Міністерство освіти і науки України
ДВНЗ “Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника”

На правах рукопису

ФЕДОРЮК ОЛЕКСІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

УДК 796/799:616-056.3-053.9

КОРЕКЦІЯ ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРОЦЕСІ РЕКРЕАЦІЙНО-РУХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

24.00.02 – фізична культура, фізичне виховання різних груп населення

Дисертація
на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту

Науковий керівник:
Попель Сергій Любомирович,
кандидат медичних наук, доцент

Івано-Франківськ – 2016

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 4
ВСТУП 5
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ ЯК ФАКТОРА ПІДТРИМКИ ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ 12
1.1 Фізична рекреація людей похилого віку – сучасний феномен в галузі фізичної культури і спорту 12
1.2 Психо-фізіологічний стан та сучасні підходи до розробки рекреаційно-оздоровчих програм для його підтримки у людей похилого віку 18
1.3 Хронічна втома і порушення сну як фактори, що унеможливлюють базовий відпочинок організму людей похилого віку 26
1.4 Психо-фізіологічні особливості викладачів похилого віку та їх ставлення до підвищення рівня рекреаційної активності 32
Висновки до 1 розділу 39
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ 42
2.1 Методи дослідження 42
2.2 Організація дослідження 57
РОЗДІЛ 3 ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНЯ РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ І ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ 60
3.1 Структурно-логічна модель рекреаційної активності 60
3.2 Визначення ставлення викладачів похилого віку до засобів фізичної рекреації 70
3.3 Оцінка рівня рекреаційної активності викладачів похилого віку 75
3.4 Аналіз готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня рекреаційної активності 82
3.5 Оцінка рівня рухової активності викладачів похилого віку 85

3.6 Аналіз рівня психо-фізіологічного стану викладачів похилого віку 92
Висновки до 3 розділу 106
РОЗДІЛ 4 ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ І РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ 109
4.1 Зміст програми рекреаційної активності викладачів похилого віку 109
4.2 Перевірка ефективності програми корекції рекреаційної активності викладачів похилого віку 115
4.3 Оцінка взаємозв’язків компонентів рекреаційної активності людей похилого віку та рівнем соматичного здоров’я і рухової активності 125
Висновки до 4 розділу 138
РОЗДІЛ 5 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ 142
ВИСНОВКИ 165
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 169
ДОДАТКИ 202

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТд	–	діастолічний артеріальний тиск;
АТс	–	систолічний артеріальний тиск;
ВНЗ	–	вищий навчальний заклад;
ВПВ	–	викладачі похилого віку;
ЕГ	–	експериментальна група;
ЕЕГ	–	електроенцефалографія;
ЖІ	–	життєвий індекс;
ЗСЖ	–	здоровий спосіб життя;
ІМТ	–	індекс маси тіла;
ІР	–	індекс Робінсона;
ІФА	–	індекс фізичної активності;
$ІФА_{(д)}$	–	добовий індекс фізичної активності;
ІСЗ		індекс соматичного здоров’я;
КВ	–	коефіцієнт відновлення;
КГ	–	контрольна група;
КТ	–	коефіцієнт точності;
КП	–	коефіцієнт продуктивності;
ЛПВ	–	люди похилого віку;
МПК	–	максимальне поглинання кисню;
ПФС	–	психо-фізіологічний стан;
РА	–	рухова активність;
РКА	–	рекреаційна активність;
СЗ	–	соматичне здоров’я;
СІ	–	силовий індекс;
СХВ	–	синдром хронічної втоми;
ФК	–	фізична культура;
ФР	–	фізичний розвиток;
ФРК	–	фізична рекреація.

ВСТУП

Актуальність теми. Дані демографічних досліджень [31, 107, 124, 184, 241] свідчать про постійне зростання кількості працюючих людей похилого віку в загальній структурі населення, що являє собою складну соціологічну і медико-психологічну проблему сьогодення [106, 187, 212]. Тому виникає необхідність всебічного вивчення не тільки процесів старіння [209. 228, 252, 254], але й засобів і методів фізичної рекреації, які дозволяють підтримувати належний рівень психо-фізіологічного стану за рахунок підвищення рівня рекреаційно-рухової активності у людей похилого віку [3, 17, 220, 260, 275].

Все це вимагає від держави створення відповідних умов для проведення фізичної рекреації, що підтверджується вимогами чисельних нормативно-правових актів [114, 167].

Дослідження Е.В. Ахраменко [11], М.П. Горобей [39], Г.В. Презляти [169], О.С. Третьяка [214], переконливо доводять, що сучасні умови праці у вищих навчальних закладах (ВНЗ) створюють дефіцит рухової активності, особливо у викладачів похилого віку. На думку науковців [207, 216], така ситуація склалася внаслідок порушення режиму харчування, надмірного психоемоційного напруження, відсутності переконань щодо необхідності підтримки на високому рівні власного психо-фізіологічного стану, нехтування найбільш дієвими рекреаційно-оздоровчими заходами [172, 226, 245].

Водночас, існуючі методики проведення оздоровчих заходів у ВНЗ мають відносно низьку ефективність або й взагалі не реалізуються [92, 108, 159, 179], що знижує в подальшому інтерес викладачів до фізичної рекреації та унеможливлює утвердження пріоритетів рекреаційно-рухливої діяльності [58, 133, 171, 201].

Дослідженнями Л.Н. Іваницької [70], О.В. Котової [93], Г.Ю. Пишнова і співав. [161],доведено, що більшість людей у віці 50-65 років мають ті чи інші прояви синдрому хронічної втоми з вираженими ознаками порушення сну. Сон в системі рекреаційних заходів розглядається як базовий відпочинок [126, 172, 227]. Без повноцінного сну застосування засобів рекреаційно-рухової діяльності може призвести до зриву механізмів адаптації і зниження психо-фізіологічних резервів організму [77, 110, 119, 123].

Незважаючи на те, що в останні роки з'явилося чимало наукових праць, в яких досліджено проблему зміцнення соматичного здоров'я засобами фізичної культури [61, 100, 102, 106], в науковій літературі недостатньо висвітлено питання впливу засобів фізичної рекреації на психо-фізіологічний стан осіб, зайнятих викладацькою діяльністю у ВНЗ [82]. Зважаючи на це було обрано тему дисертаційного дослідження: "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності".

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано у ДВНЗ "Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника" відповідно до комплексної теми на 2013-2017 рр. "Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності" (номер державної реєстрації 0113U002430). Роль автора полягала у розробці та експериментальному обґрунтуванні комплексної системи корекції рекреаційної активності людей похилого віку з метою підтримки високого рівня психо-фізіологічного стану.

Мета роботи – розробити та перевірити ефективність програми корекції психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до можливості корекції психо-фізіологічного стану шляхом підвищення рівня рекреаційно-рухової активності людей похилого віку.

2. Розробити методику оцінки рівня рекреаційної активності людей похилого віку.

3. Виявити взаємозв’язок між особливостями психо-фізіологічного стану і рівнем рекреаційної активності людей похилого віку.

4. Науково обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми корекції психо-фізіологічного стану викладачів похилого віку засобами фізичної рекреації.

Об’єкт дослідження – психо-фізіологічний стан людей похилого віку.

Предмет дослідження – вплив рекреаційно-рухової активності на психо-фізіологічний стан людей похилого віку.

Методи дослідження. Для розв’язання поставлених завдань було використано такі методи: теоретичні (аналіз даних науково-методичної літератури); емпіричні (анкетування); психологічні; медико-біологічні; авторська методика оцінювання рівня рекреаційної активності людей похилого віку; педагогічне тестування (визначення кількісних і якісних характеристик рухової активності); педагогічний експеримент; статистичні методи.

Наукова новизна дослідження

Уперше:

– запропоновано програму підвищення рівня рекреаційної активності людей похилого віку, на основі якої розроблено структурно-логічну модель та алгоритм її корекції що передбачає мету, відповідні завдання, методичні прийоми, форми, методи, принципи, педагогічні умови, що реалізовувалися на інформаційно-змістовому, мотиваційно-поведінковому та особистісно-діяльнісному етапах;

– розроблено та апробовано методику оцінки рівня рекреаційної активності;

– встановлені компоненти рекреаційної активності (когнітивний, емоційно-мотиваційний, вольовий, поведінковий), ефективність комплексного поєднання самостійних занять фізичною культурою, дозованих тренувань із адаптованих до віку рухливих ігор, рекреаційного плавання із використанням

методик аутогенного тренування і неспецифічних засобів фізичної рекреації (кисневий фіто-коктейль) для зміцнення соматичного здоров'я і покращення сну як базового відпочинку людей похилого віку;

– визначено, що стан фізичної рекреації викладачів у ВНЗ не сприяє збільшенню рівня їх рухової активності, а методика проведення рекреаційних заходів має відносно низьку ефективність;

– за електрокардіо- та енцефалографічними даними встановлено основні ознаки і розроблено критерії оцінки порушення сну у викладачів похилого віку.

Удосконалено:

– модель рекреаційної активності та спосіб визначення рівня рекреаційної активності викладачів похилого віку;

– методи підвищення рівня рекреаційної активності та оцінки рівня психо-фізіологічного стану викладачів похилого віку;

– методику визначення патернів електроенцефалографічних ознак порушення сну у викладачів похилого віку.

Набули подальшого розвитку:

– теорія і методика фізичної рекреації різних груп населення;

– дані про складові компоненти особистісної компетентності викладачів до рекреаційно-рухової діяльності;

– дані щодо ефективності комплексного поєднання різних занять фізичною рекреацією для підтримки психо-фізіологічного стану викладачів похилого віку.

Практичне значення роботи. Розроблена авторська методика "Оцінювання рівня та визначення груп рекреаційної активності у людей похилого віку" (авторське свідоцтво №50831. Дата реєстрації 21.08. 2013.) дозволяє адекватно визначити рівень її сформованості у викладачів навчальних закладів різних рівнів акредитації та здійснювати процес фізичної рекреації із врахуванням індивідуальних особливостей психо-фізіологічного стану людей похилого віку.

Експериментальна програма корекції рекреаційної активності може бути використана під час оздоровчих заходів у вищих навчальних закладах, у групах здоров'я, факультативах і самостійних заняттях із фізичного виховання, у процесі оновлення змісту різних форм методичної роботи в системі післядипломної освіти.

Матеріали дисертаційного дослідження прислужаться під час пропаганди та впровадження здорового способу життя серед окремих категорій громадян, консультування з проблем здоров'я та здорового способу життя, у процесі підготовки спецкурсів і спецсемінарів з теорії і методики фізичного виховання та розробленні методичних рекомендацій із означеної проблеми для викладачів навчальних закладів усіх рівнів акредитації.

Результати дослідження впроваджено в навчально-виховний процес ДВНЗ "Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка", ДВНЗ "Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича", Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка, ДВНЗ "Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки", ДВНЗ "Івано-Франківський коледж фізичного виховання", ПВНЗ "Галицька академія" та в роботу курсів підвищення кваліфікації Івано-Франківського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, що підтверджено відповідними довідками та актами впроваджень.

Особистий внесок здобувача полягає у самостійному визначенні напряму, мети, завдань дослідження, виборі методів їх розв'язання, опрацюванні теоретичних та експериментальних матеріалів, в організації і проведенні експериментального дослідження, в обробці одержаних результатів, їх аналізі та описі, у розробці методик оцінювання рівнів готовності викладачів до ведення здорового способу життя та сформованості їх особистої рекреативної активності, системи її корекції, формулюванні висновків, написанні й оформленні дисертаційного дослідження. У роботах, виконаних у співавторстві, дисертантові належать проведення досліджень, обробка

отриманих даних, аналіз та інтерпретація результатів, формулювання висновків, підготовка матеріалів до друку.

Апробація результатів дисертації. Основні теоретичні положення, експериментальні дані та висновки були представлені та обговорені на таких наукових форумах: I Міжнародній конференції "Aktyvnosc fizyczna I sposob zycia wykladowcow uczelni wyzszych w wieku 50-65 lat" (Rzeszow-Targowiska, 2013); Міжнародній конференції "Мультинаукові дослідження як тренд розвитку сучасної науки" (Київ, 2013); I Міжнародній науково-практичній конференції "Роль фізичної культури як вагомого фактора покращення стану здоров'я населення і модифікації стилю життя" (Івано-Франківськ, 2013); Міжнародній науково-практичній конференції "Роль фізичної культури як вагомого фактора покращення стану здоров'я населення і модифікації стилю життя" (Івано-Франківськ, 2013); VII міжнародній науковій конференції пам'яті О.М. Лапутіна "Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання і спорту" (Чернігів, 2014); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених і студентів "Педагогічні технології формування культури здоров'я особистості" (Чернігів, 2014); V Міжнародній науково-практичній конференції "Актуальні проблеми фізичного виховання, спорту і туризму" (м. Мозирь, Білорусія, 2014); XIX науковій конференції "Молода спортивна наука України" (Львів, 2015); VI Міжнародній науково-практичній конференції **"**Сучасні проблеми та перспективи розвитку фізичного виховання, здоров'я і професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання та спорту" (Київ, 2015); II Міжнародній науковій конференції "Physical Culture in the era of the 21st century. Determinants of the development of physical education, sport, tourism, recereation and health promotion" (Rzeszow, 2015); X ювілейній Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю "Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення" (Львів, 2016).

Публікації за темою дисертації. За темою дисертації опубліковано 15 наукових праць, у тому числі 9 статей – у наукових фахових виданнях України,

1 – у закордонному періодичному науковому часописі, 3 праці в інших наукових виданнях, 1 методичні рекомендації і 1 авторське свідоцтво.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНІ НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ ЯК ФАКТОРА ПІДТРИМКИ ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

1.1 Фізична рекреація людей похилого віку – сучасний феномен в галузі фізичної культури і спорту

З огляду на поняття “фізична рекреація” (ФРК) і на її місце в теорії та методиці ФК і структурування рекреаційних засобів у науковій літературі існують різноманітні погляди [41, 99, 126]. В одних джерелах [115, 122, 171] вказуються форми і місце занять рекреаційно-оздоровчими вправами (рекреаційні коридори), за іншими даними – ФРК знаходить своє відображення в таких термінах і поняттях, як “виробнича ФК”, “масово-оздоровча”, “оздоровча”, “виробнича гімнастика”, “масовий спорт”, “активний відпочинок” тощо [127, 135]. Ще одна група авторів [113, 131, 133] схильні їх віднести до сфери дозвілля і туризму.

Це вказує на те, що мета, завдання, зміст ФРК, її статус як виду ФК поки, що мають фрагментарний характер, точно не сформульовані, залишаються мало досліджені і вимагають узагальнення. У той самий час рекреаційна активність (РКА) – така область рухової діяльності, яка задовольняє індивідуальні і групові потреби ЛПВ нерегламентованою РА, адекватною до їх суб’єктивних потреб і можливостей [138, 142, 150].

У багатьох роботах висвітлюються деякі аспекти і форми РКА лише виявляючи її зміст, призначення, специфіку [42, 59, 72]. Також є велика кількість досліджень стосовно історичних аспектів ФРК [268, 272], наводяться дані порівняльного аналізу її розвитку [18, 104, 112]. Результати досліджень проблем ФРК стосуються переважно школярів [13, 96, 130], студентів [98, 107], людей другого періоду зрілого віку [124, 132], а також в залежності від статі,

професії, виду фізичних вправ і характеру рекреаційної діяльності [139, 143; 151, 199]. При цьому поза увагою вчених залишаються питання РКА в інших вікових групах, зокрема, ЛПВ. Однак, справедливо треба відмітити, що проводяться окремі спроби показати ФРК як теорію й методику таких її різновидів, як виробнича, масово-оздоровча ФК, активний відпочинок ЛПВ [206, 238, 246, 257].

Багато досліджень присвячені вивченню основних форм ФРК [237, 293, 294, 296]. Зокрема до ФРК відносять такі форми занять фізичними вправами, як ранкова гімнастика, руханкові паузи і хвилинки у навчальних закладах, установах, на виробництві, рухливі ігри різних груп населення, різні види прогулянок (піші, на лижах, човнах, велосипедах, катання на ковзанах), плавання у відкритих водоймах, рекреаційні види спорту (пляжний волейбол, веслування на човнах) тощо.

Додавання слова “фізична” означає, що у таких процесах як відновлення, відпочинок, дозвілля, одужання переважає РА. При цьому використовуються фізичні вправи, ігри, розваги, які виконуються в природних умовах [17, 36, 102]. Вони сприяють нормальному функціонуванню організму людей за допомогою досягнення оптимального ПФС [6, 9, 24, 292].

Використовуючи традиційні для ФК основні, фонові, допоміжні засоби (фізичні вправи, сили природи, режим харчування, праці, відпочинку, побуту), ФРК приваблює своєю специфікою увагу і симпатії людей з різним ПФС і не залежить від віку, статі, стану СЗ, фізичної підготовленості [20, 21, 42, 290]. Широкому поширенню ФРК сприяє повна свобода вибору змісту і тривалості занять, часу й місця проведення, вибору партнерів [45, 238, 289].

Є.Н. Приступа [170] вказує, що в основі мотивації до РКА лежать суто особисті індивідуальні вподобання, інтереси, схильності і потреби. На думку Т.Ю. Круцевич [96], перевага ФРК полягає у тому, що вона має дуже багато різновидів, надає широкі можливості контактів із природнім і соціо-культурним середовищем. Як вказує С.В. Куличенко [105, 106] нескладні й різноманітні засоби роблять її особливо привабливою і доступною для ЛПВ. Поєднання в

заняттях ігрових елементів і природних умов створює необмежені можливості для розширення її привабливості [287, 288]. Багато авторів [113, 126, 136] вказує, що ФРК найчастіше потребує організаційно-методичної надбудови, типової для інших компонентів ФК, які б надавали їй форми і легко могли бути пристосовані до будь-яких зовнішніх умов та інливідуальних потреб людей.

Таким чином, ФРК це задоволення різних потреб ЛПВ у РА, розвагах, переключення одного виду діяльності на інший. Водночас це профілактика несприятливого впливу факторів довкілля та виробничої діяльності, а також своєчасне відновлення структурно-енергетичних ресурсів старыючого організму [84, 88]. Ці потреби ЛПВ задовольняються кожним зокрема і, загалом усіма видами РА. Як вказує Г.П. Малахов [118], за рахунок цього створюються передумови для нормального функціонування організму людини за умов достатнього рівня ПФС.

На думку Ю.О. Павлової [152] слід враховувати, що ФРК допомагає ЛПВ раціонально використовувати вільний час, боротися з негативними наслідками неправильного способу життя, розширює і збільшує функціональні можливості організму, допомагає боротися з несприятливими умовами праці і довкілля. Все це визначає стиль та якість їх життя [121, 153, 283, 285, 286].

Рекреаційно-рухова діяльність спрямована на зміцнення здоров'я, відновлення, заповнення вільного часу за допомогою специфічних форм та засобів рухової активності, що включають елементи розваги, цікавості [281, 282].

До специфічних засобів та методів рекреаційно-рухової діяльності відносяться: фізичні вправи невеликої інтенсивності, ігри, спілкування, ідеомоторна рухова діяльність [270, 273, 275].

Найбільш розповсюдженими формами рекреаційно-рухової діяльності для всіх категорій та груп населення є: туристичні походи з неформованими фізичними навантаженнями і колективні виїзди та виходи на природу з метою активного відпочинку [269, 296].

Є.Н. Приступа [170] наголошує, що відвідування спортивних змагань з різних видів спорту це теж рекреація, але не рухова діяльність – в цьому основна відмінність. Використання тих чи інших форм оздоровчо-рекреаційної діяльності багато в чому соціально обумовлено. В основному це пов'язано з регіональними традиціями, особистими інтересами, загальним культурним рівнем, характером та ступенем стомлення, ефективністю тих чи інших заходів, що допомагають швидкому відновленню організму людини [253, 255, 264].

Однак, як вказують А.А. Подколзин і В.И. Донцов [163], ФК створює тільки віддалений, кумулятивний ефект, тому реалізація вище вказаних потреб ЛПВ є одним з головних завдань сфери ФРК.

Усі аспекти ФРК можуть бути охоплені поняттям "рівень рекреаційної активності", який визначається як органічна та іманентна частина ФК, сукупність вільної, нерегламентованої РА, спрямованої у кінцевому підсумку на забезпечення оптимального ПФС людини у природних умовах [185, 186, 296].

Останнім часом започатковано ряд успішних спроб дослідження ФРК як складного соціального явища [5, 9, 187, 210]. У зв'язку з цим під ФРК розуміють будь-які форми РА, що створені для відновлення сил людини, витрачених у процесі її професійної і побутової діяльності [2, 6, 188], що особливо актуально для ЛПВ [248].

Виділяються основні ознаки, складові та основний зміст ФРК, які полягають в забезпеченні достатнього рівня РКА; використанні спрощених, адаптованих до віку фізичних вправ. При цьому їх набір має дуже широкий діапазон [201, 206, 247]. Використовується вільний або спеціально виділений час [211], впроваджується на добровільній основі [215], має оптимізуючий вплив на ПФС людини [213], включає комунікативні компоненти [227], носить переважно розважальний (гедоністичний) характер [227, 238], характеризується наявністю певних рекреаційних послуг [20, 237], здійснюється у природних умовах [36, 102, 186], має широку науково-методичну базу [71, 101, 126, 135].

Відповідно до такої різноманітності ознак ФРК виділяються і різні її форми: рекреаційна чи рекреативна ФК [42, 97, 170], рекреаційний спорт [52, 117], рекреаційний туризм [57, 296], оздоровча ФРК [43, 68, 206], оздоровчо-виробнича рекреація [34, 38, 224], а також її підвиди згідно спеціалізації (рекреативне плавання [235], оздоровчий біг і ходьба [69, 116, 232, 239], кардіореспіраторний фітнес [23, 56, 71, 242] тощо).

У багатьох наукових дослідженнях висловлюється думка, що теорія ФРК найповніше розроблена в рамках теорії та методики ФК. На цьому, зокрема, побудована концепція ФРК, яку особливо інтенсивно розробляють О.М. Жданова і співав. [58], Т.Ю. Круцевич [96], Є.Н. Приступа [171].

Головна ідея сучасної концепції полягає у розгляді ФРК як органічної, іманентної частини ФК, системоутворюючим чинником якої служить кінцевий результат – створення оптимального ПФС, який забезпечує оптимальне функціонування організму людини. У цій концепції акцент робиться на біологічній компоненті ФРК [177, 183].

Поняття “рекреація” історично пов’язано зі здоров’ям людини, але розуміння здоров’я сьогодні поєднується з ПФС організму людини [18, 104, 233, 240].

Відповідно з цим правилом і прийнято виділяти такі різновиди рекреації, як соціальна, біологічна, психологічна, кліматогеографічна тощо [41, 122, 227]. З усього розмаїття ознак ФРК головними прийнято вважати такі: проведення вільного часу у природному середовищі з використанням фізичних факторів, має діяльнісний характер і побудована на добровільній, самодіяльній основі [11, 191, 226]. Це ті найважливіші ознаки рекреації, без яких вона втрачає своє значення.

В останні десятиріччя виник новий напрям – рекреалогія, спеціальний міждисциплінарний розділ науки про відпочинок, оздоровлення, відтворення здоров’я практично здорових людей. Цей розділ включає процес психо-фізіологічного саморозвитку людини, коли способи адаптації людини до

постійно змінюваних умов природного та соціального середовища набувають дедалі більш універсального характеру [1, 13, 27, 29, 30].

