я”. Не виявлено взаємозв’язків між фізичною складовою якості життя і шкалою “обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем” для осіб старших 24 років (див. рис. 1). Показники по шкалам ЗЗ, ЖЗ, СА, подібно як

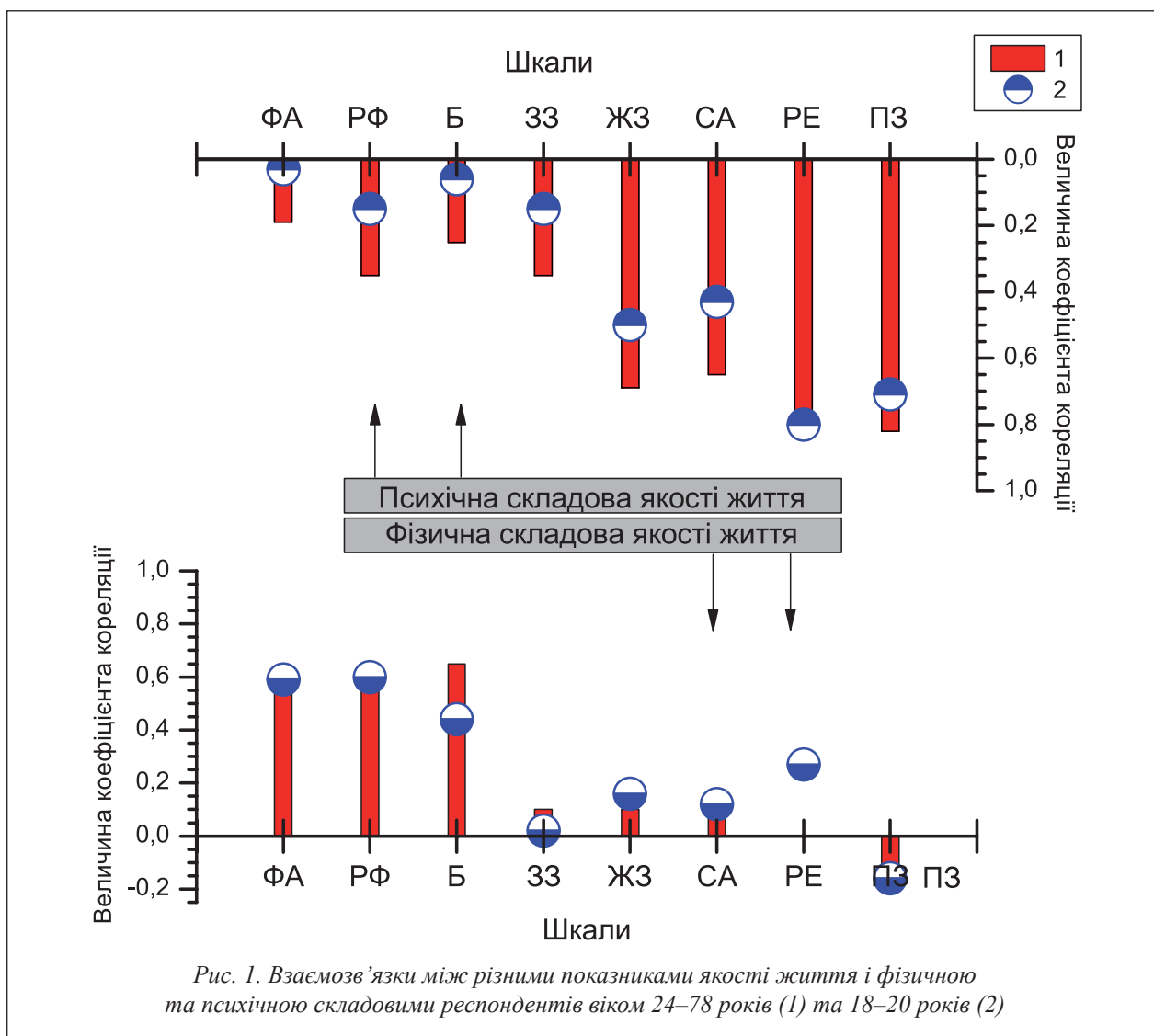
у молоді, пов’язані набагато сильніше із психічною компонентою, ніж з фізичною. Гіпотеза згідно якої між цими шкалами і фізичною компонентою (див. коефіцієнти кореляції жителів Японії, США і КНР) повинні бути середні взаємозв’язки для жителів України не підтверджується (див. табл. 1).