Головною стороною досліджень теорії ФРК є особлива область життєдіяльності людей – сфера дозвілля [36, 52, 55]. В науковій літературі виділяють різноманітні види й форми дозвілля, які мають рекреаційний характер, що дозволяє звести їх в єдину систему у вигляді рівня РКА, з використанням фізичних вправ як основних засобів її реалізації [9, 15, 54].

За тривалістю розрізняють короткотермінову (з поверненням на ночівлю в постійне місце проживання) і тривалу рекреацію [111, 172].

В результаті узагальнення результатів дослідження різних авторів Є.Н. Приступа [171] виділяє три форми використання часу, відведеного на рекреацію – туризм, лікування/оздоровлення та відпочинок. В науковій літературі до сьогоднішнього дня проходить дискусія щодо визначення окремих рекреаційних засобів. Одні автори вважають, що рекреація – це дозвілля у позаробочий час, впродовж якого індивідуум здійснює вибір і займається чимось добровільно [26, 35,36]. Інші автори [33, 37] вважають, що рекреація – це відпочинок з метою відновлення нормального стану організму.

В трактуванні значень поняття “дозвілля” виокремлюють три основні критерії для його характеристики [42, 100, 172]. З.С. Архангородский і співав. [225] і А.Г. Фурманов [227], використовують часовий підхід і розглядають дозвілля як форму вільного часу для розвитку здібностей особистості, умінь і набуття навиків.

Т.Ю. Круцевич [100], Є.Н. Приступа і співав. [172], О.О. Яременко [223], під “дозвіллям” розуміють як протилежне роботі заняття чи будь-який неробочий час. Ще одна група авторів [9, 41, 243] використовує суб’єктивний підхід, при застосуванні якого наголос робиться на якісних параметрах поняття, коли значна роль відводиться не стільки кількісним характеристикам (наприклад, кількість вільного часу), скільки особистісному сприйняттю дозвілля та його ролі у формуванні ПФС.

На думку В.К. Бальсевич [16], И.П. Битус [17], Г.З. Бризинский в співав. [19] відпочинок включає в себе такі стадії як втома, розслаблення, відновлення сил, розвага. За формою відпочинок може бути активним (спорт, туризм, бесіда, переключення на будь-яку діяльність, відмінну від тої, що викликала втому, наприклад: біг – спокійна хода, плавання – неквапливий рух у воді), пасивним (лежання на дивані, сон, їжа, спорт, прослуховування музики, перегляд телевізора, витворів мистецтва, читання книжок, комп'ютерні ігри тощо) і змішаним (полювання, риболовля). Ряд авторів [21, 35, 53] відпочинок, за тривалістю, поділяють на коротке розслаблення (секунди), перерви (хвилини), щоденний відпочинок, який триває більше години (сон, хоббі, відвідування концерту, екскурсія, свято, тусовка, перегляд фільму), цілими днями (вихідні дні, відпустка, подорож), місяцями (велика відпустка, великі канікули) і роками (пенсія). З усього вищесказаного стає зрозумілим, що неможливо дати універсальне визначення дозвілля, рекреації і туризму, бо вони змінюються в залежності від мети, завдання та контексту наукового дослідження і часто переплітаються між собою [172].

Визнання фізичних вправ як основних засобів ФРК у наукових дослідженнях загальноприйнято. Таке твердження справедливо, але вимагає обговорення. По-перше, більшість засобів ФРК застосовується у природних умовах. По-друге, самі середовищні чинники також можуть виступати у ролі її засобів. При цьому як вказує В.А. Горовой [41] ФРК може мати і відносно пасивні форми, наприклад у ролі глядача при спогляданні спортивних заходів. З цього погляду справедливим є твердження С.С. Єрмакова і співав. [55] в тому, що головною системоутворюючою ознакою ФРК можна вважати РКА як мету, заради якої організується дана форма рекреації та її кінцевий результат – достатній рівень ПФС ЛПВ.

1.2 Психо-фізіологічний стан та сучасні підходи до розробки рекреаційно-оздоровчих програм для його підтримки у людей похилого віку

Основні підходи щодо збереження і зміцнення ПФС людей визначені у Конституції України, числених Законах і Постановах, програмах та проектах

[62, 63, 66, 67, 140]. Всі вони вказують про необхідність підтримки на достатньому рівні ПФС людей похилого (56-65 років). При цьому важлива роль відводиться усвідомленню цими людьми цінностей власного здоров'я, як найвищої індивідуальної і суспільної цінності. Результати окремих досліджень вказують на те, що зміцнення здоров'я базується на розумінні визначальної ролі РКА як ефективної системи формування адекватної поведінки ЛПВ.

Аналіз спеціальної літератури [122, 126, 127] показує, що проблема формування високого рівня РКА у ЛПВ має комплексний характер і передбачає медико-біологічний і психолого-педагогічний аспекти. Незважаючи на відсутність однозначного підходу у визначенні РКА чи класифікації рівня здоров'я, в цілому, результати наукових досліджень взаємодоповнюють і не суперечать одне одному та дозволяють розглядати їх з різних позицій [134, 137, 141].

Здоров'я вважається складовим елементом ПФС, відноситься до найважливіших пріоритетів особистості і держави [203], а усвідомлення його цінності є одним із елементів національної культури [131, 132].

В останні роки вітчизняна наука зарахувала проблему здоров'я ЛПВ до кола глобальних завдань, вирішення яких обумовлює кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку суспільства, оскільки передбачається участь цих людей у різних галузях виробництва [148, 153, 163].

Глобальна вагомість проблеми здоров'я ЛПВ викликала необхідність ґрунтовних досліджень цього феномена і його складників, пошуку шляхів позитивного впливу РКА на підтримку високого рівня ПФС цих людей [160, 162, 182].

За підсумками роботи цілої низки міжнародних конференцій розпочався процес збору і систематизації інформації про існуючі загрози здоров'ю [177, 178, 180]. В результаті були розроблені першочергові заходи щодо охорони здоров'я ЛПВ, сформульована сучасна уява про ПФС, його компоненти, детермінанти, стратегії позитивного впливу на рівень РКА людей похилого віку [203]. Основні тези, положення і принципи ПФС стали програмними

імперативами, якими нині керується світове співтовариство для підтримки здоров'я людей у віці 55-65 років [1, 13, 167, 242].

У сучасному суспільстві проблема збереження і зміцнення здоров'я цієї категорії населення України є дуже гострою внаслідок розповсюдження хронічних захворювань, нераціонального природокористування, підвищення стресогенної напруженості у суспільстві, поширення шкідливих звичок тощо [11, 31, 49, 68, 78].

В нормативно-правових документах Уряду України [66, 67], відображена турбота про здоров'я ЛПВ у XXI столітті та популяризація РКА, які продиктовані продовженням їх участі у суспільному житті.

Саме тому одним із головних завдань системи ФРК є розробка рекреаційних заходів з оптимізації РА, режиму роботи і відпочинку, створення психологічно сприятливого життєвого простору [61, 73, 77, 79].

На думку В.М. Кабаєвої [75], В.В. Кальниша [76], Н.Н. Коноплева і співав. [85, 86] в системі ФК складається парадоксальна ситуація, коли люди, які призвані виховувати особистісну компетентність до РКА самі залишаються поза цією системою. Мова йде про викладачів ВНЗ різного рівня акредитації [82, 92, 123, 159]. Ціла низка несприятливих факторів, які пов'язані із специфікою режиму дня і відпочинку викладачів створюють передумови низького рівня РА, порушення раціонального харчування, збільшення частоти захворюваності, особливо під час епідемії ГРВІ. В цьому плані ВПВ займають особливе місце, оскільки негативний вплив всього комплексу вищезазначених факторів у цієї категорії найбільше виражений [79, 154, 161].

До основних чинників, які дають можливість ЛПВ підтримувати свій потенціал здоров'я відносяться: спадковість, соціально-економічні, екологічні умови, спосіб життя, ефективність системи охорони здоров'я та рівень РКА [163, 179].

За даними ВООЗ, відносна частка РКА у підтримці достатнього рівня ПФС складає 12,0%, генетичні фактори складають 15,0%, екологічні – 25,0%, спосіб життя – 48,0% [].

При цьому Т.М. Полькина і Т.С. Чуйкова [165] вказує, що першочергова роль у підтримці достатнього рівня ПФС належить способу життя. З іншої сторони, для РКА існує великий резерв, оскільки ЛПВ, в більшості випадків, перекладають відповідальність за своє здоров'я на лікарів, займаючись не турботою про власне здоров'я, а лікуванням захворювань, що призводить до погіршення здоров'я [181, 190, 199, 200]. Тому, зміцнення і збереження здоров'я, як складової частини ПФС повинно стати потребою та обов'язком кожної людини і шлях до цієї мети лежить через збільшення рівня РКА [191, 208].

Серед вчених триває дискусія з погляду на зміст і складові частини ПФС ЛПВ [209, 242, 244]. На сучасному етапі розвитку біологічної науки більшість вчених визначають п'ять елементів ПФС людини: рівень та гармонійність ФР; функціональний стан та резерви організму; рівень імунного захисту та неспецифічної резистентності; відсутність захворювання або дефекту розвитку; рівень розумової працездатності [6, 21, 46, 77, 245].

Світова наука про здоров'я людини передбачає цілісний погляд на ПФС як феномен, що інтегрує чотири складові: фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну. Всі ці складові є взаємопов'язаними і визначають рівень психо-соматичного здоров'я людини. Для зручності вивчення і полегшення методології дослідження феномена ПФС в галузі сучасної ФК диференціюють поняття фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я, але у реальному житті майже завжди має місце інтегральний вплив цих складових [61, 72].

Із урахуванням системної, цілісної сутності феномену ПФС дослідники [73, 77, 82] виділяють шість рівнів вирішення цієї проблеми, а саме: індивідуальний, пов'язаний зі здоров'ям окремої людини; груповий, спрямований на корекцію здоров'я певної групи людей; рівень установи, діяльність якої повинна забезпечувати здоров'я своїх робітників; рівень здоров'я громади; рівень країни; світовий рівень.

Наскрізна залежність і взаємообумовленість усіх рівнів здоров'я визначає саме ту позицію, що проголошують країни – лідери у формуванні РКА, а саме: кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства; все людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини [104]. При цьому, провідне місце відводиться засобам ФРК. Це означає, що сучасна система оздоровлення викладачів ВНЗ потребує переорієнтації з простого задоволення організму в РА на вдосконалення ПФС шляхом гармонійного розвитку як духовних, так і фізичних якостей, а саме: формування переконання у необхідності впровадження рекреаційних заходів через отримання викладачами знань про роль ФК в житті людини (фізичне, соціальне, духовне й психологічне здоров'я); розвиток потреби в РКА через усвідомлення сприйняття особистого стану здоров'я, рівня фізичної підготовки, резервних можливостей організму; формування навиків фізичного самовдосконалення з урахуванням психофізіологічних особливостей ЛПВ [9, 10, 27, 103].

Отже, ПФС можна розглядати як кінцевий результат і системне явище реалізації засобів ФРК.

Аналіз спеціальної літератури [35, 41, 227] показав, що дозвілля як організована чи самостійна форма відпочинку немає чіткого визначення. Серед дослідників немає також єдиного розуміння співвідношення понять "дозвілля" і "рекреація". В сучасній науковій літературі не внесено істотних уточнень про місце рекреації у сфері дозвілля людини. Як стверджує А.Г. Фурманов [227] до сьогоднішнього дня також не існує єдиного і точного визначення ФРК.

Виходячи з вищесказаного, враховуючи різні визначення і резюмуючи викладений матеріал, найзмістовнішим є визначення, яке подано в роботі Є.Н. Приступи і співав. [171]: рекреація це комплекс оздоровчих заходів, що здійснюються з метою відновлення ПФС, особливо людей з ознаками хронічної втоми. В цьому визначенні наголошено на тому, що рекреація обов'язково спрямована на здорову людину. Це дало змогу багатьом дослідникам ввести ключовий критерій для розуміння різниці між рекреацією і реабілітацією, рекреацією і різними формами лікувальної ФК та фізіотерапії.

Одним із безперечних досягнень сучасності є усвідомлення і наукове обґрунтування вирішальної ролі здорового способу життя (ЗСЖ) в організації життєдіяльності ЛПВ. РА, оздоровча ФК і рекреація займають почесне місце в арсеналі оздоровчих програм саме ЛПВ. Зі всіх чинників, які можуть вплинути на їх залучення до РА та оздоровлення, найважливішим критерієм є РКА. Сучасний період життя ЛПВ в Україні характеризується критичним станом СЗ та низьким рівнем РА і для подолання кризового положення вимагає підвищення рівня їх РКА [35, 36, 55].

ФРК як явище, що динамічно розвивається вимагає невпинно стежити за новинками і відкриттями в сферах, які, так чи інакше, впливають на її розвиток [39, 44, 54].

Варто звернути увагу на те, що ФРК знаходиться на межі різних дисциплін і галузей [71, 76, 115], що вимагає при розробці рекреаційно-оздоровчих програм для ВПВ знань з суміжних дисциплін [180].

Рекреаційні заходи серед викладачів похилого віку передбачають часте спілкування з людьми, які самі вимагають наявності відвертості і комунікабельності, а також знань основ психології, зокрема, міжособистого спілкування [113, 126].

На думку ряду авторів [136, 137, 158, 179] для здійснення оздоровчо-рекреаційної діяльності і підвищення рівня РКА ВПВ необхідно провести цілий ряд специфічних заходів. Серед останніх М.С. Гончаренко і співав. [181], Т.Н. Маляренко і співав. [182] і Т.Н. Семенкова і співав. [192] виділяють створення організаційних структур для проведення оздоровчо-рекреаційної діяльності; планування, забезпечення ресурсами, контроль і координацію цієї діяльності; надання оздоровчо-рекреаційних послуг, таких як інструктор по адаптивному спорту, організатор оздоровчо-спортивних заходів і туристичних послуг; проведення пропаганди різних форм ФРК у ВНЗ.

Організація і проведення ФРК у ВПВ є непростим питанням, оскільки проблема організації їх відпочинку торкається специфічної невиробничої сфери ВНЗ [201, 214, 230]. За тими заходами, за якими у суспільстві реалізуються

потреби у відновленні ПФС можна судити про ступінь розвитку самого суспільства, рівень РКА і загальну культуру особистості.

Рівень РКА є також об'єктивним критерієм для оцінки ПФС викладачів похилого віку, хоча цьому питанню в сучасних наукових дослідженнях приділяється недостатньо уваги. Так, И.П. Битус [17], С.С. Єрмакова і співав. [226] і Н.В. Советкина і співав. [228] визначали РКА у людей другого періоду зрілого віку. Ю.А. Баженов [13] і С.В. Гаркуша [33] вивчали її у студентів різних регіонів і спеціальностей. Дослідженню РКА людей у віці до 50 років присвячені роботи М.А. Гришина [35], А.А. Горелова і співав. [38], С.С. Ермакова і співав. [55]. Окремі дослідження проводились серед людей старечого віку в залежності від виду та умов попередньої трудової діяльності [39]. При цьому поза увагою вчених залишились дослідження РКА викладачів ВНЗ, які у зв'язку з пенсійною реформою [63, 173] вимушені продовжувати науково-педагогічну роботу у період з 55 до 65 років.

РКА в повній мірі реалізується через поняття "здоровий спосіб життя" (ЗСЖ), його складові компоненти та основні фактори впливу.

Численні дослідження [6, 177, 188, 223] визначають ЗСЖ як діяльність людини у загальному вигляді, зокрема сукупність істотних рис, що характеризують діяльність соціальної групи чи індивіда, яка детермінована умовами певної суспільно-економічної формації, способом виробництва, рівнем життя, сукупністю природно-географічних і суспільно-історичних умов, ціннісних установок, що притаманні суспільству в цілому. Хоча ЗСЖ значною мірою обумовлений соціально-економічними умовами, він водночас залежить від мотивів діяльності конкретної людини, від особливостей її психіки, стану здоров'я і функціональних можливостей організму. Цим, зокрема, пояснюється розмаїття варіантів рекреаційних заходів, які запропоновані для людей різного віку.

Підвищення рівня РКА викладачів повинно сприяти зміцненню СЗ і підвищенню ефективності розумової праці, ефективність якої залежить від морфо-функціональних резервів організму [214].

А.А. Горелов і співав. [38], Н.Н. Киреева і співав [82] і Т.А. Костакова [92] серед завдань ФРК у ВПВ відзначають підготовку організму до оптимального включення в професійну діяльність; активну підтримку оптимального рівня працездатності під час роботи та її відновлення після її закінчення; проведення акцентованої психофізичної підготовки, до виконання викладацької діяльності; профілактику можливого впливу на організм ЛПВ несприятливих чинників розумової праці.

В основі виробничої ФК лежить теорія активного відпочинку [29, 30, 53], який показав, що для організму найбільш сприятливим режимом роботи є переключення навантаження та уваги з одного виду роботи на інший [162]. При цьому експериментально доведено, що при такій зміні діяльності, фізична і розумова працездатність відновлюється швидше та повніше. Такого ефекту не можна досягнути при пасивному відпочинку, а тільки в активному стані, коли спеціально організовані рухи виконуються іншими, нестомленими частинами тіла. В результаті в стомлених функціональних системах посилюються процеси відновлення, а їх працездатність підвищується [72, 76, 95].

Методичне забезпечення виробничої гімнастики вимагає враховувати не тільки фізичні, але й психічні навантаження – розумову і нервово-емоційну напруженість праці викладачів, яка характеризується ступенем включення в роботу вищої нервової діяльності. Чим більше навантаження у відділах кори великих півкуль головного мозку, тим важливішим є переключення уваги на інший вид діяльності [85, 91, 94].

Отже, методика ВФК викладачів залежить від характеру і змісту праці та має “контрастний” характер: чим більше психо-емоційне навантаження в процесі викладання, тим менше воно має бути в період активного відпочинку, і навпаки, що було покладено в основу розробки рекреаційно-оздоровчих програм для ВПВ [123, 136, 158].

РКА викладачів похилого віку виявляється в різних формах: в робочий час у формі виробничої гімнастики і професійно-прикладної ФРК; у вільний час

у формі оздоровчо-відновних процедур, оздоровчо-профілактичних фізичних вправ, занять в секціях з окремих спрощених, адаптованих до віку видів спорту.

Як вказує В.Д. Паначев [156], Н.С. Панкратов [157], Г.Ю. Пишнов і співав.[161], заняття з будь-яких форм виробничої фізичної культури необхідно проводити індивідуально, тоді як С. Пензай [158], В.Н. Селуянов [191], В.В. Афанасьев і співав. [224] рекомендують групові методи.

При виборі методів і засобів ФРК важливо враховувати переривчастий характер і технологічні особливості праці у ВНЗ, що впливають на ефективність відновлення організму викладача. Крім того, необхідно взяти до уваги такі чинники, як довготривала, статична і сидяча робоча поза, одноманітність робочих рухів, завантаженість окремих функціональних систем. Наприклад, при робочій позі стоячи основні патологічні процеси розвиваються в нижніх кінцівках. Тому відновні і профілактичні вправи рекомендується проводити в положенні сидячи або лежачи. При робочій позі сидячи або в незручних позах основне навантаження припадає на хребетний стовп. Тому вправи проводяться стоячи у вільній позі. Відповідно підбираються і конкретні вправи за “контрастним” методом [204, 206].

На підбір методів і засобів ФРК створює вплив динаміка, характер і ступінь втоми, що розвивається протягом того чи іншого часу. У випадках значної перевтоми людини метод активного відпочинку менш ефективний, ніж пасивний відпочинок. Тому оцінка ступеня робочої втоми протягом робочого дня або після нього є необхідною умовою не тільки для підбору оптимальних методів і засобів ФРК, але й для розробки системи об’єктивізації системи визначення рівня РКА викладачів [43, 55, 215, 242].

1.3 Хронічна втома і порушення сну як фактори, що унеможливлюють базовий відпочинок організму людей похилого віку

В результаті дослідження способу життя ВПВ цілий ряд авторів встановили, що у 70,0-80,0% випадків у них спостерігається синдром хронічної втоми (СХВ) і в 68,0% – безсоння [7, 8, 53, 76]. Крім постійного відчуття

сильної втоми для СХВ характерним є апатія і депресія, болі в м'язах, гарячковий стан, сонливість, які тривають не менше, ніж півроку. Згодом порушується пам'ять, для вирішення складних задач доводиться докладати неймовірні зусилля. Далі з'являється безсоння, тремтіння кінчиків пальців рук і тремор всієї кисті, занепокоєння і безпричинні страхи. Зрештою, якщо не проводити профілактику цей стан може перейти у психо-соматичне захворювання [44].

При синдромі СХВ від перенапруження (розумового і фізичного) страждає нервова, ендокринна та імунна системи організму. СХВ в два рази частіше спостерігається у жінок, які задіяні в інтелектуальній сфері [60, 161, 179].

Таке поширене сьогодні захворювання як СХВ ще в 70-80 рр. було практично невідоме. Його поява тісно корелює з різким прискоренням ритму життя і збільшенням розумового та психологічного навантаження на ВПВ. При збільшенні таких навантажень істотно зростає споживання кисню, що приводить до гіпоксії та її наслідків, відбувається уповільнення процесів обміну в клітинах і підвищення концентрації залишків продуктів метаболізму в тканинах, особливо головного мозку, що різко знижує рівень ПФС [216].

Залежно від швидкості наростання розрізняють гостру і хронічну гіпоксію. При гострій гіпоксії, в першу чергу, страждає функція коркових відділів центральної нервової системи, а при хронічній – функція кардіо-респіраторної системи [228].

Хронічна гіпоксія характерна для викладачів ВНЗ, які проводять значну частину часу в замкнутому просторі і погано вентильованому приміщенні. Високі розумові навантаження, стреси, інтенсивна інтелектуальна праця приводять до прискорення розвитку синдрому СХВ, зниження імунітету, порушення сну і погіршення СЗ [7, 10, 12, 22].

Зниження рівня СЗ відбувається, в першу чергу, через розвиток серцево-судинних захворювань [46, 51], частота яких у 2,5 раз вища у людей розумової праці і в 5,0 раз у похилому віці [56, 213].

У людей із зниженим рівнем функціональних резервів хронічна гіпоксія, що виникає в результаті порушень роботи дихання [65], тонусу судин [221], низького рівня фізичного навантаження [194, 195] або ж дефіциту кисню в навколишньому середовищі [5, 124, 260], може приводити до серцевої недостатності, розвитку гіпертонічної хвороби, стенокардії та інфаркту міокарду [44, 77, 217, 259].

По мірі прогресування серцево-судинної недостатності в організмі наростає гіпоксія, яка, у свою чергу, негативно впливає на функцію серця і кровоносних судин, замикаючи таким чином, патологічне коло розвитку захворювання [76, 95].

Гіпоксія і гіпертонічна хвороба є елементами цього патологічного кола [256, 259]. Наростаюча гіпоксія ж, як і у разі серцево-судинної недостатності, веде до подальшого прогресування СХВ.

Як вказує Г.Ю. Пишнов [161], традиційне лікування СХВ досить-таки тривале і достатньо дороге, оскільки доводиться посилено очищати організм, вводити дуже дорогі препарати для відновлення функцій центральної і периферичної нервової системи. Також необхідно відновлювати функції травного тракту, імунної та ендокринної систем організму [74]. Стійкість до гіпоксії може бути підвищена перебуванням в барокамері або в умовах середньо-і високогір’я [111].

Збагачення організму хворих на серцево-судинні захворювання киснем є суттєвим елементом всіх рекреаційно-профілактичних програм. Однак всі вони передбачають використання відповідних, і часто, дорогих препаратів, спеціальної дієти тощо. Тоді як звичайне підвищення рівня РКА дозволяє досягти відчутного поліпшення не застосовуючи їх [65]. Тому часті прогулянки на свіжому повітрі і постійний притік кисню в приміщенні є одним з дієвих засобів ФРК ВПВ.

Надзвичайно корисне включення до складу раціону викладачів цілющих кисневих коктейлів. Досліджуючи вплив цих засобів Д.С. Блинов [74], встановив, що кисень у вигляді піни, швидко всмоктується в кров і лімфу з

травного тракту. В результаті зростає його парціальний тиск, що веде до посилення дифузії кисню з артеріальної ділянки капілярів в “гіпоксичні тканини”. Іншими словами відбувається активне збільшення кисневих запасів організму. Отже, вирішальне значення в рекреативному ефекті кисневого коктейля має здатність зменшувати дефіцит кисню в тканинах організму при гіпоксії.

Внаслідок адаптації організму до хронічного дефіциту кисню сучасна людина іноді не помічає гіпоксії і часто погане самопочуття списує на інші причини. Доведено, що хронічна втома, підвищена нервозність, безсоння, депресія, часта хворобливість, порушення обмінних процесів, зниження імунітету пов’язані з появою гіпоксії.

Згідно проведених досліджень [157, 164], дефіцит кисню може відчуватися навіть у практично здорових людей, що рідко бувають на свіжому повітрі або ведуть малорухливий спосіб життя. Саме до такої категорії населення відносяться викладачі ВНЗ, особливо похилого віку. У цих людей часто виникають проблеми із сном.

Безсоння визначається як труднощі із засинанням, багатократні переривання сну протягом ночі, зменшення загальної кількості годин, протягом яких триває сон або відсутність після сну відчуття відпочинку. Даний стан виявляється порушенням ритму засипання і пробудження, супроводжується якісними порушеннями сну, який стає поверхневим і неспокійним. Скорочується тривалість глибокої фази сну, змінюється співвідношення між стадією, що супроводжується сновидіннями і стадією без сновидінь [81, 93].

До основних причин безсоння Л.Н. Иваницкая і співав. [70], О. В. Котова [93], Я. И. Левин [109, 110] відносять вік (після 50 років), стать (жінки страждають частіше), больові відчуття, ожиріння і депресію. Всі ці причини , як правило, можна спостерігати у ВПВ [92, 103, 193].

На думку окремих фахівців [121, 123] порушення сну – це симптом, а не окремий діагноз чи хвороба. Такий стан спостерігається при неврозах, деяких серцево-судинних і психічних захворюваннях, нейроінфекціях, а також при

пошкодженнях головного мозку, регулюючих правильне чергування окремих фаз сну [149, 155]. У здорових людей порушення сну може з'являтися після фізичного або розумового перенапруження, при СХВ, схильних до переживань тощо [231].

Розпізнати безсоння легко за скаргами на відсутність сну і по зовнішньому вигляду людини: набряки під очима, червоні очі, сухі губи, млявість, пригніченість. Дуже часто людям, страждаючим від безсоння здається, що вони не сплять взагалі. Більшість з них відзначають, що протягом дня їх постійно хилить до сну, а вночі вони заснути не можуть, або, задрімавши, тут же прокидаються.

У ЛПВ часто повна неможливість заснути або ж слабкий переривистий сон з неспокійними думками і поворотами "з боку на бік в ліжку" перетворює весь наступний день на невдалі спроби для будь-якої активної роботи.

Згідно статистики, більшість дорослих хоча б одного разу в своєму житті випробовували проблеми із сном [8]. При цьому 30,0%-50,0% населення похилого віку мають ті або інші його порушення, ще 10,0% страждає хронічним безсонням.

Як вказує ряд авторів [70, 110], різниця між нормою і порушенням не визначається тільки певною кількістю годин, що відводяться на сон, оскільки потреба в ньому у людей є індивідуальною. Хоча більшість таких людей знайомі з симптомами безсоння, багато з них шукають допомоги у лікаря. Часто люди не знають про існування поведінкових і немедикаментозних методів корекції таких порушень [81].

Порушення сну часто є симптомом СХВ і пов'язано з природнім комп'ютером – таламусом, в якому знаходяться центри, що забезпечують черговість сну і бадьорості [81, 145, 229].

З роботи И.П. Битус [17], відомо, що п'ятигодинний сон на свіжому повітрі за містом рівнозначний 8-9 годинам сну в міській квартирі. Це пов'язано з активною сигналізацією від численних рецепторів в таламус, яка

свідчить про відсутність гіпоксії і сприяє відновленню нормального ритму сну і бадьорості.

Ю.В. Бушов і співав. [25], встановив, що порушення такого ритму обумовлює відсутність повноцінного відпочинку, веде до погіршення самопочуття і зниження уваги, з'являється дратівливість, нервозність і багато інших симптомів, які накладають відбиток на взаємостосунки в сім'ї, з друзями і на роботі.

Підсумовуючи все описане необхідно відзначити, що такі явища як хронічна втома або СХВ, порушення сну, погіршення концентрації уваги і зниження розумової та фізичної працездатності з'являються в результаті низької РА, внаслідок чого виникає гіпоксія, що запускає безперервний ланцюжок патологічних процесів, які приводять до погіршення ПФС в цілому.

Найпростіший спосіб поліпшити ПФС при СХВ і беззсонні – це зниження кількості негативних психо-емоційних навантажень на організм, регулярне застосування релаксуючих, оздоровчих і рекреаційних заходів. Однак, в дослідженнях ряду авторів [36, 38, 53] показано, що саме ті люди, які за фахом повинні ці рекомендації виконувати в першу чергу, їх і не дотримуються. Особливо це стосується ВПВ.

С.С. Єрмаков і співав. [55] і Є.А. Ивченко [72], вважають основним методом профілактики СХВ і безсоння зміну, в першу чергу, рухової поведінки і способу життя, а також підвищення РКА за допомогою різних засобів ФРК.

В деяких випадках відновити нормальний ритм сну допомагає короткий курс прийому снодійних. Однак ця порада адресована кожному, але тільки не для літніх людей. У ЛПВ, що приймають снодійні, майже завжди розвивається залежність від них і вони створюють негативний вплив на ПФС.

На сьогоднішній день відомі безліч заходів, що впливають на сон. Як показують дослідження багатьох авторів [8, 95, 109] підвищення РКА може підвищити якість сну і швидкість засипання без негативних ефектів і, що найбільш цінне – досягнуті поліпшення можуть бути довготривалими.

Однак тільки в окремих роботах [109, 110, 146] зустрічаються дані про вплив засобів ФРК на поліпшення сну у ЛПВ. До них відносяться наступні методи: вправи на релаксацію, когнітивно-поведінкова терапія, зміна способу життя, збагачення організму киснем [257, 258, 260].

В ході досліджень, проведених на базі ГУ НДІ харчування РАМН та НДІФК [74, 137], було встановлено, що вегетаріанська їжа і кисневий коктейль “Екотейль” покращує клінічну картину хворих з патологією серцево-судинної системи та ожирінням, динаміку клініко-інструментальних показників, що характеризують функціональний стан системи кровообігу. Крім того, була виявлена гіполіпідемічна дія через зниження вмісту холестерину в крові, а також імуномодулюючий ефект.

Іншими словами кисневий коктейль перериває ланцюгову реакцію, в результаті якої організм з неробочого або “пошкодженого” стану, переходить в нормальний “здоровий” стан. Поліпшується фізична і розумова працездатність, нормалізується сон, відновлюються обмінні процеси тощо.

При цьому застосування фіто-кисневих коктелей для підвищення ПФС в арсеналі засобів ФРК залишилося поза увагою фахівців у галузі ФК [144].

1.4 Психо-фізіологічні особливості викладачів похилого віку та їх ставлення до підвищення рівня рекреаційної активності

Викладач, як людина відповідного віку, і як особистість, може бути охарактеризований з трьох сторін. По-перше, з соціальної, у якій відображаються суспільні відносини. Соціальна сторона проявляється в особистості викладача завдяки його роботи у студентському середовищі, виконанню ним функцій, характерних для вузівського навчально-виховного процесу [11, 38, 92]. По-друге, з психологічної, яка є поєднанням психічних процесів, станів та властивостей особистості [72, 73, 82]. По-третє, з біологічної сторони, яка включає тип вищої нервової діяльності, будову аналізаторів і фізичний розвиток [93, 94, 123]. Ця сторона в основному визначена генетично, але може змінюватися під впливом засобів ФРК.

В сучасних умовах у ВНЗ працюють багато викладачів 55-65 років. Наукові дані свідчать, що в цьому віці завершується основний цикл соматичного розвитку людини, який переходить у регресивну стадію [163, 216]. Цей період характеризується мінімалізацією фізіологічних потенціалів і реактивності організму, відсутністю оптимального рівня артеріального тиску та насиченості крові киснем. Іноді порушується топографія сили різних м'язових груп. Одночасне зменшення відносних показників сили свідчить про те, що опорно-рухова система стає лабільною [24].

У цієї вікової групи продовжує вдосконалюватися аналітично-синтетична діяльність кори головного мозку, але процеси гальмування вже домінують над збудженням. Вичерпуються функціональні резерви кардіореспіраторної системи. За такими показниками, як ЧСС, об'єм камер серця, систолічний і хвилинний об'єм крові, ЖЄЛ, МОД, МВЛ, резерв дихання, МПК вони значно поступаються іншим віковим категоріям. У них спостерігається незначне зниження показників кисневої ємності крові [29, 189]. Недосконаліть цих морфофункціональних структур значно звужує їх адаптаційні можливості вже навіть до роботи помірної інтенсивності з утворенням кисневого боргу. І в цілому вікові зміни стосуються різних форм витривалості, що є причиною зниження рівня РКА [1, 77, 160].

Встановлено [199], що енергетичні затрати на одиницю маси тіла прирівнюються до таких як у дорослої людини. Значно підвищується роль коркових процесів у регуляції психічної діяльності і фізіологічних функцій організму, першочергового значення набувають процеси, які забезпечують функціонування другої сигнальної системи [216, 230].

Організм ЛПВ зберігає порівняно високу фізичну працездатність. ЛПВ доступні вправи із статичним навантаженням незначної сили та швидкості рухів. Витривалість складає 85,0% від величини цього показника у людей II періоду зрілості [211, 231, 244].

Показники фізичного розвитку (ФР) є одним із об'єктивних критеріїв адаптаційних резервів організму [46, 77, 176]. Високий і гармонійний ФР

визначає ПФС людини, підвищує її фізичні можливості. Диспропорції ФР, що пов'язані з гіпокінезією, у ЛПВ призводять до зміни ваги тіла, поганого самопочуття та різних захворювань [87, 93, 121, 175].

Наукові дослідження свідчать, що середні величини ФР ЛПВ знаходяться нижче межі вікової норми. Індивідуальні показники ФР є неоднорідними і мають великий розмах. Зокрема, індекс Кетле у 37,7% ЛПВ є оптимальним, у 47,1% – нижчим від норми, а у 14,3% – вищим [191, 196].

Дослідження ПФС організму ЛПВ показало, що окремі показники ФР чоловіків знижуються вже впродовж 50-55 років. У них за цей час вірогідно зменшується довжина і вага тіла, при цьому, 38% обстежених ЛПВ мають дисгармонійний розвиток [163, 228].

Окремі дослідники [201, 207, 214] вказують на те, що за час роботи у ВНЗ відбувається суттєві, часто негативні зміни ФР і фізичної підготовленості більшості ВПВ. Це пояснюється слабкою організацією роботи з ФРК і відсутністю індивідуального підходу до ФРК ВПВ.

При дослідженні ПФС основна увага приділяється м'язовій, серцево-судинній, дихальній системі та системи вегетативного забезпечення РА [1, 16, 245, 280].

У своїх дослідженнях Ю.А. Баженов [13] і П.В. Будзен і співав. [21] відзначає, що функціональні можливості ЛПВ досить низькі. Так, індекс фізичного стану за Е.А. Пироговою [160] відповідає низькому рівню, адаптаційний потенціал системи кровообігу до факторів зовнішнього середовища за Р.М. Баєвським [77, 164] знаходиться у фазі зриву, фізична працездатність (PWC_{170}) знаходиться на нижче середнього рівні.

Функціональний стан систем життєзабезпечення (серцево-судинної, дихальної, м'язової) – незадовільний. У 29,0% ЛПВ виявлено зниження функціональних можливостей системи кровообігу в стані спокою, функціональних можливостей дихальної – у 45,0% ЛПВ та м'язової системи – у 20,0% випадків. За роки роботи у ВНЗ 90,0% викладачів мають знижений індекс фізичного стану. З допомогою експрес-методики визначення рівня

фізичного здоров'я [4], у 65,0% ЛПВ він був оцінений як "нижче за середній" і "низький" [228, 272, 279].

За даними Н.П. Гончарова і співав. [48] та А.А. Ефимова [56], майже вдвічі зростає частка ЛПВ із гіпертонічним типом реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. У 18,3% жінок наявні дуже низькі показники хвилинного об'єму крові. Зниження функціональних можливостей серцево-судинної системи виявлено у 25,0% жінок [60, 179, 277, 278].

Проте більшість дослідників висловлюють думку, що у процесі систематичних занять фізичними вправами в обсязі робочого і позаурочного часу ПФС ЛПВ можна покращити. Ці позитивні зрушення залежать від вихідного стану організму, ефективності методик та організації ФРК у ВНЗ [3, 64].

У цей період біологічного розвитку організм людини ще має достатню пластичність і адаптацію до фізичних вправ [196, 236]. Відомо, що недостатня РА призводить до детренованості систем і функцій організму [194, 195], що сприяє розвитку різноманітних захворювань і знижує фізичну працездатність [199, 215].

Слід також розглянути соціально-психологічні особливості ПФС ЛПВ. З цього приводу І.Г. Сагун [187] і Г.М. Тимченко і співав. [211], вказує, що викладачі ВНЗ у віці 55-65 років складають окрему соціальну групу, яка відрізняється високим рівнем інтелектуального потенціалу. Спрямованість на його реалізацію є важливою рисою таких людей [11, 26, 190], що часто спричиняє нехтування своїм здоров'ям [59], пониження рівня РА і РКА [39] за рахунок бажання передати якомога більше професійних знань, в якомога коротший термін [64]. Тому, їх ПФС у цей період детермінуються не стільки віком, скільки соціально-професійним становищем [30, 38, 210].

Сучасний процес викладання у ВНЗ пов'язаний із значними психо-емоційними навантаженнями [27, 230]. Викладання, як вид розумової праці, характеризується певними особливостями: постійно зростаючим обсягом, складністю і новизною інформації, необхідної для професійної діяльності,

обмеженістю часу, що виділяється для цього, зміною джерел інформації у результаті зміни навчальних предметів, оволодіння здатністю творчого і логічного розв'язання принципово нових проблемних ситуацій, суворістю контролю якості та ефективності отриманих знань та умінь у студентів, які мають контролювати викладачі. Тому розумову працездатність ВПВ потрібно розглядати як взаємодію багатьох особистісних, психо-емоційних та професійних факторів [64, 73, 85].

Ритм роботи і спосіб життя у ВНЗ значно відрізняється від інших видів професійної діяльності, де діє велика кількість факторів, що перенавантажує інтелектуальну і психоемоційну сфери ЛПВ. Перехід із однієї соціальної сфери в іншу призводить до виникнення певних проблем, які психологи [115, 161, 175] називають "дезорганізацією" ближнього соціального середовища.

Встановлено, що поряд із загальними ознаками (клімато-географічними умовами, соціально-демографічними і національними особливостями, початковим рівнем здоров'я) в умовах ВНЗ зростає значення специфічних факторів, характерних саме для викладацького колективу [179]. Такими факторами є: підвищений рівень психоемоційного та інформаційного навантаження, постійна зміна студентського колективу, відсутність можливостей до самостійної регуляції і раціонального розподілу бюджету часу та матеріальних засобів, нерегламентований режим роботи і відпочинку, харчування тощо.

Робота ВПВ у ВНЗ може супроводжуватися нервовою напругою, дратівливістю, зниженням вольової активності, тривожністю [174, 182, 192]. Викладачі, які недостатньо адаптовані до таких умов праці, складають основний контингент серед тих, хто йде на пенсію або покидає викладання у ВНЗ за станом здоров'я.

В основі поведінки ВПВ лежить ряд специфічних потреб. А саме: бажання до самовдосконалення, намагання робити вибір, посідати високе місце у своєму оточенні, відчувати своє особистісне значення; бажання фізичної і психічної безпеки, порядку, стабільності. Вони відчувають потребу дискусій,

роздумів, розв'язання справжніх реальних проблем, демонструють готовність до інтелектуального виклику [11, 75, 208].

Дослідження останніх років доводять суттєвий вплив занять ФК і спортом на підвищення фізичної, психічної і розумової працездатності ЛПВ, профілактику дезадаптаційних явищ, початкову профілактику захворювань [64, 230, 242]. У зв'язку з цим, особливого значення набуває розробка науково обґрунтованих рекомендацій для раціональної організації РКА, режиму праці і відпочинку, активного використання фізичних вправ для підвищення ПФС ВПВ [79]. Тому для них засоби ФРК є одним із найважливіших засобів адаптації до роботи у ВНЗ та основною умовою високої працездатності і міцного здоров'я [77].

Багато авторів [71, 92, 236] вказує на те, що у більшості ВНЗ для викладачів різного віку не має системного планування спортивно-оздоровчої роботи в спорт-клубах по інтересам, не запроваджуються засоби ФРК, не проводяться організовані заходи для підвищення РКА, немає визначеної системи запровадження фізичних вправ тощо [201, 238]. В сучасних соціально-економічних умовах ритм роботи викладачів ВНЗ обумовлений інтенсифікацією навчально-педагогічного процесу, різким превалюванням інтелектуальної праці і розумового перенавантаження, що поряд з малорухомим способом життя протягом більшої частини дня (тривалим перебуванням перед комп'ютером, сидячи за столом в учбових класах і лабораторіях, перевірка контрольних завдань студентів) негативно впливає на їх ПФС.

Негативний вплив гіпокінезії проявляється не відразу, а його вираженість наростає з часом, оскільки субклінічні зміни довший час компенсуються різними функціональними системами організму [195]. Така компенсація звичайно залишається непоміченою, оскільки практично не виявляється на рівні всього організму. Однак, з часом кумуляційний ефект від впливу негативних факторів перевищує межу адаптаційного потенціалу, що проявляється його зривом.

Тому особливу увагу треба приділяти ВПВ, оскільки у них спостерігається не тільки психологічна дезадаптація, але й суто вікове зниження функціональних резервів організму [184]. Зниження функціональних резервів при такому способі життя є підставою для розвитку цілого ряду передпатологічних станів і професійних захворювань (порушення діяльності кардіо-респіраторної системи, погіршення гостроти зору чи міопія, появи надлишкової маси тіла, підвищення рівня холестерину в крові, зниження стресостійкості організму, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, гіпертонія, ожиріння тощо) [214]. Вагомою причиною низької РА викладачів є, також, відсутність інформації про важливість засобів ФРК та невміння ними займатися через відсутність теоретичної підготовленості і певних знань щодо способів підвищення рівня РКА.

Т.Ф. Абрамова [2], М.А. Гиршина [35], С.С. Єрмаков і співав. [55] та О.А. Томенко і співав. [213], вивчаючи вплив РА на огранізм, вказують на те, що вона є одним із шляхів покращення ПФС, профілактики захворювань, підвищує працездатність, забезпечує економне функціонування кардіореспіраторної, ендокринної та інших систем організму, активізує нервово-м’язовий апарат і механізми передачі імпульсів в м’язах і на внутрішні органи. Дозована РА створює лікувально-оздоровчий і профілактичний вплив особливо на організм ВПВ. Інші дослідники цього питання [82, 92, 159] відзначають, що стратегічною метою організації ФРК у ВНЗ має стати створення середовища, що сприяє фізичному та моральному оздоровленню ВПВ, підтриманню рівня і зміцненню наявного здоров’я, його примноження за рахунок навичок ведення ЗСЖ, створення культури здоров’я, нейтралізації та зниженню негативної дії несприятливих професійних факторів, підвищенню стійкості до стресу.

У роботах В.П. Паначева [156], С. Пензай [158] і М. Ріпак [179] розглядаються питання управління системою ФРК ВПВ у ВНЗ, для усунення причин, які визначають відсутність мотивації до підвищення рівня РКА. До них відносять обмежені можливості матеріально-технічної бази; відсутність часу та

волі [75, 243], наполегливості [64]; низька організація роботи спортивних секцій за інтересом; обмежені знання про ефективність оздоровчої ходьби та бігу [116, 129, 239], загартування та аутотренінгу; низький самоконтроль в процесі використання засобів ФРК і при фізичному навантаженні [51]; відступність знань про нетрадиційні системи фізичних вправ [45]; недостатній розвиток загальної витривалості, відсутність контролю РА, що викликає виснаження функціональних резервів організму [177, 182, 183, 207].

Проведений аналіз наукової літератури показав, що залученню ВПВ до ФРК приділяється недостатньо уваги. Більшість авторів сходяться на думці, що ВПВ, в силу своїх вікових фізіологічних особливостей, потребують регулярних спортивно-оздоровчих навантажень, що мотивують їх до самореалізації, самовдосконалення, готують до продовження професійної діяльності в умовах пенсійної реформи в Україні. Причому, використання засобів ФРК мають плануватися на цілий рік, корегуватися засобами та методами підвищення РКА (адаптовані до віку ігрові, рекреаційні, оздоровчі), запроваджуватися різні форми організації (заняття на перервах, виробничо-оздоровчі, позаурочні тощо). Разом з тим, питання впливу різних засобів, форм та методів ФРК на життєдіяльність ВПВ практично залишилися поза увагою науковців.

Висновки до першого розділу

1. Фізична рекреація – комплексне поняття, яке нерозривно пов’язане з організацією дозвілля людини, що включає використання фізичних вправ, а також рекреаційних видів спорту для активного відпочинку викладачів похилого віку, отримання задоволення від цього процесу, розваги, переключення з одного виду діяльності на інший, запобігання розвитку синдрому хронічної втоми при звичних видах трудової і побутової діяльності.

2. Притаманні сучасному суспільству високий темп життя, віковий песимізм, відсутність життєвої перспективи тощо, сприяють формуванню легковажного ставлення до здоров’я у викладачів похилого віку. Вони є вразливими у морально-психологічному плані, мають значні соціальні

труднощі, що визначаються передпенсійним і пенсійним статусом. У викладачів похилого віку вони доповнюються рядом специфічних проблем пов'язаних із неможливістю працевлаштування у випадку втрати попереднього місця роботи, збереження постійного заробітку, психологічним навантаженням пов'язаним з умовами праці (гіпокінезією) і неорганізованою системою фізичної рекреації у вищих навчальних закладах.