Безпосередній вплив на якість життя, пов’язану із здоров’ям має фізична активність. Зазначимо, що вона відображає мотивацію людини до здорового способу життя. Особи, які дотримуються рекомендацій щодо необхідного рівня фізичної активності вище оцінюють стан власного здоров’я, мають низький рівень тривожності та невисоку ймовірність розвитку клінічної депресії [6, 7, 10, 11, 13, 16].

Для визначення рівня фізичної активності використовують міжнародний питальник International Physical Activity Questionnaire (ІРАQ). Його перевагою є можливість визначити частоту, тривалість та рівень фізичної активності осіб різного віку, а також порівняти отримані дані із результатами інших країн світу. Отримані нами показники дозволили охарактеризувати так званій “базовий” рівень фізичної активності українських респондентів за останні 7 днів. Основна увага була зосереджена на фізичній роботі високої або помірної потужності, а також на енергетичних витратах на ходьбу. Натомість рівень фізичної активності у вільний час відображає діяльність людини яка оптимально впливає на організм людини та здійснюється добровільно, без примусу чи зовнішнього натиску, її також можна розглядати як показник сформованості здоров’язбережної компетенції.

Найвищий рівень енергетичних витрат у вчителів фізичної культури (табл. 4). Загальний рівень фізичної активності найнижчий у педагогів, які викладають основи здоров’я, він у 1,6 разів нижчий ніж у вчителів фізичної культури та на 793–2 389 МЕТ-хв/ тиждень менший, ніж у вчителів, які викладають трудове навчання, захист Вітчизни або у педагогів-організаторів.

У відсотковому відношенні на роботу високої потужності вчителі витрачають від 19 до 30 % від загальної кількості МЕТ, найнижчим це співвідношення є у вчителів основ здоров’я. Щодо інших різновидів роботи та фізичної активності суттєвих відмінностей не знайдено. На фізичну активність у вільний час, використовують



Таблиця 4

Фізична активність та рівні енергетичних витрат на виконання фізичної роботи різної потужності

Різновид роботи/ фізичної активності	Бали, М ± m					
	Вчителі основ здоров'я		Вчителі фізичної культури		Вчителі трудового навчання	
	МЕТ-хв/ тиждень	% від ЗФА	МЕТ-хв/ тиждень	% від ЗФА	МЕТ-хв/ тиждень	% від ЗФА
Фізична активність, виконана у вільний від роботи час	1 026 ± 223	8	2 519 ± 539	11	1 755 ± 533	11
Ходьба	4 123 ± 416	30	5 107 ± 699	23	4 098 ± 698	26
Робота середньої потужності	6 924 ± 712	51	10 641 ± 1 756	48	7 802 ± 1 037	49
Робота високої потужності	2 518 ± 432	19	6 433 ± 770	29	4 163 ± 760	26
Загальний рівень фізичної активності (ЗФА)	13 565 ± 1045	100	22 181 ± 2 370	100	15 954 ± 2 095	100
Різновид роботи/ фізичної активності	Педагоги-організатори		Вчителі захисту Вітчизни			
	МЕТ-хв/ тиждень	% від ЗФА	МЕТ-хв/ тиждень	% від ЗФА		
Фізична активність, виконана у вільний від роботи час	893 ± 284	6	1 597 ± 414	11		
Ходьба	3 801 ± 624	24	3 265 ± 444	23		
Робота середньої потужності	7 614 ± 1 108	48	6 691 ± 789	47		
Робота високої потужності	4 461 ± 946	28	4 257 ± 858	30		
Загальний рівень фізичної активності (ЗФА)	15 917 ± 2 089	100	14 358 ± 1 484	100		

8–11 % від загальної кількості МЕТ-хв/ тиждень, ходьбу – 23–30 %, роботу середньої потужності – 47–51 %.