3. Психо-фізіологічний стан людини слід розглядати як цілісне, системне явище, яке об'єктивно виявляється у соматичному здоров'ї як стан високої фізичної та розумової працездатності, що підтримується засобами ФРК. В свою чергу, фізична рекреація передбачає певний рівень рекреаційної активності, яка реалізується у здоровому способі життя, який людина усвідомлено обирає і відтворює самостійно в повсякденному побуті для збереження власного здоров'я. Результати дослідження багатьох авторів свідчать про позитивний вплив РКА на фізичний розвиток і підвищення фізичної працездатності організму людини, однак поза увагою вчених залишається виявлення її ролі у підтримці високого рівня психо-фізіологічного стану людей похилого віку, що необхідно в існуючих суспільно-економічних умовах.

4. Показниками рекреаційної активності є прагнення і мотиви до фізичного вдосконалення, досягнення високого рівня психо-фізіологічного стану та оволодіння раціональними засобами ведення здорового способу життя. Готовність до рекреаційної активності необхідно розглядати як таку якість людини, що базується на тісному взаємозв'язку знань, умінь, практичних навичок, емоційно-ціннісних орієнтацій та переконань, які спрямовані на забезпечення високої ефективності життєдіяльності за рахунок усвідомлення цінності власного здоров'я.

5. Ефективне управління процесом формування готовності до підвищення рівня рекреаційної активності неможливе без чіткого розуміння психо-фізіологічного стану людей похилого віку, оскільки в цьому віці спостерігається посилення процесів старіння. Фізична рекреація на даному етапі онтогенезу людини є найважливішим засобом і фізіологічною основою

для підтримки достатнього рівня соматичного здоров'я та ефективної професійної діяльності.

6. Результати аналізу матеріалів наукових досліджень доводять парадоксальний характер ставлення викладачів похилого віку до власного здоров'я, невідповідність між потребою особистості в доброму здоров'ї, з одного боку, та її зусиллями, спрямованими на збереження і зміцнення фізичного і психічного благополуччя – з іншого. Тому, формування готовності викладачів похилого віку до рекреаційного активності – тривалий і складний процес, який полягає в багаторазовому послідовному повторюванні змін на рівні їхньої свідомості та поведінки. Одним із центральних механізмів процесу формування такої готовності є самостійна активна діяльність викладача з подолання суперечностей між усвідомленням цінності соматичного здоров'я і реальною поведінкою.

7. Відсутність методів моделювання і способів підвищення рівня рекреаційної активності викладачів похилого віку, а також велика частота синдрому хронічної втоми та порушень сну у цього контингенту, які викликають зниження рівня психо-фізіологічного стану вимагають пошуку способів його корекції засобами фізичної рекреації, що обгрунтовує доцільність проведення дослідження за обраною темою.

Результати досліджень, що приведені в цьому розділі, опубліковані в наукових працях:

1. Федорюк О. В. До питання про якість життя та рекреаційну активність викладачів вищих навчальних закладів у віці 55-65 років / О. В. Федорюк // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – 2013. – Т. 2, Вип. 7 (33). – С. 337–343.

2. Федорюк О. В. Рекреаційна активність як важливий засіб збереження соматичного здоров'я людей 55-65 років / О. В. Федорюк // Слобожанський науково-спортивний вісник науково-теоретичний журнал. – 2013. – Т. 36, № 3. – С. 171–175.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури. Аналіз наукових джерел з теорії та методики фізичного виховання, фізіології, гігієни, педагогіки та психології дозволив оцінити стан проблеми підвищення рівня РКА людей похилого віку, виявити невирішені питання, визначити наукову мету для власних досліджень. Вивчення науково-методичної літератури дало можливість розкрити сучасний зміст таких основних понять як фізична рекреація, ЗСЖ, ставлення до РКА, встановити основні складові компоненти, які впливають на підвищення її рівня та узагальнити інформацію про психофізіологічні особливості викладачів похилого віку, їх фізичного розвитку, рухової активності, функціональні можливості і стан ПФС.

На основі аналізу та узагальнення матеріалів літературних джерел було визначено об’єкт, предмет, сформульовані мета і завдання дослідження.

Педагогічне спостереження. Педагогічне спостереження проводилось з метою вивчення ставлення ВПВ до власного здоров’я, їх способу та якості життя, уточнення рівня РА, методів проведення ФРК, відповідність об’єму та інтенсивності навантаження, інтервалів відпочинку у процесі занять фізичними вправами, а також для визначення психофізіологічних змін, які відбувалися в організмі в ході експерименту. Вивчався стан дотримання режиму дня викладачами експериментальної групи, ставлення до засобів ФРК. Під час дослідження зверталася увага на ПФС, реакцію організму на заданий рівень фізичного навантаження передбачений програмою корекції ПФС для чого використовували щоденник самоспостереження (додаток А.1) і самоконтролю (додаток А.2). Узагальнені результати педагогічного спостереження були

використані при розробці методики формування особистісної компетентності ВПВ до підвищення рівня РКА.

Опитування. Опитування здійснювали для отримання інформації про якість життя, знання і навиків ведення ЗСЖ, методи самоконтролю за рівнем СЗ, порушення сну тощо. Використовували такі форми опитування, як бесіда та анкетування. Анкети та план бесід розроблялися з урахуванням загальноприйнятих вимог.

Анкетування проводили для визначення рівня обізнаності ВПВ вищих закладів освіти щодо самооцінки та ставлення до власного здоров'я, виявлення якості і способу життя та наявності мотивів до підвищення рівня РКА, ставлення і мотивації до ФРК.

Для вивчення рівня обізнаності ВПВ щодо ЗСЖ була розроблена анкета (додаток Б.1), яка передбачала визначення градації значимості для опитуваного 15 життєвих цінностей, які визначали рівень їх РКА.

Рівень самооцінки стану здоров'я визначався за допомогою анкети В. П. Войтенка [83, 120] яка складається із 27 запитань (додаток Б.2.). Підсумкова сума балів визначала кількісну самооцінку здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Оцінка рівня здоров'я за методом В.П. Войтенка

Кількість балів	Стан здоров'я
0 – 3	Ідеальний
4 – 7	Добрий
8 – 13	Посередній
14 – 20	Задовільний
21 – 27	Незадовільний

Для вивчення ставлення ВПВ до засобів підвищення рівня РКА використовували анкету, зміст якої передбачав отримання інформації про їх інтерес до ФРК (додаток Б.3).

Із метою виявлення рівня обізнаності ВПВ у галузі здоров'я, шляхів його покращення, наявності мотивів щодо підвищення рівня РКА та практичних дій, спрямованих на відновлення ПФС "Спосіб та якість мого життя" (додаток Б.4), а також "Мій стиль життя" (додаток Б.5).

Методика оцінки рівня готовності до підвищення рекреаційної активності (додаток В.1). Для оцінки рівня готовності ВПВ до підвищення рівня РКА була розроблена діагностична методика [125] (додаток В.1.1), яка включала 4 критерії (табл. 2.2).

Для оцінки кожної складової особистісної компетентності людей похилого віку був виведений бальний діапазон. Найбільша сума становила 108 балів, найменша – 19 і середнім значенням вважається показник на рівні 63,5 балів.

Підсумовуючи бальну оцінку всіх складових отримували число, яке визначало рівень готовності до підвищення РКА ВПВ: $ОК_{(ФРК)}$=КК+ЕМК+ВК+ПК, де $ОК_{(ФРК)}$ – особистісна компетентність до ФРК; КК – когнітивний компонент; ЕМК – емоційно-мотиваційний компонент; ВК – вольовий компонент; ПК – поведінковий компонент.

Таблиця 2.2

Критерії та показники готовності ВПВ до підвищення рівня РКА та методи її діагностики

Критерії та показники	Методи і методики
І. Когнітивний 1.1 Обізнаність із основними складовими ФРК, чинниками, що впливають на РКА та шляхами її поліпшення. 1.2 Обізнаність із сутністю поняття «РКА», його складовими компонентами та засобами виховання навичок РКА. 1.3 Визначення цінності здоров'я та самооцінка власного ПФС.	• Анкета "Спосіб та якість життя"; • Авторська анкета "РКА"; • Бесіди; • Спостереження; • Анкета для самооцінки стану здоров'я (В. П. Войтенко).
ІІ. Емоційно-мотиваційний 2.1 Ставлення до РКА і власного здоров'я.	• Методика "Індекс ставлення до здоров'я" (модифікація теста С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина);

Продовження табл. 2.2

2.2 Ставлення до фізичного виховання і спорту.	• Анкета ставлення людей похилого віку до фізичної культури і спорту;
2.3 Наявність мотивів до ведення здорового способу життя і підвищення рівня РКА.	• Визначення мотивів ведення РКА (анкета “Спосіб та якість життя”).
III. Вольовий 3.1 Готовність до самовдосконалення. 3.2 Наполегливість до виконання завдань. 3.3 Відповідальність та готовність до активних дій щодо покращення власного здоров’я.	• Методика “Самооцінка готовності до розвитку” (Г. М. Коджаспирова); • Опитувальник для оцінки своєї наполегливості (Е. П. Ільїн, Е. К. Фещенко); • Методика вимірювання локусу контролю (Дж. Ротер).
IV. Поведінковий 4.1 Практичні дії, спрямовані на турботу про власне здоров’я (рівень РА, спосіб життя, відсутність шкідливих звичок). 4.2 Вміння визначати стан власного здоров’я, стежити за ним та його поліпшувати . 4.3 Уміння розробляти і використовувати форми та методи виховання навичок РКА.	• Тест «Орієнтовна оцінка здорової поведінки» (Г. В. Ложкін); • Анкета «Мій спосіб життя»; • Фремінгемська методика дослідження добової рухової активності; • Експрес-оцінка рівня фізичного здоров’я (Г. Л. Апанасенко); • Щоденник самоконтролю; • Щоденник самоспостереження.

Методика оцінювання передбачала п’ять рівнів готовності до підвищення РКА ВПВ: низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Рівні готовності до підвищення РКА

Рівень	Бали
низький	19 – 36
нижче середнього	37 – 54
середній	56 – 72
вище середнього	73 – 90
високий	91 – 108

Розроблена авторська методика оцінки рівня РКА дозволила максимально індивідуалізувати роботу з підвищення РКА засобами ФРК в групі викладачів, які дали згоду на участь в експерименті.

Показник спрямованості ВПВ до самовдосконалення вивчався за допомогою методики “Готовність до саморозвитку і підвищення рівня РКА” [125] (додаток В.1). Дана методика дала можливість виявити взаємозалежність між діяльністю щодо збереження і зміцнення власного здоров’я, обізнаністю із рівнем власного ПФС та бажанням підвищувати рівень РКА. Анкета складалася з 14 речень, оцінивши які стосовно себе, викладач повинен був дати відповідь “так” чи “ні”. За результатами анкетування ВПВ розподіляли за рівнем готовності до підвищення рівня РКА, який визначався як низький, середній та високий.

Ставлення ВПВ до власного здоров’я оцінювали за допомогою методики “Індекс ставлення до здоров’я” (модифікація теста Дерябо С.Д., Ясвина В.А. [47]), за допомогою якої діагностували рівень сформованості суб’єктивного ставлення особистості до здоров’я, здорового способу життя в цілому і його складових компонентів. Тест включав 24 пари альтернативних тверджень (А і Б), які описують протилежні думки певної ситуації, серед яких викладач вибирав ту, яка найбільше підходить для нього (додаток В.2).

Отримавши загальну суму балів визначали рівень ставлення ВПВ до власного здоров’я. Нарахування балів здійснювалось за наступним принципом: менше 24 балів – низький рівень, не сформоване ставлення до власного здоров’я; від 25 до 49 балів – середній рівень ставлення до власного здоров’я; більше 50 балів – високий рівень ставлення до власного здоров’я.

Для оцінки наполегливості ВПВ до виконання завдань використовували опитувальник розроблений Е.И. Ільїним і співав. [73] (додаток В.3). Викладачам пропонували 18 речень, на які вони повинні були продовжити. Далі, за допомогою ключа відповідей, підраховували загальну суму балів. Рівень наполегливості встановлювали, враховуючи таку кількість балів: 0-6 балів – низький рівень наполегливості; 7-12 балів – середній рівень

наполегливості; 13-18 балів – високий рівень наполегливості. Відповідальність та готовність до активних дій ВПВ досліджували за допомогою методики вимірювання локусу контролю [197].

Запитальник, за допомогою якого визначали типовий **локус контролю,** включав 32 пункти, кожен із яких складався з двох айтемів – А і Б (додаток В.4). Пропонувалося вибрати те судження, з яким погоджується респондент.

Локус контролю є однією з важливих інтегральних характеристик людської самосвідомості, яка пов'язана з почуттям відповідальності та готовності до активних дій суб'єкта, переживання ним найбільш релевантних форм і способів реалізації власного "Я".

За даними окремих авторів [32, 197], одним із елементів людського самопізнаня є їх суб'єктивна гіпотеза про джерело власних досягнень та невдач, успіхів та поразок, позитивних та негативних результатів. Це дало змогу диференціювати людей у відповідності до міри домінування їх зовнішніх чи внутрішніх стратегій діяльності. За цією концепцією існує два крайніх типи локалізації (локуси контролю) – інтернальний та екстернальний.

Для інтернального типу характерним є таке бачення свого "Я", коли всі власні досягнення і невдачі залежать від особистих якостей суб'єкта, зокрема таких, як наполегливість, компетентність, рівень розвитку здібностей. Зовнішні умови або збіг обставин не розглядаються як можливі причини досягнень або невдач.

Екстернальний тип характеризується тим, що першопричиною успіхів або невдач для суб'єкта завжди виступають зовнішні сили – випадковість, везіння, поле групового тиску.

Приналежність людини до того чи іншого типу локалізації контролю дає підставу стверджувати про певні форми і способи її поведінки. Тобто, у тій чи іншій ситуації можна прогнозувати вибір особою діяльнісних та життєвих стратегій, результативність процесів взаємодії та групових форм комунікації.

Процедура підрахунку передбачала співставлення усіх відповідей з ключем. Максимальна кількість балів складала 26, при повному домінуванні зовнішньої чи внутрішньої локалізації. При цьому, число 13 було бар'єрним, оскільки всі числові значення більші за нього означали, що саме цей тип локалізації є домінуючим. І, навпаки, якщо сумарний показник шкали локалізації був меншим за число 13, то даний тип локалізації поступався протилежному. Для зручності і швидкості обробки отриманих результатів знаходили суму значень лише однієї шкали. В окремих випадках сумарний показник за зовнішньою та внутрішньою локалізацією може дорівнював 13. Це було свідченням того, що у респондента немає виражених (домінуючих) екстернальних чи інтернальних локусів контролю.

Із метою визначення способу життя ВПВ та їхнього ставлення до власного здоров'я використовували тест, запропонований Г. В. Ложкіним "Орієнтовна оцінка здорової поведінки" [89] (додаток В.5).

Уявлення про РКА викладачів, їх спосіб життя та ставлення до власного здоров'я доповнювалися виявленням величини і характеру рухової активності (додаток В.6), рівня фізичної активності (додаток В.7), а також психологічним тестуванням, яке включало комплекс методик і тестів.

Методи визначення психо-фізіологічного стану

Коректурна проба Анфімова (додаток Д.1) проводиться за результатами виконання перегляду рядків букв за 5 хв [98, с. 92].

Показник точності роботи визначається за формулою 2.1:

$$A=\frac{M}{M+O}, \qquad (2.1)$$

де М – кількість закреслених букв, О – кількість помилок.

Показник продуктивності визначається за формулою 2.1:

$$E= H \times A \qquad (2.2),$$

де Н – кількість переглянутих знаків, А – точність роботи.

Тест "Кільця Ландольта" (додаток Д.2) проводили за результатами виконання перегляду рядків напівкілець заданої орієнтації розриву за 5 хв [91].

Показник рівня концентрації уваги визначали за формулою 2.3, яка визначає індекс точності:

$$K = S \times S/n \quad (2.3)$$

де S – кількість рядків, які проаналізовані ВПВ; n – кількість помилок (пропусків чи помилкових закреслень, зайвих знаків).

Показник темпу виконання (А) визначали за формулою 2.4:

$$A = S/t \quad (2.4),$$

де S – кількість знаків, які закреслені ВПВ у проаналізованій частині таблиці; t – час виконання тесту.

Визначення продуктивності та стійкості уваги (S) здійснювали за формулою 2.5:

$$S = 0{,}5N – 2{,}8n/60 \quad (2.5),$$

де N – кількість напівкілець, які переглянуті ВПВ за 1 хв; n – кількість помилок припущених ВПВ за 1 хв.

Об’єм зорової інформації (V, біт) розраховували за формулою 2.6:

$$V=0.5936 \cdot N \quad (2.6),$$

де N – загальна кількість переглянутих знаків; 0,5936 – середній об’єм інформації, яка припадає на один знак (біт).

Швидкість перобки зорової інформації (або показнк продуктивності і стійкості уваги) (Q, біт/с) розраховується за формулою 2.7:

$$Q=\frac{V \div 2{,}807 x(P + O)}{t} \quad (2.7),$$

де t – час виконання завдання (с), V – об’єм зорової інформації (біт); О – кількість помилково або неправильно закреслених знаківза час t (с), 2,807 біт – втрата інформації, яка припадає на один пропущений знак.

Тест САН (додаток Д.3) **–** це бланковий тест-опитувальник призначений для оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою. Суть оцінювання полягає у тому, що викладачів просять співвіднести свій стан з рядом ознак за багатоступінчатою шкалою. Шкала ця складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що

відображають рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, втому (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Викладач повинен вибрати і відзначити цифру, що найточніше відображає його стан у момент обстеження. Цінність методики полягає у можливості багаторазової повторюваність, тобто допустиме неодноразове застовування тесту однією і тією ж людиною [89].

При обробці ці цифри перекодують таким чином: індекс 3, відповідний незадовільному самопочуттю, низькій активності і поганому настрою, приймається за 1 бал; наступний за ним індекс 2 – за 2 бали; індекс 1 – за 3 бали і так до індексу 3 з протилежної сторони шкали, який відповідно приймається за 7 балів, враховуючи те, що полюси шкали постійно змінюються. Отже, позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. По цих "приведених" балах і розраховується середнє арифметичне як в цілому, так і зокрема по активності, самопочуттю і настрою.

Код опитувальника

Питання на самопочуття – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Методика визначення стрес-стійкості. Для ВПВ однією з важливих характеристик ПФС є стійкість до стресових ситуацій, рівень якої визначається за допомогою стрес-тесту [73, 90, 94]. У методиці "стрес-тест" для визначення рівня стресостійкості (психоемоційної стійкості) обстежуваний обирає стратегію для відбору та переробки інформації. Кожне з тестових завдань передбачає виконання альтернативного позиційного вибору з 8 варіантів в адаптивному темпі. Дизайн тестової процедури: у рамках прямокутного стимульного поля зверху вниз покроково "падають" об'єкти круглої форми. Пізніше після початку завдання їх число досягає восьми й залишається таким протягом усього тесту. На кожному кроці завдання (крім перших семи) один з об'єктів досягає червоної зони в нижній частині стимульного поля, і в цей момент досліджуваний повинен натиснути на відповідну клавішу спеціальної

клавіатури. При кожному точному попаданні інтервал між послідовними кроками трохи скорочується (відбувається прискорення руху об'єктів), а при помилковому – зростає.

Тестова процедура складається з трьох фаз. У першій фазі (в аналіз не включається) здійснюється поступове прискорення руху об'єктів до тих пір, поки досліджуваний не досягне своєї граничної продуктивності на 50-відсотковому рівні помилок. У другій фазі досліджуваний виконує 40 дискретних дій у граничному для себе темпі, при цьому ніяких перешкод діяльності не створюється. У третій фазі (такої ж тривалості) діяльність досліджуваного відбувається на тлі спеціальних сигналів зворотного зв'язку, "які коментують" його помилкові дії, а також періодично повідомляють про накопичувану суму помилок. Визначаються стандартизовані показники: стресостійкість (табл. 2.4), пропускна здатність та імпульсивність.

Таблиця 2.4

Межі прояву рівнів стресостійкості за методикою "Стрес-тест"

Рівні стресостійкості (ум. од.)	
високий	низький
100–150	60–95

Методика визначення точності моторної реакції (додаток Д.4). В тесті "Треморометрія" за методикою Т. В. Мироненко [166, 202] показник статичного і динамічного тремору визначали за кількістю торкань олівцем до криволінійної доріжки, яка має вигляд двох різнонаправлених спіралей.

Статичний тремор вимірювався у положенні сидячи прямо, з покладеною на коліні "неробочою" рукою. Робочою (правою у правші і лівою у лівші) рукою беруть олівець (вся рука знаходиться "на вису") і ставлять його в центральний кінець спіралі перпендикулярно до площини листа намагаючись тримати кінчик олівця не торкаючись стінок лабіринту. Олівець забирають за командою "стоп", яку подають через 20 с. Показник динамічного тремору

визначали за кількістю торкань олівцем до криволінійної доріжки, яка має вигляд двох різнонаправлених спіралей.

Результат визначають за кількістю дотиків до краю доріжки виражену у відсотках від максимально можливої кількості торкань за стандартний період часу. У зв'язку з тим, що час виконання проби у досліджуваних був різний, то чим швидше вона виконувалася, тим більше було зафіксовано дотиків до стінок прорізу. Для вирівнювання результатів досліджуваних ми ділили число дотиків на час проходження лабіринту.

Для вивчення особливостей **процесу мислення (активності та кмітливості)** досліджуваного використовувалася методика "Встановлення закономірностей" [27, 94]. Сутність її полягала в завданні, де необхідно було визначити одне з п'яти слів на моніторі комп'ютера, яке було зашифровано, у зазначеній вище послідовності символів. Особливістю реалізації тесту є те, що в кожному із 25 завдань міг бути тільки один правильний варіант відповіді. За результатами тестування визначалися стандартизовані показники: продуктивність, швидкість, точність та ефективність розумової працездатності .

Для визначення психічного стану використовувався тест Люшера-Собчик "Метод кольорового відбору" [28, 198]. Кожен колір пред'являвся попарно з кожним з інших 7 кольорів. Завдання випробуваного було у виборі привабливішого кольору – натисканням на відповідну (ліву чи праву) клавішу спеціальної клавіатури. За результатами тестування вставлювалися стандартизовані показники: розумова працездатність, втома, тривога, відхилення від аутогенної норми, концентричність, ексцентричність.

Для кількісної оцінки рівня ситуативної і особистої тривожності (додаток Д.5) використовували методику Спілбергера-Ханіна [32]. Опитувальник включає 20 висказувань відносно розвитку стану тривоги при тих чи інших конкретних зовнішніх обставинах (ситуативна тривожність) і 20 висказувань, які дозволяють характеризувати рівень тривожності як стійку рису особистості (особистісна тривожність). Загальний сумарний показник по кожній підшкалі (ситуативної і особистісної тривожності) знаходився в

двапазоні 20-80 балів: чим вище був даний показник, тим вище оцінювався рівень тривожності відповідного типу. Для кількісної оцінки рис особистості застосовували також методику Кэттела 16 PF (форма А). Використовувався адаптований варіант опитувальника з 187 положень, які стосуються різних властовостей особистості, установок та інтересів. При заповненні форми викладач повинен був вибрати один з декількох можливих відповідей. За допомогою даної методики визначаються 20 особистісних рис (факторів), з яких 16 є факторами першого порядку, а чотири – другого (розраховуються на основі первинних факторів). Сумарний показник по кожній шкалі знаходився в межах 0-10 балів.

Медико-біологічні методи дослідження. Рівень соматичного здоров'я оцінювали за допомогою діагностичної експрес-системи Г. Л. Апанасенка [4], що дає можливість комплексно визначити функціональний стан організму за показниками функціонування кардіореспіраторної та м'язової системи, які формалізовані у кількісних одиницях (балах) і пов'язуються з рівнем індивідуального здоров'я (додаток З.1).

ЧСС є інтегральним показником діяльності серцево-судинної системи, і характеризує ступінь напруження киснево-транспортної функціональної системи під дією фізичних навантажень, визначали за допомогою портативного електронного сфігмоманометра фірми Microlife (Швейцарія). За допомогою даного приладу визначали також систолічний (АТс) і діастолічний (АТд) артеріальний тиск.

На основі проведених вимірів за Г. Л. Апанасенко визначали індекс маси тіла (ІМТ), силовий індекс (СІ), життєвий індекс (ЖІ) та індекс Робінсона (ІР).

Розрахунок показників проводили за формулами:

ІМТ (кг/м^2) = маса тіла (кг) / довжина тіла (м^2) (2.8)

СІ (%) = сила кисті (кг) / маса тіла (кг) х 100 % (2.9)

ЖІ (мл/кг) = ЖЄЛ (мл) / маса тіла (кг) (2.10)

ІР (%) = ЧСС(уд/хв.) х САТ (мм. рт. ст.) / 100 % (2.11).

Визначення рівня функціональних резервів серцево-судинної системи проводили за результатами проби Мартіне-Кушелевського – 20 присідань за 30 секунд [69, 83, 128]. Залежно від величини кожного показника нараховували певну кількість балів (від –2 до +7). Додавши бали за всіма п'ятьма показниками і порівнявши отриманий результат зі шкалою таблиці (додаток З.1, п. 5), визначали рівень фізичного здоров'я, який характеризували як низький, нижчий за середній, середній, вищий за середній, високий.

Перед проведенням електроенцефалографії (ЕЕГ) для визначення суб'єктивного характеру процесів засинання-просинання і сну ВПВ пропонували заповнити анкету "Здоровий сон" (додаток З.2) та "Якщо у Вас безсоння" (додаток З.3).

Реєстрація та аналіз електроенцефалографії здійснювалися по загальноприйнятій методиці [14] за допомогою комп'ютерного телеметричного електроенцефалографа ("Тредекс", Україна). ЕЕГ-потенціали відводили монополярно від локусів Fp1, Fp2, Fpz, F3, F4, F7, F8, Fz, C3, C4, Cz, T3, T4, T5, T6, P3, P4, Pz, O1, O2 та Oz згідно міжнародній системі "10–20". В якості референтного електрода в кожному випадку використовували всі електроди, крім активного, об'єднаних разом. Нейтральний электрод-"заземлення" розташовували між локусами Fz і Cz. Частоти зрізу фільтрів високих і низьких частот складали відповідно 1,5 и 35 Гц, частота кодування ЕЕГ-сигналів–250$с^{-1}$. Сигнали обробляли при допомозі швидких перетворень Фур'є; застосовували згладжування за методом Блекмена. Процедура дослідження включала в себе реєстрацію фонової ЕЕГ в стані рухового спокою при закритих і відткритих очах. Спектральна композиція ЕЕГ розраховувалась для взірців ЕЕГ, зареєстрованих в цих станах окремо. Тривалість безперервного запису кожного проаналізованого фрагмента складала 60 с. В якості показника, який характеризує спектральну потужність (СП) того чи іншого компонента ЕЕГ, використовували значення щільності розподілу СП в межах відповідного діапазону частот (спектральна щільність потужності – СПП, мк$В^2$/Гц). В складі ЕЕГ диференціювались наступні частотні діапазони і піддіапазони: дельта-

(1.5–4 Гц), тета- (4–8 Гц), альфа- (8–12 Гц), бета1- (12–20 Гц) і бета2- (20–30 Гц) ритми.

Методика визначення якості нічного сну. Якість нічного сну оцінювалася за коефіцієнтом відновлення (КВ) як інтегральний показник характеристик спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму, в основному співвідношення LF/HF. Одержані дані КВ менше 80 ум.од. оцінювалися як незадовільні (поганий нічний сон); від 80 до 100 ум.од. – як задовільні (спокійний нічний сон) і більше за 100 ум.од. як добрі (висока якість сну) [267].

Педагогічне тестування: визначення кількісних і якісних характеристик рухової активності (див. додаток В.7). РА визначали за методикою фремінгемського дослідження [98], яка дозволяє кількісно і якісно визначити добову рухову активність на основі хронометражу добової діяльності різного характеру з реєстрацією інтенсивності кожного виду фізичних зусиль [101]. Величина цих вимірів представляється у вигляді цифрового значення індексу фізичної активності (ІФА).

Для визначення часу, витраченого на кожний з видів рухової активності, проводили добовий хронометраж видів діяльності людей похилого віку, який полягав у фіксуванні відрізків часу, витрачених на кожен вид понад 5 хвилин і фіксувався у тій послідовності, у якій вони чергувалися.

Хронометраж викладачі проводили самостійно, реєструючи в індивідуальній карті (див. додаток В.7).

Для отримання кількісного значення різних за інтенсивністю видів рухової діяльності використовували масові коефіцієнти із урахуванням кількості годин на кожному рівні фізичної активності (табл. 2.6).

ІФА вираховували шляхом множення кількості годин, витрачених в кожному виді діяльності, на масовий коефіцієнт. Отримувана кількість балів відповідала ІФА на кожному рівні рухової активності. Сума ІФА всіх рівнів за добу відповідала добовому індексу фізичної активності ($ІФА_д$).

Табл. 2.6

Масові коефіцієнти індексу фізичної активності

Рівень фізичної активності	Поглинання кисню, л/хв	Масові коефіцієнти
Базовий	0,25	1,00
Сидячий	0,28	1,10
Малий	0,41	1,50
Середній	0,60	2,40
Високий	1,25	5,00

Цей метод дозволив оцінити не тільки кількісний, але й якісний зміст індивідуальної рухової активності упродовж доби, визначаючи вклад кожного виду діяльності в добовому бюджеті часу (ДБЧ).

Педагогічний експеримент. В основу педагогічного експерименту була покладена комплексна програма для підвищення рівня РКА викладачів похилого віку (додаток К).

Статистичні методи. Для оцінки дискримінантної валідності використовували модифікований критерій Стьюдента. Спочатку респондентів розподіляли за групами, залежно від суми балів, набраних кожним респондентом за всіма компонентами методики (сумарним відгуком). У результаті розподілу формували дві групи з рівною кількістю респондентів у кожній: група з низьким сумарним відгуком (група L) – 25% респондентів; група з високим сумарним відгуком (група Н) – 25% респондентів.

Респонденти (50%), що залишилися, (з «середнім» відгуком) не розглядалися. Далі для кожного пункту анкети визначали модифікований *t*-критерій за формулою 2.12:

$$t' = \frac{\bar{\tilde{O}}_H \quad \bar{\tilde{O}}_L}{\sqrt{\frac{\Sigma f_L \quad X_L^2 \quad \frac{(\Sigma f_L \quad X_L)^2}{n} + \Sigma f_H \quad X_H^2 \quad \frac{(\Sigma f_H \quad X_H)^2}{n}}{n(n \quad 1)}}}, \qquad (2.12)$$

де t' – модифікований критерій Стьюдента; $\overline{\tilde{O}}_H$, $\overline{\tilde{O}}_L$ – середнє значення сумарного відгуку респондентів, які потрапили, відповідно, в групу з високим (H) і низьким (L) сумарними відгуками; f_H , f_L – відповідно, кількості респондентів групи з високим (H) і низьким (L) сумарним відгуком, які вибрали певну позицію шкали; X_L, X_H – позиція шкали, вибрана, відповідно, респондентами груп із високим (H) і низьким (L) сумарними відгуками; n – кількість респондентів у групі (чисельність вибірки). Після визначення *t*-критерію пункти ранжувалися за його величиною.

Статистичну обробку матеріалу здійснювали на основі електронних таблиць MS Excel та пакету програм «Statistika 6.0” [219].

Для визначення кореляції між компонентами особистісної компетентності людей похилого віку до здорового способу життя, рівнями сформованості даної компетентності, соматичного здоров’я та рухової активності використовували коефіцієнт Чупрова (при $m_1 = m_2$) (2.13):

$$\tilde{N} = \sqrt{\frac{\chi^2}{n \cdot (m_1 - 1)(m_2 - 1)}}, \tag{2.12}$$

де n – кількість респондентів у групі (чисельність вибірки); m_1 – градація фактора 1; m_2 – градація фактора 2.

Значення χ^2 визначається за формулою2.14:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{m_1} \sum_{j=1}^{m_2} \frac{\left(f_{ij} - f_{ij}^t\right)^2}{f_{ij}^t}, \tag{2.14}$$

де $f_{ij} = \dfrac{\text{сума по рядку x сума по стовпцю}}{\text{число одиниць у вибірці}}$.

Перевірка значущості коефіцієнта кореляції виконувалася за допомогою z-критерію (2.15):

$$z = C \cdot \sqrt{n}. \tag{2.15}$$

2.2 Організація дослідження

Педагогічний експеримент складався із двох частин: констатувального (2012-2013 рр.) і формувального (2013-2014 рр.).

Констатувальний педагогічний експеримент складався з двох частин. Метою першої частини було визначення рівня готовності викладачів похилого віку до ведення РКА із використанням авторської методики [125].

Всього було залучено 155 ВПВ (84 чоловіків і 71 жінка) різних ВНЗ м. Івано-Франківська. За результатами констатуючого експерименту було відібрано 50 викладачів (паспортний вік складає 56-65 років) з низьким рівнем РКА, яких розділили на експериментальну (ЕГ) і контрольну (КГ) групи. В ЕГ було 14 чоловіків і 11 жінок, в КГ – 15 чоловіків і 10 жінок. Викладачі ЕГ займалися за корекційною програмою підвищення рівня рекреаційної активності. Викладачі КГ проводили рекреаційні заходи в режимі неорганізованого відпочинку. Первинне обстеження проводилося на базі профілакторію Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, оздоровчого центру Івано-Франківського національного технічного університету та університетської клініки Івано-Франківського національного медичного університету.

Дослідження в другій частині формувального експерименту проводилося на базі спортивно-оздоровчого комплексу “Смерічка” (смт. Микуличин, Івано-Франківської області) та “Арніка” (м. Яремча, Івано-Франківської області).

Дослідження проводилось у чотири етапи:

Перший етап (листопад 2012 р. – січень 2013 р.) був присвячений теоретичному дослідженню проблеми, вивченню та узагальненню наукової літератури і документальних джерел. За допомогою анкетування визначалось ставлення викладачів до ФРК, мотивація до занять фізичними вправами, рівень РКА. До анкетування було залучено 155 викладачів похилого віку (74 чоловіка та 81 жінка).

На другому етапі (лютий 2013 р. – серпень 2013 р.) розроблялась експериментальна програма спортивно-оздоровчих занять з пріоритетним використанням розважальних ігор, здійснювався підбір адекватних засобів й методичних прийомів.

Третій етап (вересень 2013 р. – вересень 2014 р) передбачав проведення

педагогічного експерименту для оцінки ефективності рекреаційної програми. На початку та в кінці експерименту проводились тестування рівня соматичного здоров'я та фізичної підготовленості, визначався ПФС.

Четвертий етап (жовтень 2014 р. – листопад 2015 р.) включав опрацювання та аналіз отриманих результатів, проведення аналізу результатів тестування викладачів експериментальної та контрольної груп, апробацію результатів, оформлення роботи.

Результати досліджень, що приведені в цьому розділі, опубліковані в науковій праці: 1. А. с. Науковий твір "Експериментальна методика оцінки рівня рекреаційної активності людей похилого віку" / О.В. Федорюк, С.Л. Попель; Прикарпатський нац. ун-т ім. В. Стефаника. – № 50831. Дата реєстрації 21.08. 2013.

РОЗДІЛ 3
ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНЯ РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ І ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

3.1 Структурно-логічна модель рекреаційної активності

Виходячи з аналізу матеріалів сучасних теоретичних та експериментальних досліджень, було розроблено структурно-логічну модель готовності ВПВ до підвищення рівня РКА, до якої включено когнітивний, емоційно-мотиваційний, вольовий та поведінковий компоненти, а запропонована модель стала основою для розробки методик оцінювання готовності ВПВ до застосування засобів ФРК та підвищення рівня РКА (рис. 3.1).

Кожен із компонентів готовності до підвищення рівня РКА включав по три показники. Так, когнітивний компонент передбачав обізнаність із основними складовими СЗ, чинниками, що впливають на СЗ та шляхами його поліпшення; обізнаність із сутністю поняття “Фізична рекреація”, його складовими компонентами та засобами виховання навичок РКА; визначення цінності СЗ та самооцінку власного СЗ.

Емоційно-мотиваційний компонент передбачав ставлення до власного СЗ та засобів ФРК, наявність мотивів підвищення рівня РКА.

Вольовий компонент включав такі складові: готовність до самовдосконалення, наполегливість до виконання завдань, відповідальність та готовність до активних дій щодо поліпшення власного СЗ.

Поведінковий компонент передбачав наявність практичних дій, спрямованих на турботу про власне СЗ (спосіб життя, рухова активність, відсутність шкідливих звичок), вміння визначати стан власного СЗ, стежити за ним та поліпшувати його, вміння розробляти і використовувати форми та методи виховання навичок РКА.



Рис. 3.1. Структурно-логічна модель готовності до застосування засобів фізичної рекреації.

Передумовою для вивчення стану готовності ВПВ до підвищення рівня РКА було виявлення їх інтересу до власного СЗ та методів, способів та засобів ФРК.

Ставлення до СЗ – один з елементів поведінки із самозбереження, який включає обізнаність щодо РКА, усвідомлення і розуміння значення СЗ в системі особистісних цінностей, чинники, які впливають на нього, мотиви підвищення рівня РКА, готовність до самовдосконалення та самооцінку власного СЗ.

Аналіз анкетних даних щодо рівня обізнаності ВПВ про ФРК показав, що викладачі вказували на такі аспекти РКА, як заняття спортом, відсутність шкідливих звичок, дотримання режиму дня та раціонального харчування, загартовування, гігієна, позитивне ставлення до себе, взаєморозуміння в сім'ї,

відчуття щастя, зміст духовного життя, гармонія із собою, саморозвиток, ставлення до життя.

Відносна кількість респондентів, які дали відповідь щодо головних ознак РКА була такою: СЗ – 38,9%, гарне самопочуття – 17,2%, гарний настрій – 12,8%, гармонійні відносини в сім'ї – 8,3%, внутрішній спокій – 8,3%, спорт – 6,2%, відсутність шкідливих звичок – 5,6%, доброзичливе ставлення до інших – 4,0%.

На запитання "Як Ви оцінюєте стан свого СЗ?" 36,7% опитаних відповіли на "відмінно", 51,7% – "задовільно", 8,2% – "незадовільно" і 2,9% – "важко відповісти". Отримані результати свідчать про те, що ВПВ мають завищену суб'єктивну самооцінку стану СЗ, що підтверджує результати наукових досліджень та дані МОЗ України, за якими понад 85,0% ВПВ мають відхилення в стані СЗ.

Рівнем своєї РА повністю задоволені 34,8% опитуваних, 40,1% – посередньо задоволені, не задоволені – 18,0%, 7,1% – не могли відповісти. Отримані результати доводять необхідність підвищення рівня РА ВПВ. Тільки третина ВПВ (30,6%), дотримуються РКА і бажають покращити рівень свого СЗ, що свідчило про їх високий рівень свідомості.

Результати обробки другої частини анкетного матеріалу наведені в табл. 3.1. Як видно із наведених показників, у всіх групах опитуваних СЗ займає перше місце в системі ціннісних орієнтацій. Разом із тим, аналіз результатів анкет дозволив зробити висновок, що незважаючи на те, що СЗ, як ціннісна орієнтація, у всіх групах тестованих займає перше місце в системі особистісних цінностей, кількість ВПВ, що віддають пріоритет здоров'ю є різною, це є підставою для судження про відмінності серед опитуваних по відношенню до власного СЗ. Так, 96,0% ВПВ Прикарпатського (ПНУ) і 83,0% ВПВ технічного університетів (ІФТУНГ) надавали перевагу серед інших цінностей здоров'ю, у той час, як серед ВПВ медичного університету (ІФНМУ) таких осіб було тільки 30,0%, тобто два викладача із трьох не вважали СЗ найбільшою цінністю в

житті. Таким чином, можна говорити про вплив специфічності освіти на значимість СЗ для ВПВ.

Таблиця 3.1

Ціннісні орієнтації викладачів похилого віку в різних вищих навчальних закладах, %)

Показники	ПНУ	ІФНМУ	ІФНТУ
Безтурботне життя	12,0	10,1	12,2
Матеріальна забезпеченість	5,0	8,6	10,5
Соматичне здоров'я	80,0	30,0	96,0
Сім'я	8,0	4,1	5,3
Дружба	9,0	7,3	8,5
Краса	14,0	12,5	9,8
Щастя інших	10,0	12,2	14,2
Любов	4,2	3,4	3,3
Пізнання	10,4	10,5	8,2
Самовдосконалення	8,1	8,1	6,7
Впевненість у собі	7,9	6,3	5,3
Творчість і цікава робота	22,3	21,2	23,5
Розваги	16,2	12,4	19,7

Примітки: 1. ПНУ – Прикарпатський національний університет;

2. ІФНМУ – Івано-Франківський національний медичний університет;

3 – Івано-Франківський національний технічний університет.

На основі аналізу даних ранжування складових РКА отримані наступні результати: у ВПВ ПНУ на першому місці – гармонійні відносини в сім'ї, далі – змістовне життя, правильне харчування, п'яте місце займають утвердження морально-етичних цінностей, заняття ФРК і позитивне ставлення до себе, самовдосконалення, нехтування тютюнопалінням та алкоголем. Таким чином, ВПВ надають перевагу визначеності в житті і взаєморозумінню в сім'ї перед відсутністю шкідливих звичок (табл. 3.2).

Результати опитування ВПВ ІФНМУ показали, що за кількістю даних ствердних відповідей засоби ФРК були на першому місці, на другому – виключення шкідливих звичок, змістовне життя, правильне харчування, гармонійні відносини в сім'ї, доброзичливе ставлення до інших, утвердження

морально-духовних цінностей, позитивне ставлення до себе, самовдосконалення.

Таблиця 3.2

Розподіл викладачів похилого віку за відношенням до складових рекреаційної активності, абс. кількість

Показники	ПНУ, n=54	ІФНМУ, n=56	ІФНТУ, n=45
Правильне харчування	47,0	51,0	39,0
Засоби фізичної рекреації	44,0	49,0	36,0
Гармонійні відносини у сім'ї	43,0	44,0	35,0
Змістовне життя	36,0	39,0	38,0
Самовдосконалення	34,0	37,0	28,0
Виключення шкідливих звичок	35,0	34,0	32,0
Доброзичливе відношення до інших	29,0	27,0	28,0
Позитивне ставлення до себе	29,0	28,0	25,0
Морально-духовні цінності	27,0	26,0	21,0

Примітки: 1. ПНУ – Прикарпатський національний університет;

2. ІФНМУ – Івано-Франківський національний медичний університет;

3 – Івано-Франківський національний технічний університет.

Дане опитування засвідчило, що на рівні повсякденної свідомості ВПВ характеристика РКА включає такі його складові, як відсутність шкідливих звичок і заняття ФРК.

За переважною цінністю складові РКА у ВПВ ІФНТУ були розташовані в наступній послідовності: правильне харчування (88,9%), заняття ФРК (83,2%), гармонійні відносини в сім'ї (68,3%), змістовне життя (65,5%), самовдосконалення (60,8%), значне місце відводять нехтування алкоголем і виключення тютюнопаління (відповідно 47,3% і 38,2%), далі – доброзичливе ставлення до інших (34,6%), позитивне ставлення до себе (52,3%), утвердження морально-духовних цінностей (50,1%). Як видно з цього переліку, для ВПВ

правильне харчування і заняття ФРК є більш важливими чинниками РКА, ніж відсутність шкідливих звичок і духовний розвиток.

Формування ставлення до СЗ – це складний, суперечливий і динамічний процес, на який впливають дві групи чинників: 1) внутрішні (демографічні, індивідуально-психологічні особливості ВПВ, стан СЗ); 2) зовнішні (якість довкілля, в тому числі – особливості соціального мікро- і макросередовища, професійного оточення, в якому знаходиться викладач).

Для виявлення чинників формування свідомого ставлення ВПВ до власного СЗ було проведене відповідне анкетування (додаток Б.2).

Оскільки, описані чинники характеризуються різною інтенсивністю впливу на формування свідомого ставлення до СЗ, вивчення інтенсивності та впливу чинників на формування свідомого ставлення ВПВ до свого СЗ проводили пропонуючи відповісти на запитання: “Хто або що вплинуло на Ваше ставлення до СЗ?”. Оцінити ступінь впливу пропонували за п’ятибальною шкалою (5 – дуже сильно вплинуло, 4 – сильно, 3 – посередньо, 2 – мало; 1 – не вплинуло). Інтенсивність впливу чинників визначали за величиною середніх оцінок, що виставляли респонденти. Результати визначення ступеня впливу різних чинників на формування ставлення ВПВ до власного СЗ наведені у таблиці табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Чинники, що впливають на формування ставлення викладачів похилого віку до власного соматичного здоров’я

Ранг	Фактори впливу	Сумарний бал
1	Друзі, знайомі	480
2	Спосіб життя сім’ї	403
3	Власне переживання серйозних недуг, хронічні захворювання	395
4	Хвороби рідних і близьких людей	345
5	Книги, журнали, телебачення	338
6	Заняття в групах здоров’я	322
7	Науково-популярні телепередачі про засоби ФРК	318
8	Життєвий досвід чи випадок	188

Таким чином, як показують результати дослідження, найбільший ступінь впливу на формування свідомого ставлення до СЗ мають традиції та спосіб життя сім'ї, поведінка колег. Дещо менший вплив мають заняття в спортивних секціях, страх до появи захворювання, а також факти негативного ставлення до себе оточуючих людей та їх спосіб життя.

Читання книг, перегляд кінофільмів і телепередач валеологічного спрямування, як чинники свідомого ставлення до власного СЗ, ВПВ не вважать провідними, але перераховані фактори мають певний вплив на формування ставлення до СЗ і РКА.

На запитання "Для чого Ви стали б вести здоровий спосіб життя?" майже дві третини (74,6%) респондентів відповіли, що РКА слід вести для отримання від життя радості і задоволення, 64,1% опитаних вважають важливим вести РКА, щоб бути успішним у справах, 52,1% – заради прикладу для здорових нащадків, 31,5% – щоб бути "у формі", 18,3% – щоб підтримувати духовне багатство і власні здібності.