Найнижчий рівень фізичної активності у вільний час у вчителів основ здоров'я та педагогів-організаторів. 66 % енергетичних витрат на фізичну активність у вільний час у вчителів основ здоров'я припадає на ходьбу, у педагогів-організаторів – 52 %. У вільний час на роботу середньої і значної потужності у вчителів основ здоров'я та педагогів-організаторів припадає 344 і 433 МЕТ-хв/ тиждень, відповідно. Такий рівень фізичної активності є абсолютно недостатнім для поліпшення та збереження здоров'я.

Висновки.

Вчителі середніх загальноосвітніх навчальних закладів, крім педагогів, які викладають фізичну культуру, мають невисоку якість життя. Особливо низькими є

показники, які пов'язані більше з психічним здоров'ям, ніж з фізичним. Виявлено зміни у моделі якості життя, залежно від віку. Порівняно із студентами у вчителів фізична компонента HRQOL сильніше пов'язана із шкалою "рівень болю", а психічна компонента HRQOL – із шкалами "життєздатність", "соціальна активність", "рівень болю", "психічне здоров'я". Рівень фізичної активності найвищий у вчителів фізичної культури та найнижчий у вчителів основ здоров'я. Викликає занепокоєння низький рівень фізичної активності вчителів основ здоров'я у вільний час, оскільки це свідчить про невисокий рівень здоров'язбережної компетенції.

Подальші дослідження пов'язані із вдосконаленням навчальних програм підвищення кваліфікації вчителів основ здоров'я, з метою підвищення рівня їх здоров'язбережної компетенції.

Література:

1. Лукашин Ю. В. Исследование состояния здоровья субъектов образовательного процесса // Продуктивное образование. Мониторинг образовательной деятельности : сб. науч. ст. – М.: Экшэн, 2007. – Вып. 9. – С. 134–140.
2. Павлова Ю. Тулайдан В., Виноградський Б. Вплив фізичної активності на якість життя студентів // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2011. – Вип. 91, Т. 1. – С. 350–355.
3. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life // *Social Science and Medicine*. – 1995. – V. 41. – P. 1447–1462.
4. Hopman W. M., Towheed T. [et al.] Anastassiades Canadian normative data for the SF-36 health survey // *Canadian Medical Association Journal*. – 2000. – V. 163, No 3 – P. 265–271.
5. Cella D. F. Quality of life: Concepts and definition // *Journal of Pain and Symptom Management*. – 1994. – V. 9, No 3. – P. 186–192.
6. Sallis J. F., Hovell M. H., Hofstetter C. R. [et al.] Distance between homes and exercise facilities related to frequency of exercise among San Diego residents // *Public Health Reports* – 1990. – V. 105. – P. 179–185.
7. Moore L. L., Lombardi D. A., White M. J. [et al.] Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children // *Journal of Pediatrics* – 1991. – V. 118. – P. 215–219.
8. Jenkinson C., Coulter A., Wright L. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age // *British Medical Journal*. – 1993. – V. 306, Is. 6890. – P. 1437–1440.
9. Lawlor D. A., Hopker S. W. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials // *British Medical Journal*. – 2001. – V. 322, No 7289. – P. 763–767.
10. Boini A., Bertrais S., Tessier S. [et al.] Leisure-time physical activity and health-related quality of life // *Preventative Medicine*. – 2005. – V. 41. – P. 562–569.
11. Lindholm L. Health motives and live values. A study of young persons' reasons for health // *Scandinavian Journal of Caring Sciences* – 1997. – Vol. 11, No 2. – P. 81–90.
12. Long B. C., Vanstavel R. Effects of exercise training on anxiety: a meta-analysis // *Journal of Applied Sport Psychology*. – 1995. – V. 7, No 7. – P. 167–189.
13. Netz Y., Wu M. J., Becker B. J., Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies // *Psychology of Aging*. – 2005. – V. 20. – P. 272–284.
14. McTiernan A., Stanford J. L., Weiss N. S. [et al.] Occurrence of breast cancer in relation to recreational exercise in women age 50–64 years // *Epidemiology*. – 1996. – V. 7, No 6. – P. 598–604.
15. Rahkonen O., Lahelma E. Gender, social class and illness among young people // *Social Science and Medicine*. – 1992. – Vol. 34, № 6. – P. 649–656.
16. Rejeski J., Mihalko S. Physical activity and quality of life in older adults // *Journals of Gerontology, Series A*. – 2001. – V. 56A (Special Issue II). – P. 23–35.
17. Rosenberg R. Quality of life, ethics, and philosophy of science // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 1992. – V. 46. – P. 75–77.