На запитання "Що може примусити Вас змінити власний спосіб життя?" близько половини ВПВ (49,8% опитаних дали відповідь, що змінити свій спосіб життя може примусити їх важка хвороба; 22,5% – діти і внуки, 19,1% – приклад авторитетної людини. Читання літератури, телебачення та інші види джерел інформації, за результатами анкетування не створюють значного впливу на опитаних. Як видно із результатів дослідження, найбільший вплив на формування свідомого ставлення ВПВ до свого СЗ мали традиції сім'ї, на другому місці – поведінка друзів і знайомих. Основним критерієм якості рекреаційних заходів, які здійснюють по місцю роботи чи проживання вважають позитивну динаміку показників, що характеризують СЗ ВПВ. Тому, для об'єктивної оцінки їх СЗ необхідний комплексний підхід до оцінки ефективності чинників, що покращують і стабілізують їхнє СЗ.

Результати анкетування ставлення ВПВ до власного СЗ визначалися за самооцінкою та готовністю до самовдосконалення, які наведені у табл. 3.4.

Аналіз отриманих результатів самооцінки власного СЗ показав їх

залежність від часу роботи в університеті: 15,4% викладачів вважали стан свого СЗ ідеальним, 28,2% – добрим, 24,3% – посереднім, 12,2% – задовільним, 19,9% – незадовільним.

Таблиця 3.4

Самооцінка викладачів похилого віку стану соматичного здоров'я (n= 155, абс. кількість)

Вік, років	Ідеальний	Добрий	Посередній	Задовільний	Незадовільний
56	24,0	43,0	37,0	20,0	31,0
60	14,0	33,0	28,0	35,0	45,0
65	8,0	20,0	23,0	39,0	65,0

Із кожними наступними п'ятьма роками ВПВ відзначають погіршення стану власного СЗ. Так, у 60 років стан СЗ як ідеальний оцінили тільки 8,7% ВПВ, як добрий – 21,5%, посередній – 18,1%, задовільний – 22,3%, незадовільний – 29,4%. Дещо інакше оцінили своє СЗ викладачі 65 років: 5,7% визначили його ідеальним, 12,3% – добрим, 14,6% – посереднім, 24,9% – задовільним, 42,5% – незадовільним. За результатами анкетування, ВПВ було розподілено у відповідності до рівнів готовності до самовдосконалення (рис. 3.2), що дало можливість виявити взаємозалежність між діяльністю ВПВ щодо збереження і зміцнення власного СЗ, обізнаністю із рівнем власного СЗ та бажанням самоудосконалюватися. Аналізуючи дані для всієї вибірки ВПВ, що взяли участь у дослідженні, отримали наступний розподіл за рівнями готовності до самовдосконалення: А – 15,5%, Б – 65,3%, В – 2,0%, Г – 17,2%. Тобто більшість опитаних виявили активну готовність до самовдосконалення – перевагу ВПВ надали квадрату Б ("хочу знати себе і можу змінити себе"). В обстеженій групі не було респондентів, віднесених за результатами анкети до квадрату В, що свідчило про високий рівень свідомості та бажання до самовдосконалення.

Узагальнення результатів проведених досліджень показало, що на когнітивному рівні у ВПВ поняття про СЗ є досить ґрунтовним.

Так, результати ранжування факторів, що впливають на СЗ (екологічна

ситуація, спосіб життя, професійна діяльність, якість медичного обслуговування), в основному співпадають із загальновідомою точкою зору з цього питання.

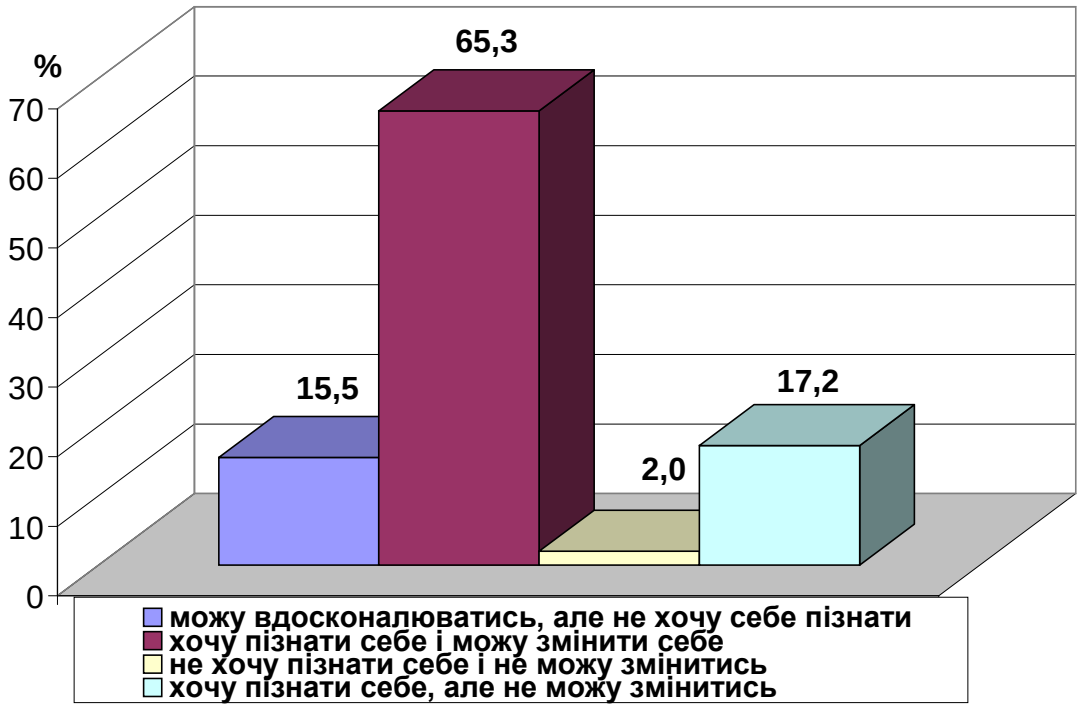


Рис. 3.2. Рівні готовності викладачів похилого віку до самовдосконалення.

Найбільш суттєвий вплив на стан СЗ, на думку ВПВ, виявляє якість медичного обслуговування, а найменший – спосіб життя.

Низька обізнаність з даних проблем виявлена у ВПВ оскільки 47,9% не змогли правильно дати визначення понять “СЗ” та “РКА”.

На запитання “Хто несе відповідальність за СЗ ВПВ?” більше половини (51,4%) респондентів відповіли, що власне сам викладач, а не держава, лікар чи сім’я відповідальний за СЗ, що свідчить про їх високий рівень свідомості.

Для підтримки СЗ, 37,7% ВПВ вважають за необхідність регулярно займатися спортом або ФРК, 25,3% – правильно харчуватися, 16,5% – уникати нервових стресів, 17,6% – відмовитись від шкідливих звичок, дотримуватись норм здорового життя (5,0%).

Не дивлячись на отримані результати, ВПВ не схильні перейматися станом власного СЗ навіть тоді, коли хворіють. Найчастіше свої недуги вони сприймають як явище тимчасове, несуттєве, швидкоплинне без негативних наслідків.

На запитання “Як ви оцінюєте стан свого СЗ ?” 46,2% опитаних відповіли “добрий”; 33,4% – “задовільний”; 11,2% – “поганий”; 9,2% – “дуже поганий”. Причому у жінок спостерігалися більш високу самооцінку СЗ, в порівнянні з чоловіками. Це свідчить про те, що чоловіки більш песимістично оцінюють стан свого СЗ.

Не дивлячись на те, що СЗ як цінність займає перше місце серед індивідуальних цінностей як у чоловіків, так і у жінок, для них характерний, в цілому, достатньо низький рівень активної поведінки, спрямованої на збереження і зміцнення СЗ.

У випадку погіршення самопочуття як чоловіки, так і жінки, у більшості випадків (68,2%), надають перевагу самостійному лікуванню. Це свідчить про недовіру до медичного персоналу і психологів, про наявність негативного досвіду спілкування з ними, або про недооцінку їх можливостей у наданні медичної допомоги. Крім цього, доволі велика кількість респондентів (29,1%) у випадку погіршення самопочуття не звертають на це уваги, або вважають, що причиною цього є перевтома, а не початок захворювання.

У результаті анкетування виявлено, що серед джерел інформації про СЗ (газети, журнали, лікарі, науково-популярні книги про СЗ, друзі, родичі, радіо та телебачення) ВПВ надають перевагу безпосередньому спілкуванню з друзями, знайомими та колегами по роботі. Також певне значення має інтерес до рекламної інформації, що пропонується засобами масової інформації та менеджерами по туризму.

Отримані дані свідчать про те, що більше половини опитаних мають високий рівень готовності до самовдосконалення (56,4%). На наш погляд це є добрим підґрунтям для самовдосконалення, самоствердження через пізнання себе, залучення в процес формування і зміцнення навичок та принципів РКА.

Всі опитувані ВПВ усвідомлювали цінність власного СЗ, але для його збереження і зміцнення прикладали мінімум зусиль.

3.2 Визначення ставлення викладачів похилого віку до засобів фізичної рекреації

Результати анкетування ВПВ щодо їх ставлення до засобів ФРК у ВНЗ наведені у табл. 3.5. Дані подані у цій таблиці засвідчують, що лише 9,4% респондентів виявили високий рівень інтересу до засобів ФРК. Найчисельніша група викладачів (20,6%) мала середній інтерес до засобів ФРК. Низький рівень інтересу виявлено у 14,1% ВПВ.

Таблиця 3.5

Рівень інтересу викладачів похилого віку до засобів фізичної рекреації, (n=155, %)

Рівень інтересу	Стать	Вік, років		
		56	60	65
Високий	Ч	12,4	10,9	6,8
	Ж	10,1	6,9	4,3
Середній	Ч	25,3	22,1	19,8
	Ж	24,7	20,1	15,4
Низький	Ч	11,5	11,4	14,1
	Ж	10,3	12,9	16,9
Відсутній	Ч	2,1	4,6	4,7
	Ж	2,4	6,9	8,6
Негативне ставлення	Ч	–	2,7	2,5
	Ж	1,2	1,9	6,9

Спостерігається тенденція до зниження інтересу ВПВ до засобів ФРК з стажем роботи. Так, у 56-60 років низький рівень інтересу продемонстрували 10,9% викладачів, а у 61-65 років – частка таких викладачів коливалася в межах 15,6% ($p<0,05$), що свідчить про недостатню мотивацію ВПВ до засобів ФРК.

Необхідно зазначити, що у 57,9% ВПВ інтерес до засобів ФРК відсутній або сформувалося навіть негативне до неї ставлення.

Аналіз результатів дослідження переконливо доводить, що упродовж роботи у ВНЗ рівень інтересу ВПВ до засобів ФРК знижується, зокрема, високий його рівень за період роботи у ВНЗ знизився у чоловіків на 5,7% , а у жінок на 5,8%. У свою чергу низький рівень інтересу до засобів ФРК зріс у чоловіків на 3,2%, у жінок на 4,1%.

Занепокоєння викликає той факт, що зросла кількість ВПВ (на 2,8% у чоловіків та 5,6% у жінок) з негативним ставленням до засобів ФРК.

Важливо зазначити, що інтерес до засобів ФРК загалом ще не визначає поведінку ВПВ. Тому необхідно виявити інтерес у конкретній діяльності, зокрема на заняттях ФРК.

Результати анкетування засвідчили, що значна частина ВПВ займалась ФРК без бажання (16,2% жінок і 12,5% чоловіків). У чоловіків цей показник статистично не відрізнявся від такого у жінок, хоча був на 3,4 % нижчим.

Рівень інтересу ВПВ до засобів ФРК, на нашу думку, обумовлений, переважно, рівнем РКА в ВНЗ. Лише 14,1% респондентів раніше займалися у спортивних секціях ($p>0,05$). Вибір видів РА, як правило, обмежувався умовами і можливостями шкіл, рівнем розвитку їх спортивної бази. Найчастіше респонденти займалися спортивними іграми, легкою атлетикою, плаванням, боротьбою та аеробікою. Частка ВПВ, які хотіли б займатися у спортивних секціях під час роботи у ВНЗ, складала 66,8%, що доводить необхідність корекції науково-педагогічної діяльності ($p<0,05$).

Серед адаптованих до віку видів спорту, яким надавали перевагу чоловіки були: атлетична гімнастика – 35,8%, мініфутбол – 24,6%, оздоровчий біг – 22,2%, єдиноборства – 17,5%, плавання – 18,9%, спортивні ігри (волейбол, баскетбол) – 14,7%, пішохідний туризм – 18,4%, настільний теніс – 9,1%. До популярних видів РА серед жінок відносилися: ритмічна гімнастика (33,4%), плавання (24,8%), оздоровчий біг (21,2%), силові тренування (6,6%), спортивні ігри (14,1%) , туризм (14,2%), настільний теніс (3,3%).

Вивчення процесу організації засобів ФРК, характеру РА ВПВ, дало можливість визначити його цінність у формуванні стійких навичок РКА.

Результати опитування ВПВ щодо встановлення чинників РКА наведені у табл. 3.6. Серед викладачів 56-65 років спостерігається велика кількість ВПВ, які мають шкідливі звички: частка чоловіків, які палять становить 23,6%, а кількість тютюнозалежних жінок сягає 35,6% ($p<0,05$); вживають алкоголь частіше одного разу на тиждень – 26,5% чоловіків і 39,8% жінок ($p<0,05$).

Результати, подані в табл. 3.6, свідчать, що серед викладачів 56 років 10,3% чоловіків та 9,0% жінок виконували ранкову гігієнічну гімнастику. Таких викладачів 60-ти річного віку було 10,8% серед чоловіків та 9,1% серед жінок, у 65 років – 12,1% та 11,4% відповідно, що, в середньому, склало 10,5% від усіх ВПВ.

Таблиця 3.6

Чинники рекреаційно-рухової активності викладачів похилого віку, (n=155, %)

Показники	Стать	Вік, роки		
		56	60	65
Виконання ранкової гігієнічної гімнастики	Ч	8,2	10,8*	12,1*
	Ж	6,5	9,1*	11,4*
Самостійні заняття ФРК протягом дня	Ч	6,3	11,2*	12,1*
	Ж	4,6	6,6	7,1
Виконання загартовуючих процедур	Ч	12,1	14,2*	15,4*
	Ж	9,2	10,4	12,1*
Організація харчування (кратність) – 2 рази	Ч	18,3	16,2	14,7*
	Ж	75,1	77,3	79,7*
– 3 рази	Ч	69,8	72,1	72,9*
	Ж	15,8	14,1	12,3*
– 4 рази	Ч	9,8	10,5	12,0*
	Ж	8,2	8,8	9,1
Тривалість нічного сну: – до 7 годин	Ч	66,7	66,9	68,9
	Ж	18,5	15,5*	15,7*
– 7 – 8 годин	Ч	23,2	24,3	24,1
	Ж	49,9	49,1	48,9
– більше 8 годин	Ч	8,1	9,0	8,8
	Ж	34,9	36,7	36,4
Поширеність шкідливих звичок: – тютюнопаління	Ч	24,6	24,2	22,1
	Ж	32,8	36,9*	37,2*
– вживання алкогольних напоїв (1-2 раз на тиждень)	Ч	30,1	26,2*	23,2*
	Ж	40,9	38,4*	30,1*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників з віком).

Самостійно виконували фізичні вправи і загартовуючі процедури відповідно 9,9% і 6,1% ВПВ.

Важливою умовою збереження СЗ є раціональне харчування. Переважна більшість жінок (77,3%) харчуються тільки два рази протягом дня, що негативно впливає на стан їх СЗ. При цьому серед чоловіків таких респондентів нараховується тільки у 16,4% випадків.

Незначна кількість чоловіків (10,8%) і жінок (8,7%) харчуються чотири рази, в основному, за медичними показниками. Водночас, 71,6% чоловіків і тільки 14,1% жінок мали трьохразове харчування.

Результати анкетування ВПВ щодо виявлення мотивів до занять фізичною культурою наведені у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Мотиви до занять фізичною рекреацією, %

Мотиваційні детермінанти	Вік, роки		
	56 (n=65)	60 (n=49)	65 (n=41)
Зміцнити психо-фізіологічний стан	40,9	47,2*	49,7*
Підвищити фізичну працездатність	29,6	28,5	26,9*
Оволодіти технікою фізичних вправ	10,2	7,5	5,1*
Мати гарну будову тіла	17,3	16,4	15,3
Боязнь втратити роботу	11,4	15,6*	14,6*
Прагнення спілкуватися з колегами	33,1	32,7*	36,9*
Уникнути неприємностей у зв’язку з пропусками робочих днів по хворобі	24,2	18,6	14,7*

Примітка: * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників з віком).

Аналіз даних свідчить, про те, що з віком вірогідно зменшилась частка ВПВ з такими мотивами до занять фізичною культурою, як оволодіння технікою фізичних вправ на 5,1% ($p<0,05$) та уникнення неприємностей у зв’язку з пропусками робочих днів по хворобі на 9,5% ($p<0,05$).

Аналіз наведених у табл. 3.7 показників свідчить, що найбільш поширеним мотивом до занять засобами ФРК є зміцнення СЗ (середній

показник – 45,9% осіб), що пояснюється доброю обізнаністю ВПВ з позитивним впливом фізичних вправ на стан СЗ.

Значна частина ВПВ відвідують заняття з засобів ФРК для підвищення фізичної працездатності (28,3%), поліпшення будови тіла (16,3%). Потрібно зазначити, що мотив "мати гарну будову тіла" переважав у жінок, тоді як "прагнення підвищити фізичну працездатність" переважав у чоловіків. Значна кількість ВПВ (34,2%) відвідує заняття ФРК з інтересу до спілкування з колегами та знайомими.

Занепокоєння викликає той факт, що значну кількість ВПВ спонукало до обов'язкових занять фізичною культурою прагнення уникнути неприємностей у зв'язку з можливістю збільшення днів перебування на листку непрацездатності (19,2%). Результати анкетування щодо причин, які перешкоджають людям похилого віку займатися ФРК наведені у табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Причини, які заважають людям похилого віку займатися Фізичною рекреацією, %

Причини	Вік, років		
	56 (n=65)	60 (n=49)	65 (n=41)
Відсутність інтересу	26,7*	30,2*	34,1*
Навчальне перенавантаження	68,9	65,1	62,2*
Немає вільного часу	66,1	58,2*	53,2*
Поганий стан соматичного здоров'я	31,4*	33,3*	41,6*
Відсутність необхідних умов	76,1	68,8*	63,2*
Відсутність спортивних секцій, які мене цікавлять	52,3	58,3*	56,8*
Фінансові труднощі	21,4	24,5*	21,5
Відсутність необхідних знань для організації самостійних занять	52,5	41,2*	40,4*
Немає інтересу до засобів фізичної рекреації	76,2	56,4*	47,2*
Відчуваю себе здоровим, тому і не займаюся	2,5	2,3	2,1*

Примітка: * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників з віком).

Аналіз результатів анкетування засвідчив, що серед найбільш вагомих причин, які не дозволяють ВПВ займатися спеціально організованою руховою

активністю, 59,1% опитаних відзначили нестачу вільного часу.

Порівнюючи кількість ВПВ, у яких відсутність інтересу та поганий стан СЗ були основними серед причин, що заважають займатися ФРК можна відмітити, що протягом роботи у ВНЗ, їх кількість вірогідно збільшувалася ($p<0,05$).

Доводиться констатувати, що на сьогодні у 22,5% випадків людям похилого віку заважає займатися улюбленими формами РА їх фінансова неспроможність.

Зафіксовано також істотну різницю в характері перешкод, на які вказують ВПВ. Такими перешкодами ВПВ вважають навчальне перевантаження (65,4%), відсутність інтересу до активних засобів ФРК (59,9%), відсутність належних умов (69,4%), необхідних знань для організації самостійних занять (44,7%) та спортивних секцій за інтересами (55,8%) ($p<0,05$).

Отримані результати підтверджують негативну тенденцію у ставленні викладачів ВНЗ похилого віку до ФРК та доповнюють численні дослідження вітчизняних науковців.

3.3 Оцінка рівня рекреаційної активності викладачів похилого віку

Зі всієї вибірки ВПВ за результатами тестування було сформовано три групи: А, В, С.

До першої групи (А) ввійшли ВПВ, які за результатами авторської методики оцінювання рівня РКА, набрали загальну суму балів, яка була меншою за 24 бали, тобто мали низький її рівень. Низький рівень РКА встановлювався за результатами відповідей, які довели, що опитані нехтують правилами РКА, проявляють байдуже ставлення до власного СЗ. Необхідність в отриманні нових знань про СЗ відсутня, проте вони готові сприймати інформацію від інших людей, не проявляючи активності в її пошуку, володіють поверхневими знаннями з теоретичних і методичних аспектів РКА, не проявляють зацікавленості до проблем зміцнення СЗ, ведення РКА (низький

рівень когнітивного компоненту). Інтерес до засобів ФРК низький або повністю відсутній.

До другої групи (В) увійшли ВПВ, які, за результатами анкетування, набрали від 25 до 43 балів, показавши середній рівень РКА. Середній рівень РКА встановлювався за результатами відповідей, які засвідчили, що опитані відносяться до СЗ, як до факту, орієнтуються в теоретичних і методичних питаннях щодо РКА, зацікавлені в отриманні знань про шляхи підтримки і зміцнення СЗ. Ці викладачі частково дотримувалися режиму дня та правил РКА, інколи відвідували спортивні секції, виконували спеціальні вправи, але при цьому потребували підтримки зі сторони друзів і членів їх сімей, регулярного контролю.

До третьої групи (С) увійшли ВПВ, котрі за результатами анкетування набрали більше 44 балів, продемонструвавши високий рівень РКА. Високий рівень РКА встановлювали у ВПВ, які сприймають своє СЗ як цінність, характеризувалися активною позицією щодо його зміцнення, проявляли стійкий високий інтерес до засобів ФРК, впевнені в собі, орієнтовані на саморозвиток та збагачення своєї особистості. Вони старалися оволодіти різноманітними здоров'язберігаючими технологіями, оздоровчими процедурами, намагалися формувати відповідні навички і вміння вести РКА.

Результати тестування наведені на рис. 3.3, відповідно до яких низький рівень РКА було виявлено у 49,1% ВПВ (група А), тобто майже половина ВПВ не усвідомлювали цінності власного СЗ, і не прикладали жодних зусиль для його зміцнення. Середній рівень готовності спостерігався у 39,2% ВПВ (група В), високий – був лише у 11,7% ВПВ, що було вірогідно нижчим у порівнянні з середнім та низьким рівнями готовності ВПВ підвищення рівня РКА ($p<0,05$).

Порівнюючи рівні готовності ВПВ підвищення рівня РКА у залежності від терміну роботи в університеті, відзначили, що з 56 до 65 років вірогідно знижувалася кількість викладачів із низьким рівнем, що сприяло збільшенню їх кількості із середнім рівнем ($p<0,05$) і деяке збільшення із високим.