Информация об авторе:

Павлова Юлия Александровна
pavlova.j.o@gmail.com

Львовский государственный университет физической культуры
ул. Костюшко 11, г. Львов, 79000, Украина.

Поступила в редакцию 16.01.2012г.

References:

1. Lukashin Yu.V. *Produktivnoe obrazovanie. Monitoring obrazovatel'noj deiatel'nosti* [Productive education. Monitoring of educational activity], Moscow, Action, 2007, vol.9, pp. 134–140.
2. Pavlova IU. Tulajdan V., Vinogradskij B. *Visnik Chernigiv'skogo derzhavnogo pedagogichnogo universitetu* [Bulletin of the Chernihiv State Pedagogical University], 2011, vol.(1)91, pp. 350–355.
3. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life, *Social Science and Medicine*, 1995, vol.41, pp. 1447–1462.
4. Hopman W. M., Towheed T. Anastassiades Canadian normative data for the SF-36 health survey, *Canadian Medical Association Journal*, 2000, vol.3, pp. 265–271.
5. Cella D. F. Quality of life: Concepts and definition, *Journal of Pain and Symptom Management*, 1994, vol.9(3), pp. 186–192.
6. Sallis J. F., Hovell M. H., Hofstetter C. R. Distance between homes and exercise facilities related to frequency of exercise among San Diego residents, *Public Health Reports*, 1990, vol.105, pp. 179–185.
7. Moore L. L., Lombardi D. A., White M. J. Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children, *Journal of Pediatrics*, 1991, vol.118, pp. 215–219.
8. Jenkinson C., Coulter A., Wright L. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age, *British Medical Journal*, 1993, vol.306, pp. 1437–1440.
9. Lawlor D. A., Hopker S. W. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials, *British Medical Journal*, 2001, vol.322(7289), pp. 763–767.
10. Boini A., Bertrais S., Tessier S. Leisure-time physical activity and health-related quality of life, *Preventative Medicine*, 2005, vol.41, pp. 562–569.
11. Lindholm L. Health motives and live values. A study of young persons' reasons for health, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1997, vol.11(2), pp. 81–90.
12. Long B. C., Vanstavel R. Effects of exercise training on anxiety: a meta-analysis, *Journal of Applied Sport Psychology*, 1995, vol.7(7), pp. 167–189.
13. Netz Y., Wu M. J., Becker B. J., Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies, *Psychology of Aging*, 2005, vol.20, pp. 272–284.
14. McTiernan A., Stanford J. L., Weiss N. S. Occurrence of breast cancer in relation to recreational exercise in women age 50–64 years, *Epidemiology*, 1996, vol.7(6), pp. 598–604.
15. Rahkonen O., Lahelma E. Gender, social class and illness among young people, *Social Science and Medicine*, 1992, vol.34(6), pp. 649–656.
16. Rejeski J., Mihalko S. Physical activity and quality of life in older adults, *Journals of Gerontology*, 2001, vol.56A(Special Issue II), pp. 23–35.
17. Rosenberg R. Quality of life, ethics, and philosophy of science, *Nordic Journal of Psychiatry*, 1992, vol.46, pp. 75–77.

Information about the author:

Pavlova Iu.A.

spavlova.j.o@gmail.com

Lvov State University of Physical Culture
Kostyushko str. 11, Lvov, 79000, Ukraine.

Came to edition 16.01.2012.