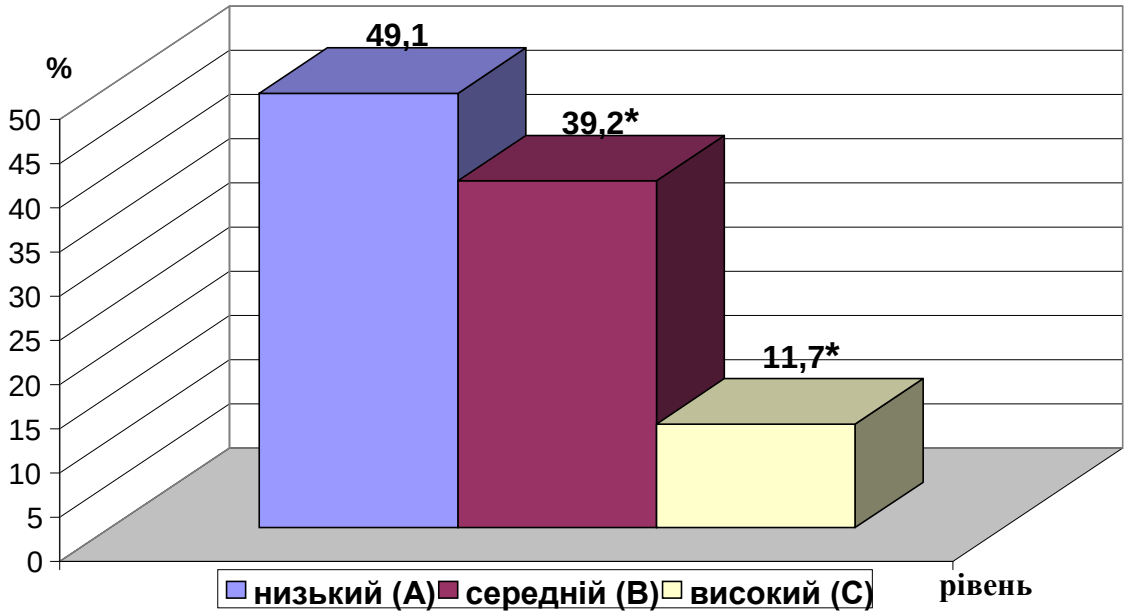


Рис. 3.3. Розподіл викладачів похилого віку за рівнями рекреаційної активності.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність показників високого рівня у порівнянні з такими на середньому та низькому рівні).

Так, низький рівень РКА був виявлений у 56,8% викладачів 56 річного віку, середній рівень – у 32,4% респондентів та у 10,8% ($p<0,05$) опитаних – високий рівень готовності (рис. 3.4).

Викладачі 60 років показали вірогідно кращі результати у порівнянні із 56 річними, а саме: низький рівень РКА був виявлений у 45,3% респондентів, середній рівень – 42,8% опитаних, високий рівень був виявлений у 11,9% опитаних ($p<0,05$). Серед викладачів 65 років низький рівень РКА був виявлений у 36,9% опитаних, середній – у 51,7%, високий рівень було виявлено у 11,4% респондентів ($p<0,05$).

За результатами проведених досліджень вірогідних відмінностей у показниках рівнів РКА у викладачів різних університетів не виявили ($p>0,05$). Кількість ВПВ із сформованими компонентами РКА вірогідно змінюється залежно від тривалості роботи в університеті та виду складового компоненту РКА ($p<0,05$).

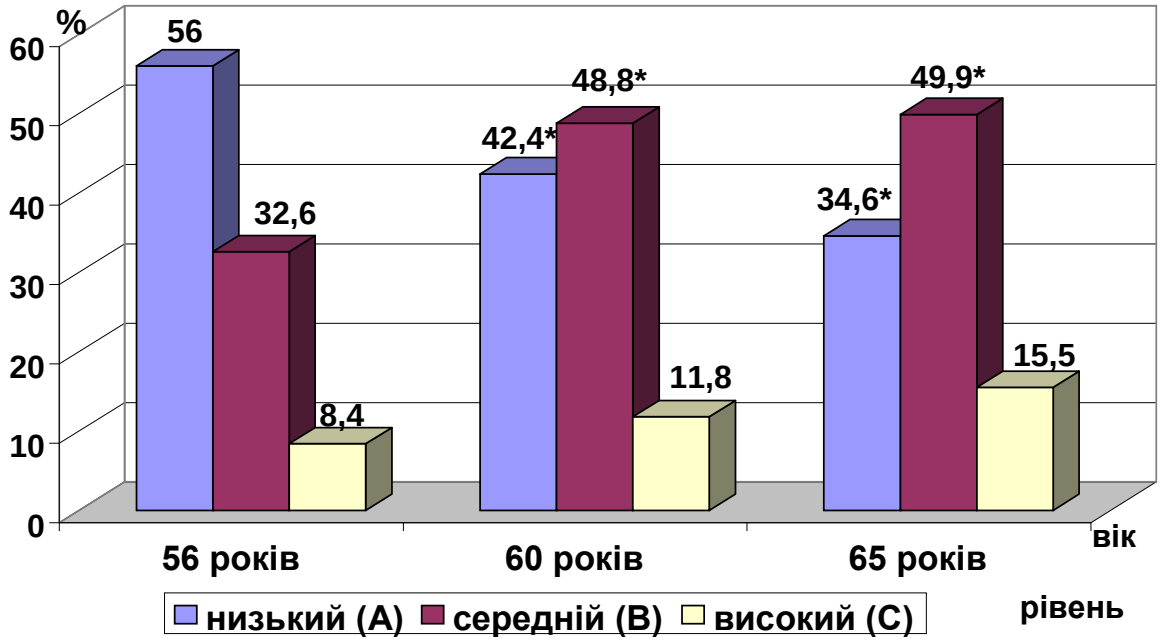


Рис. 3.4. Рівні сформованості рекреаційної активності у викладачів похилого віку.

Примітка: * – $p<0,05$ (вірогідність змін у порівнянні з такими на високому рівні).

У результаті аналізу, проведеного на констатувальному етапі дослідження у ВПВ, була виявлена вірогідна відмінність між сформованістю компонентів РКА – когнітивним, емоційно-мотиваційним, поведінковим та вольовим ($p<0,05$).

Так, у 56,7% ВПВ було виявлено високий рівень сформованості вольового компоненту (рис. 3.5).

Показники сформованості усіх інших компонентів РКА підтверджують необхідність їх корекції, про що свідчить актуальність проблеми. Частка ВПВ з низьким рівнем сформованості когнітивного компоненту була найбільшою (48,4%), з середнім – у 38,9% обстежених, високий рівень виявлений лише у 12,7 % осіб. У 55,6% ВПВ виявлено низький рівень сформованості поведінкового компоненту, у 32,8% обстежених цей рівень був середнім та у 11,6% – високим. Низький, середній і високий рівні емоційно-мотиваційного компоненту відповідно продемонстрували ВПВ – 39,9%, 37,2% та 22,9%.

Частка респондентів, у яких виявлено високий рівень сформованості вольового компоненту становила 56,7%, середній – 30,6%, низький – 12,9% (p<0,05).

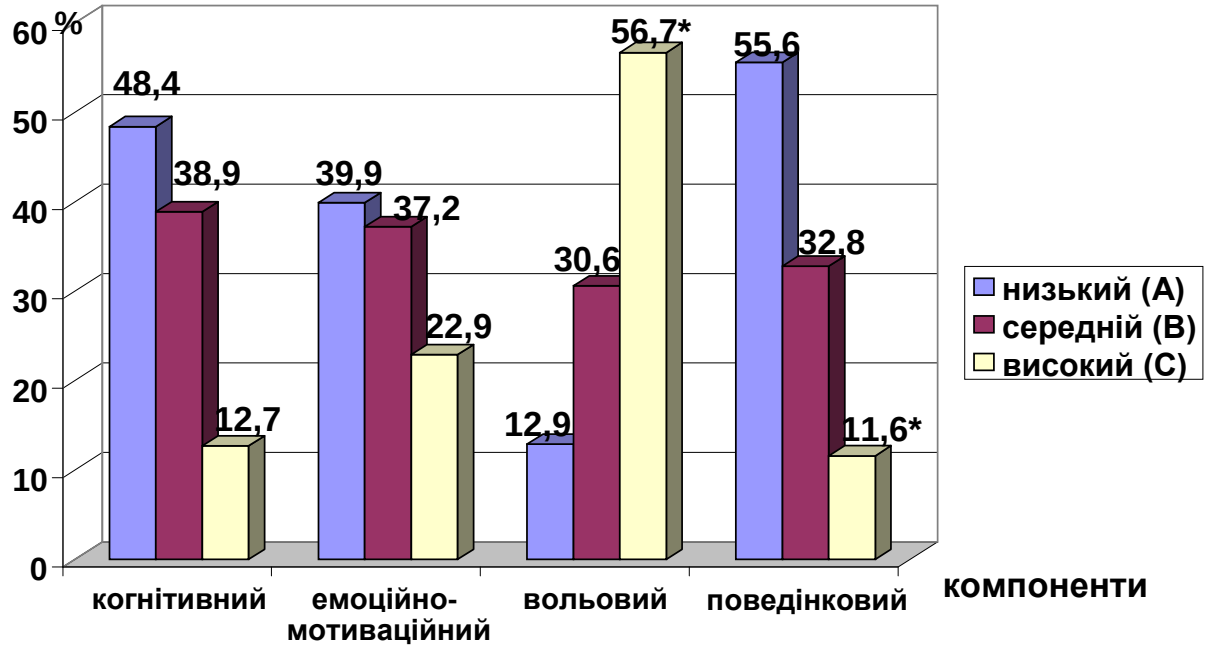


Рис. 3.5. Рівні сформованості компонентів рекреаційної активності у викладачів похилого віку.

Примітка. * – p<0,05 (вірогідність змін у порівнянні з низьким рівнем сформованості відповідного компоненту).

Отримані результати можна пояснити бажанням до самовдосконалення. Оцінка сформованості показників когнітивного компоненту засвідчила про збільшення кількості викладачів з високим рівнем його сформованості по мірі збільшення стажу роботи в університеті (p<0,05). Так, низький його рівень спостерігався у 29,3% 56 років та у 15,9% у віці 65 років, середній рівень відповідно у 44,1% і 52,9% опитаних, високий рівень сформованості когнітивного компоненту виявлено у 26,6% викладачів 60 річного віку та у 31,2% 65 річного віку (p<0,05) (рис. 3.6 та рис. 3.7). У результаті дослідження спостерігалася вірогідна відмінність між рівнями сформованості усіх компонентів РКА серед викладачів у 56-ти і 65-ти річному віці.

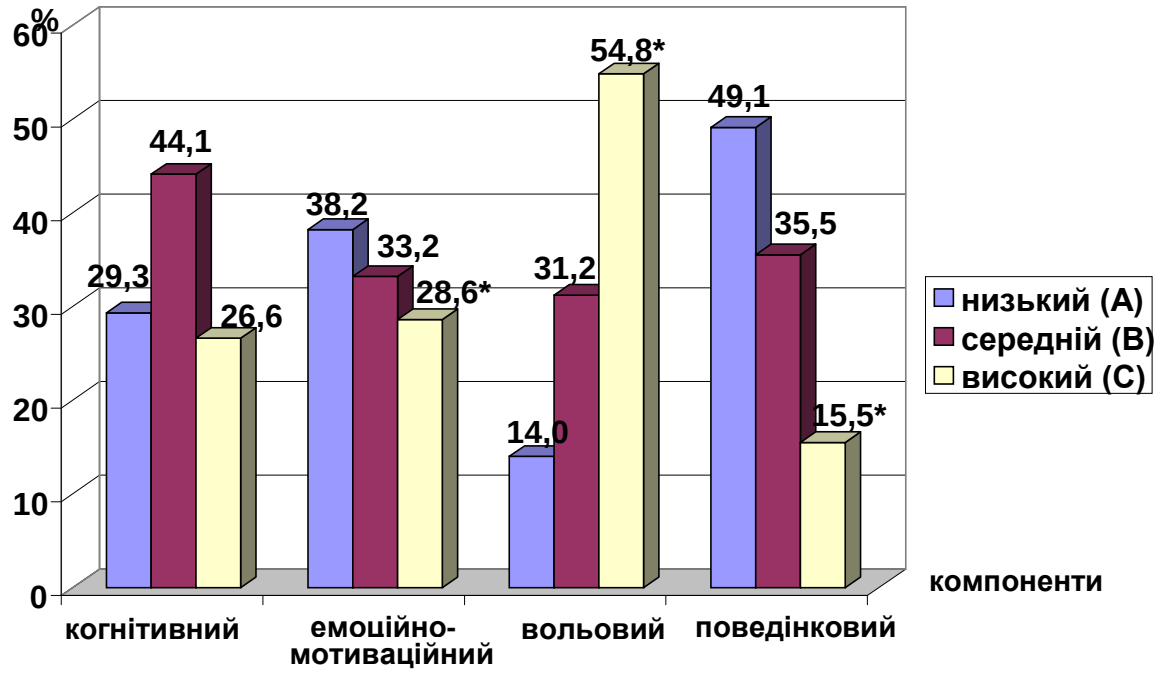


Рис. 3.6. Рівні сформованості компонентів рекреаційної активності викладачів 56 років.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність змін у порівнянні з низьким рівнем сформованості відповідного компоненту).

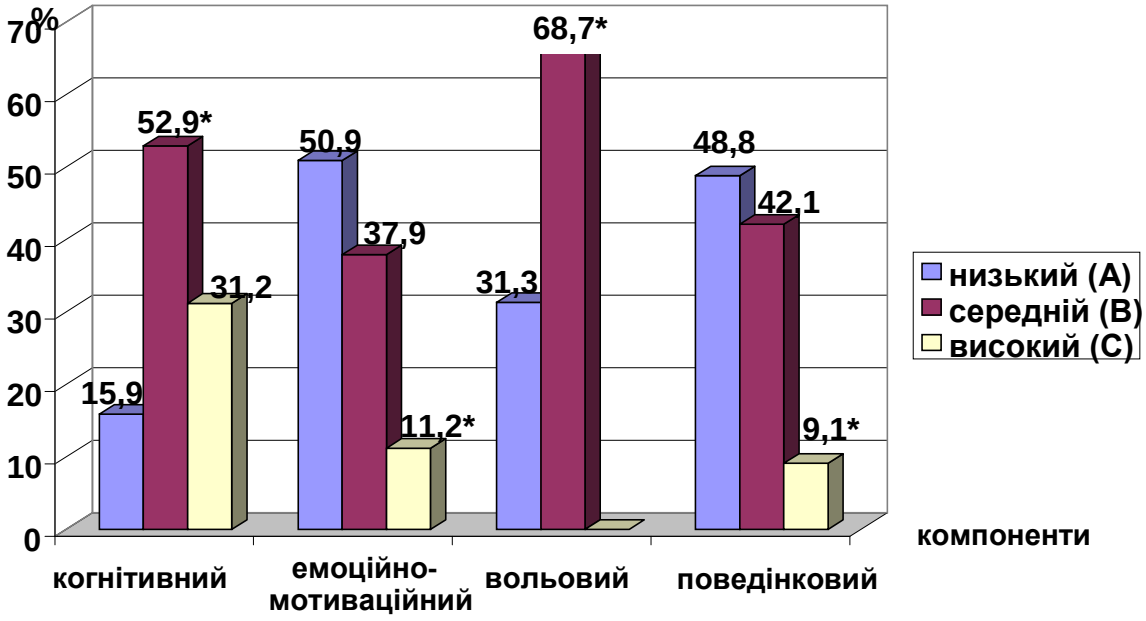


Рис. 3.7. Рівні сформованості компонентів рекреаційної активності викладачів 65 років.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність змін у порівнянні з низьким рівнем сформованості відповідного компоненту).

Так, високий рівень готовності вольового компоненту було виявлено у 54,8% людей 56 років, у 65 річному віці таких людей виявляється у 68,7% ($p<0,05$).

Кількість ВПВ із високим рівнем сформованості когнітивного компоненту вірогідно зростає залежно від робочого стажу. Так, на у 56 років частка викладачів із високим рівнем сформованості когнітивного компоненту становить тільки 26,6%, тоді як у 65 років вона зростає до 31,2% ($p<0,05$). Це свідчить про позитивний вплив на рівень обізнаності ВПВ з питань ФРК реклами і засобів масової інформації. Проте, вірогідно зменшилась і кількість ВПВ із низьким рівнем мотиваційного компоненту залежно від віку – 29,3% людей 56-ти річного віку і 15,9% опитаних у віці 65 років ($p<0,05$), що свідчить про зниження мотивації у ВПВ з віком. Низький рівень сформованості поведінкового компоненту виявився одинаковим у ВПВ як 56-ти, так і 65-ти річного віку і був виявлений відповідно у 49,1% і 48,8%.

При цьому, високий рівень поведінкового компоненту показали 15,5% людей 56-ти річного віку, а серед 65-ти річних викладачів кількість осіб із високим рівнем поведінкового компоненту склала тільки 9,1%. Середній рівень сформованості поведінкового компоненту спостерігався у 35,5% людей 56 років і у 42,1% людей 65 років.

Частка людей 56 років із виявленим низьким рівнем сформованості емоційно-мотиваційного компоненту становила 38,2% опитаних; середнім – 33,2%; високим – 28,6%.

Серед людей 65 років частка осіб із низьким рівнем сформованості емоційно-мотиваційного компоненту зросла до 50,9% опитаних, у 37,9% ВПВ було виявлено середній та у 11,2% високий рівні. Це говорить, що з віком знижується рівень мотивації до занять фізичною культурою і збереження власного СЗ.

Разом із цим спостерігалось зростання високого рівня сформованості вольового компоненту впродовж збільшення стажу роботи у ВНЗ. Так, частка людей 56-ти річного віку із високим рівнем становила 54,8% , тоді як у 65 років

– таких ВПВ не виявлено ($p<0,05$). При цьому частка ВПВ із середнім рівнем зазнала значних змін і збільшилась з 31,2% до 68,7% ($p<0,05$). Низький рівень сформованості вольового компоненту мали 14,0% викладачів 56 років, а серед викладачів 65 років такий рівень виявлено у 31,3% випадків (див. рис. 3.6. та рис. 3.7.).

Перевірка гіпотези про відмінність у рівнях готовності ВПВ підвищення рівня РКА в гендерному аспекті здійснювалася за допомогою x^2-критерію Пірсона. Однак, такої різниці ми не виявили вірогідної різниці між чоловіками і жінками ($p>0,05$).

Підсумовуючи отримані дані, можна зробити висновок про те, що саме викладачі 56 років мають найменшу готовність підвищення рівня РКА, серед яких 62,7% опитаних мали низький рівень РКА, що доводить необхідність проведення корекційної роботи в цьому напрямку.

3.4 Аналіз готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня рекреаційної активності

На основі проведеного аналізу науково-методичної літератури ми дійшли висновку, що особистісна компетентність до РКА є якістю викладачів, що базується на тісному взаємозв’язку знань, умінь, практичних навичок, емоційно-ціннісних її орієнтацій та переконань, спрямована на забезпечення високої ефективності життєдіяльності за рахунок усвідомлення цінності власного СЗ. Виходячи із вище викладеного, у нашому розумінні бути готовим, означає вміти застосовувати в конкретній ситуації здобуті знання і досвід, у данному випадку підвищення рівня РКА. Оцінювання готовності до підвищення рівня РКА проводилось з використанням авторської методики, яка передбачала визначення чотирьох складових компонентів готовності: когнітивного, емоційно-мотиваційного, вольового та поведінкового та встановлення п’яти рівнів сформованості (низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий). Результати визначення рівнів готовності ВПВ до РКА наведені на рис. 3.8.

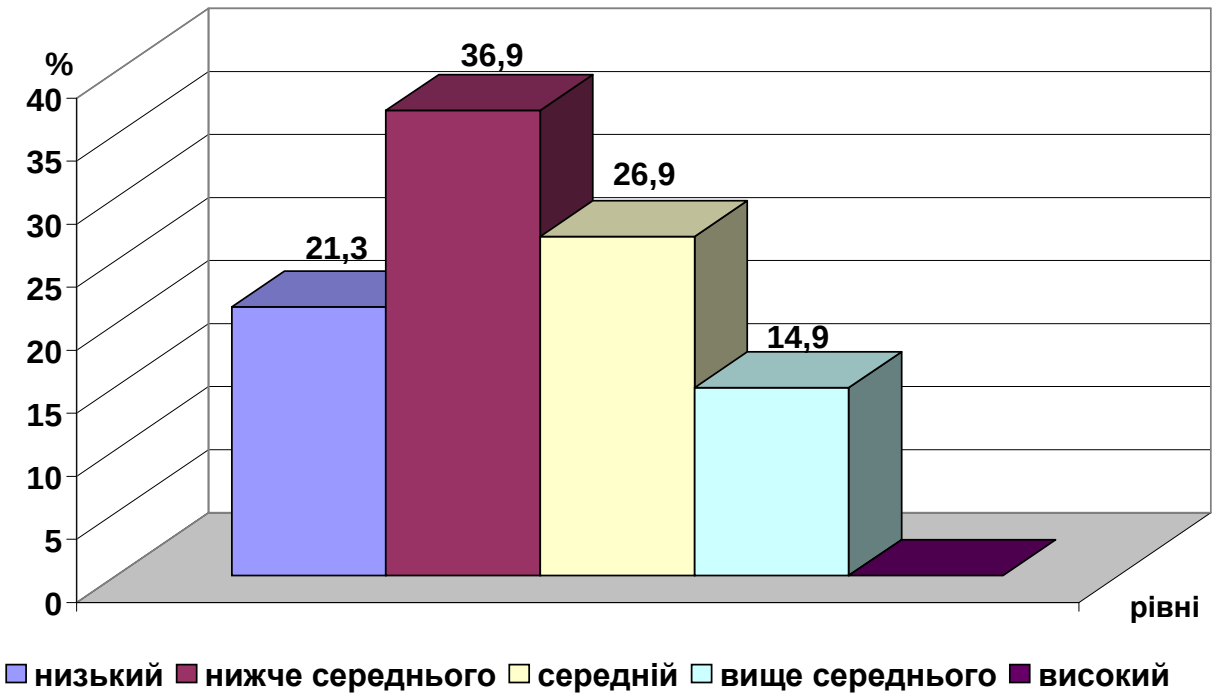


Рис. 3.8. Рівні готовності викладачів похилого віку до рекреаційної активності.

Низький рівень готовності до підвищення рівня РКА виявили у 21,3% ВПВ; нижче середнього – у 36,9%; середній – у 26,9%; вище середнього – у 14,9%, високий рівень не був виявлений в жодного з респондентів. Рівні готовності ВПВ щодо РКА наведені на рис. 3.9.

У результаті проведених досліджень виявлено, що сформованість когнітивного компоненту у 53,1% ВПВ була на низькому рівні ($p<0,05$), у 37,8% – на середньому і лише у 9,1 % – на високому рівні. Недостатня сформованість поведінкового компоненту у ВПВ була підтверджена його низьким рівнем у 53,1% опитаних, середнім рівнем у 37,8% осіб, високий рівень був виявлений лише у 9,1% респондентів. Невисокими були показники сформованості емоційно-мотиваційного компоненту. Так низький його рівень виявили у 46,3% опитаних, середній і високий у 36,5% та у 17,2% відповідно. Аналогічна ситуація спостерігалася у показниках сформованості вольового

компоненту. Так низький його рівень був притаманний у 18,8% ВПВ, середній – 50,3% осіб і високий – 30,9% опитаних.

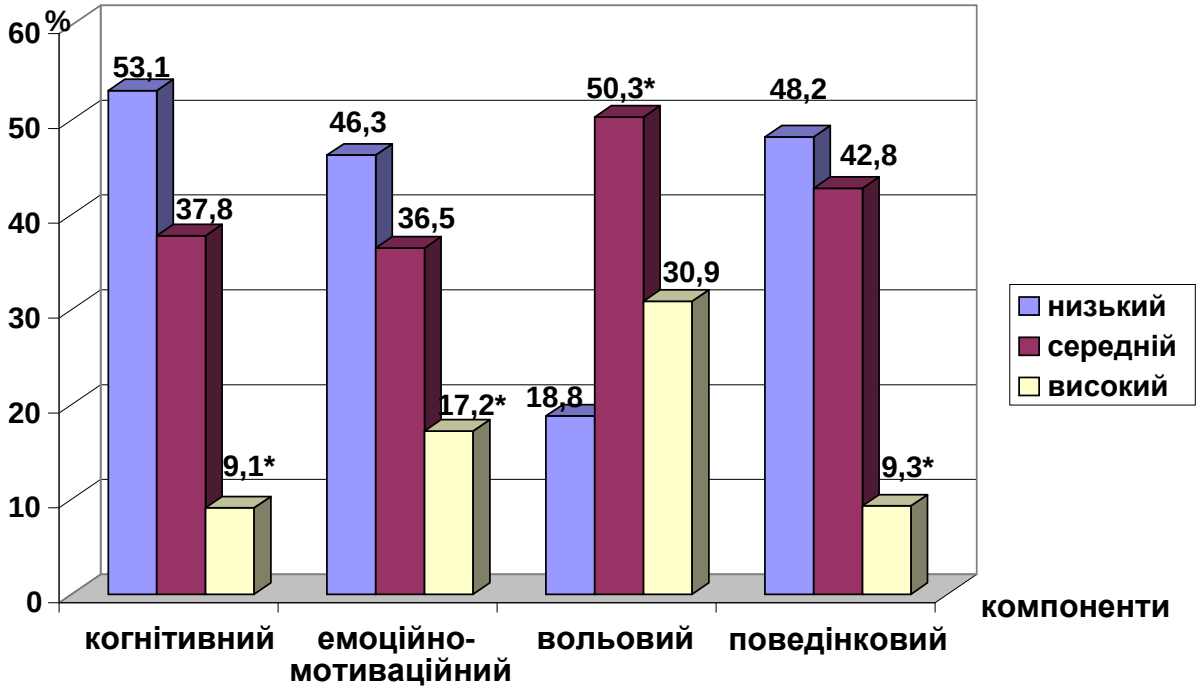


Рис. 3.9. Рівні окремих компонентів готовності викладачів похилого віку до рекреаційної активності.

Примітка.* – $p<0,05$ (вірогідність змін у порівнянні з низьким та середнім рівнями сформованості відповідного компоненту).

Отже, отримані результати підтверджують необхідність корекції рівнів готовності до підвищення рівня РКА, оскільки саме в передпенсійному віці спостерігається зниження функціональних резервів організму, а низький рівень сформованості готовності щодо РКА негативно позначається на їх ПФС. Аналізуючи результати, отримані під час констатувального експерименту, було виявлено, що 59,3% респондентів мають низький та нижче середнього рівні готовності до підвищення рівня РКА, і у жодного викладача похилого віку не виявлено високого рівня. Аналізуючи сформованість окремих компонентів готовності до підвищення рівня РКА, було встановлено, що у більше, ніж половини респондентів (53,1%) когнітивний та поведінковий (48,3%) компоненти знаходяться на низькому рівні і лише у 9,2% респондентів – на

високому ($p<0,05$). Це свідчить про недостатній рівень знань у ВПВ про СЗ й шляхи його зміцнення та відсутність дій, спрямованих на його покращення. На низькому рівні був і емоційно-мотиваційний компонент, що свідчило про не достатню мотивацію до засобів ФРК у ВНЗ. Тоді як вольовий компонент у половини (50,3%) респондентів знаходиться на середньому рівні, що породжує невідповідність між потребою особистості в доброму здоров'ї, з одного боку, та її зусиллями, спрямованими на збереження і зміцнення свого фізичного і психічного благополуччя – з другого. Недостатня увага ВПВ до РКА є одним із показників неготовності, адже наявність таких установок суттєво знижує ймовірність професійного зростання, особистісного самовдосконалення, підтримки рівня розумової працездатності, що є необхідним у досягенні життєвого успіху у цьому віці. Тому способом удосконалення готовності ВПВ повинна стати цілеспрямована активна їх діяльність щодо вирішення суперечностей між усвідомленням цінності СЗ і реальною поведінкою щодо збереження відповідного до віку рівня СЗ.

3.5 Оцінка рівня рухової активності викладачів похилого віку

Аналіз довідникових матеріалів засвідчує, що рухова активність – невід'ємна частина життя ВПВ, яка повинна забезпечувати нормальне функціонування систем організму і збереження СЗ. Врахування індивідуальних норм РА є одним із суттєвих чинників підвищення рівня РКА викладачів похилого віку. Сучасний практичний та науковий досвід показав, що робота в університеті не дозволяє забезпечити навіть мінімальний нормативний рівень РА викладачів похилого віку. Тому зрозуміло, що необхідність самостійних засобів фізичної рекреації у вільний від роботи час є об'єктивно обґрунтована.

Рівень РА прийнято поділяти на 5 рівнів: базовий, сидячий, малий, середній та високий [152].

Для визначення загальної тривалості кожного виду РА було здійснено добовий хронометраж діяльності ВПВ та сумування відрізків часу, витраченого на кожен окремий вид діяльності упродовж тижня.

Добову рухову активність визначали за допомогою Фремінгемської методики дослідження [98]. Результати добової РА дослідженого контингенту осіб наведені в табл. 3.9. На базовому рівні, до якого належать сон, відпочинок лежачи, рівень РА у чоловіків становив (8,4±0,22) год., а у жінок – (8,7±0,33) год, що не вірогідно відрізнялося між собою. Пересування в транспорті, читання, малювання, перегляд телепередач, настільні та коп'ютерні ігри, споживання їжі – види діяльності, які належать до сидячого рівня РА, на який ВПВ, в середньому, витрачають від 5,02 до 5,21 год щодоби.

Середня тривалість малого рівня добової РА (особиста гігієна, статичне навантаження з невеликим об'ємом РА, пересування пішки, робота у ВНЗ, окрім засобів ФРК) у чоловіків та жінок була одинаковою і становила, в середньому 8,0 год.

Таблиця 3.9

Показники добової рухової активності викладачів похилого віку

Рівень		Чоловіки, n=84		Жінки, n=71	
		(M±m)	%	(M±m)	%
Базовий	год	8,4±0,28	35,1	8,7±0,33	36,4
	ІФА	8,4±0,26		8,7±0,31	
Сидячий	год	5,0±0,24	21,1	5,2±0,16	22,0
	ІФА	5,5±0,23		5,7±0,23	
Малий	год	8,0±0,41	33,4	8,0±0,42	33,5
	ІФА	11,9±0,63		12,0±0,63	
Середній	год	2,0±0,12	8,2	1,5±0,11	6,6
	ІФА	4,7±0,33		3,8±0,44	
Високий	год	0,5±0,07	2,2	0,4±0,02	1,5
	ІФА	2,5±0,14		2,1±0,15	
ІФА за добу		33,3±1,57		32,5±1,43	

Примітка. ІФА – індекс фізичної активності.

Аналіз хронометражу добової РА ВПВ показав, що більшу частину малого рівня займає робота у ВНЗ 6,4 год, що свідчить про великий обсяг навчального навантаження. Зареєстровані показники середнього й високого рівнів РА були найменші. Так, середній рівень РА, до якого належать домашня

робота по господарству, прогулянки, ранкова гімнастика, становив (2,1±0,11) год у чоловіків та (1,5±0,14) год у жінок. У відсотковому співвідношенні ці рівні представлені на рисунку. 3.10.

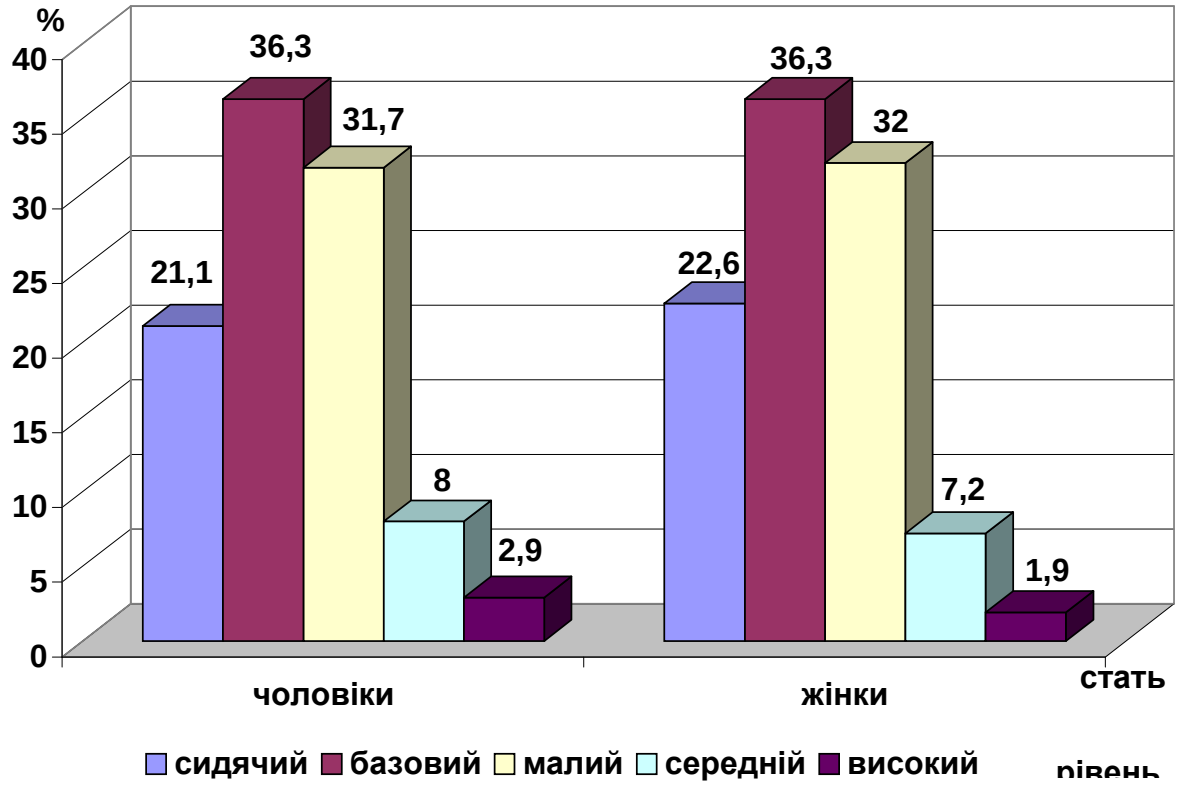


Рис. 3.10. Структура добової рухової активності викладачів похилого віку.

Таким чином, 89,1% добового бюджету часу у чоловіків і 91,2% у жінок припадає на базовий, сидячий та малий рівні.

До високого рівня РА відносили спеціально організовані заняття ФРК та адаптивні спортивні ігри, інтенсивні рухливі та спортивні ігри. На нього педагоги в середньому витрачають від 0,42 до 0,51 год, що становить від 1,9 до 2,9% добової РА. Оцінюючи рухову активність ВПВ було виявлено, що у жінок реєструється менша тривалість високого та середнього рівнів РА порівняно з чоловіками. Проте вірогідної різниці у розподілі за рівнями РА жінок та чоловіків не виявлено ($p>0,05$). Показники індексів фізичної активності (ІФА) зображені на рис. 3.11.

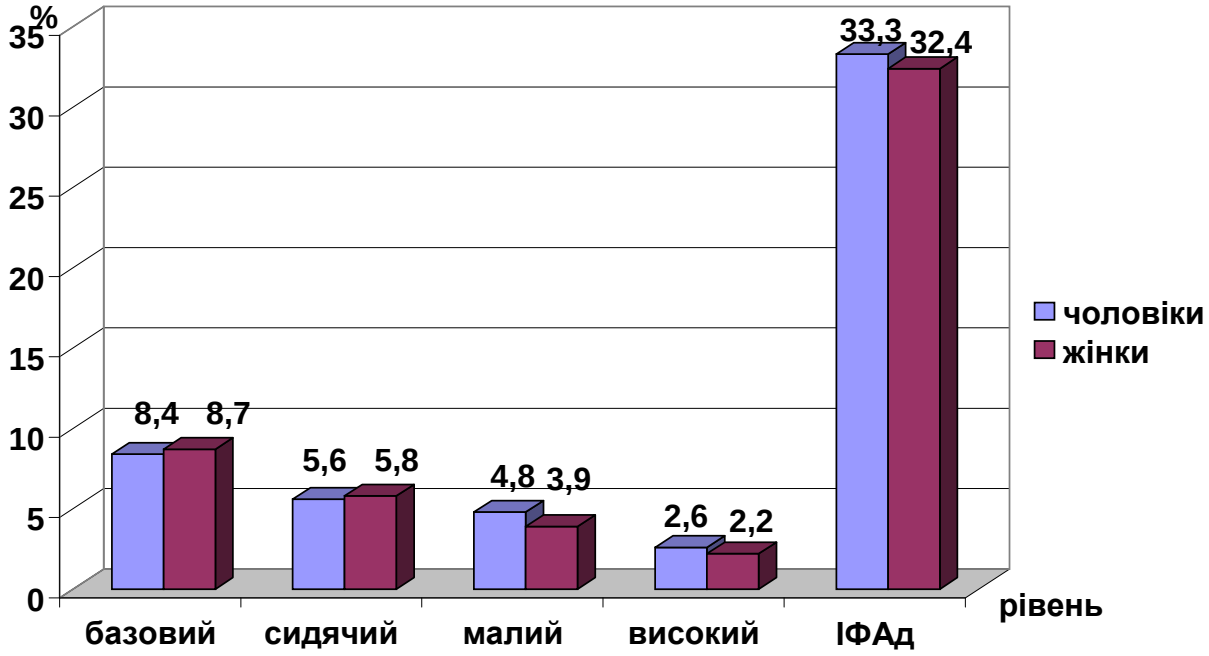


Рис.3.11. Індекси фізичної активності викладачів похилого віку.

Примітка. ІФАд – добовий індекс фізичної активності.

Таким чином, добова рухова активність ВПВ у середньому становила 32,4 балів у жінок та 33,2 балів у чоловіків за ІФА.

Залежно від отриманих результатів, усіх ВПВ було поділено за рівнями РА (низький, середній та високий). Серед усіх обстежених жінок низький рівень фізичної активності (ІФАд<31 бала) мали 34,9%, середній – 56,2%, високий рівень (ІФАд>34 балів) був виявлений лише у 8,9% випадків.

Серед чоловіків низький рівень фізичної активності (ІФАд<32 балів) був виявлений у 30,6% осіб, середній рівень – у 56,8%, високий рівень у 7 осіб (12,6%) (ІФАд>34,8).

При оцінці тижневої РА у ВПВ спостерігали поступове її збільшення у середині тижневого циклу (до 36 балів у жінок та до 39 балів у чоловіків), деяке зниження тижневої РА спостерігалося у п’ятницю й суботу та незначне її зростання в неділю (35–38 балів).

Враховуючи те, що оптимальним показником ІФА за Фремінгемською методикою є значення, яке відповідає 42 балам, що передбачає восьми годинну тривалість базового рівня, восьми годинну тривалість сидячого, двохгодинну

тривалість рівня малої фізичної активності та трьох годинну тривалість рівня високої активності [42, 55], у наших дослідженнях такого показника не було зареєстровано у жодного ВПВ, що підтверджує низький рівень їх РА.

Кількісна оцінка добового бюджету часу ВПВ показала, що 68,9% від загального обсягу добової РА становила звична рухова активність, тобто всі види рухів, спрямовані на задоволення природних потреб ВПВ, а також навчальна та виробнича діяльність (рис. 3.12).

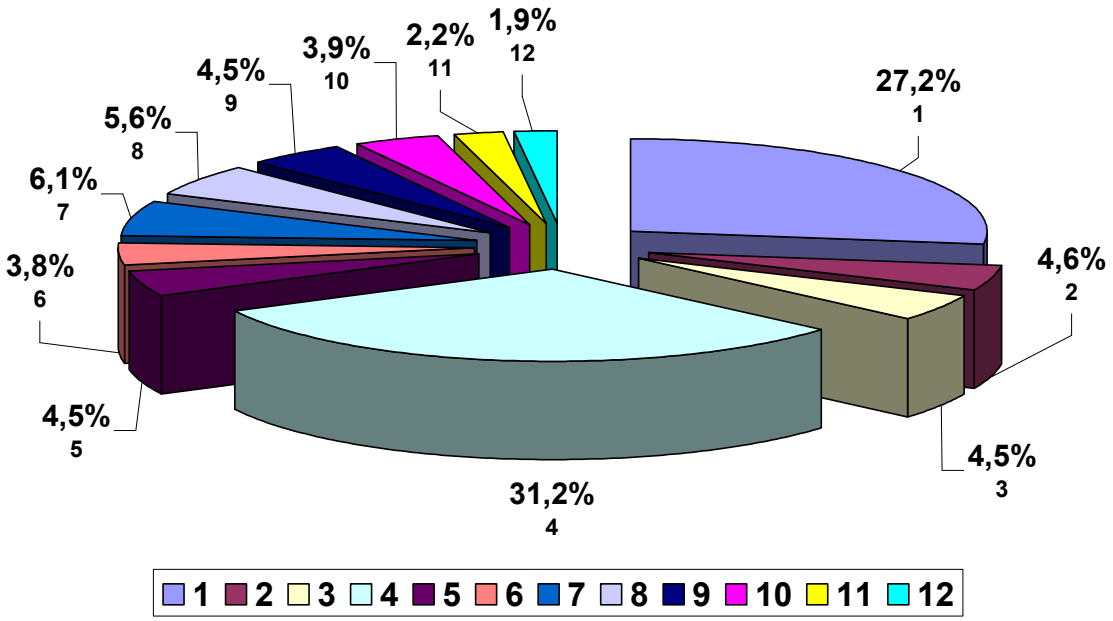


Рис. 3.12. Кількісна характеристика добового часу ВПВ: 1 – робота; 2 – пересування пішки; 3 – переїзд транспортом; 4 – сон; 5 – прийом їжі; 6 – особиста гігієна; 7 – підготовка до занять; 8 – відпочинок сидячи; 9 – відпочинок лежачи; 10 – робота по господарству; 11 – прогулянки; 12 – заняття фізичною рекреацією.

Так, на професійну діяльність ВПВ витрачають, в середньому, 27,2% часу доби. У структурі вільного часу пасивні види відпочинку (відпочинок сидячи, лежачи, сон), займають близько 41,3% добових витрат часу. Спеціально-організована м’язова діяльність становила лише 1,9% від загального обсягу РА. Структура добової РА ВПВ свідчить про переважання серед інших сидячого

виду активності. Так, у середньому, на роботи ВПВ витрачають 6,5 год, на переїзд транспортом та вживання їжі – 1,10 год, підготовка до занять займає 1,62 год у жінок та 1,25 год у чоловіків, відпочинок лежачи займав близько 1,20 год на добу у жінок та 1,30 год у чоловіків.

Отримані результати свідчать, у більшості випадків, про нераціональну організацію вільного часу ВПВ (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Вирати часу викладачами похилого віку на різні види рухової активності

Види рухової активності	Чоловіки, n=84		Жінки, n=71	
	год	%	год	%
Професійна діяльність	6,52	27,2	6,56	27,3
Пересування пішки	1,36	5,7	0,82	3,4
Проїзд транспортом	1,04	4,4	1,18	4,9
Сон	7,25	30,2	7,62	31,8
Прийом їжі	1,05	4,4	1,14	4,6
Особиста гігієна	0,62	2,5	1,16	4,8
Підготовка до занять	1,25	5,2	1,62	6,8
Відпочинок сидячи	1,60	6,7	0,95	4,0
Відпочинок лежачи	1,20	5,0	1,30	4,3
Робота по господарству	0,82	3,4	1,20	5,0
Прогулянки	0,76	3,1	0,30	1,3
Заняття фізичною рекреацією	0,52	2,2	0,43	1,8

Тренувальний ефект забезпечує тільки високий рівень РА, до якого належать організовані заняття з засобів ФРК та інтенсивні спортивні і рухливі ігри [127,137]. У більшості ВПВ зміст даного компоненту полягає в обов’язкових засобів ФРК в межах навчального плану, причому, якщо в певний день тижня його немає , то, відповідно, високий рівень РА не реєструвався.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про нераціональний режим дня у ВПВ, доводять необхідність його корекції шляхом включення заходів, що сприяють підвищенню спеціально-організованої РА й зокрема діяльності, що відповідає високому її рівню.

Отримані результати доводять важливість потреби підвищення

мотивації ВПВ до збільшення їх РА.

Визначено особливості відносин викладачів до засобів ФРК. Найпопулярнішими видами ФРК у викладачів є спортивні ігри (у чоловіків у 97,5%; у жінок – 76,1%) і ранкова зарядка (у чоловіків – 95,1%; у жінок – 71,4%). Пішохідні прогулянки однаково займають місце як у чоловіків, так і у жінок – по 86,5%.

Чоловіки активніші, ніж жінки, щодо занять атлетичною гімнастикою (30,0% проти 5,4%), нетрадиційними видами спорту – кегельбаном, більярдом (35,9% проти 10,6%). Однак в катанні на ковзанах жінки переважають чоловіків (42,8% проти 10,7%). Викладачі жіночої статі виявляють більшу активність в заняттях ранковою зарядкою (32,7% проти 23,8%), спрощеними іграми (52,8% проти 30,5%), аеробікою (63,3% проти 10,2%).

Виявлено, що викладачі є також активною групою людей щодо занять ФРК. Більш високі потреби у таких заняттях у викладачів-чоловіків, нижчі у викладачів-жінок. За результатами опитування індекс потреби в заняттях ФРК перевищують реальний рівень їхньої активності.

Найбільшою мірою потреби викладачів перевищують реальну активність в таких видах ФРК, як ранкова зарядка (індекс потреби в заняттях ФРК у чоловіків становить 125 ум.од.; у жінок – 85 ум.од.), піші прогулянки (у чоловіків – 95,5 ум.од.; у жінок – 95,5 ум.од.), спортивні ігри (у чоловіків – 110 ум.од.; у жінок – 56 ум.од.), плавання (відповідно 83 ум.од. і 74 ум.од.), туризм (відповідно 75,5 ум.од. і 69 ум.од.), атлетична гімнастика (відповідно 77,5 ум.од. і 74 ум.од.), шейпінг (відповідно 63 ум.од. і 86 ум.од.) і нетрадиційні видів спорту – боулінг, більярд (у чоловіків – 95 ум.од. у жінок – 45,5 ум.од.). Потреба в заняттях ФРК перевищує реальну РКА лише щодо занять ранкової зарядкою (відповідно 62 ум.од. і 58 ум.од.) і нетрадиційними видами спорту – кегельбаном, більярдом у чоловіків (44 ум.од.).

Задоволення рівнем РКА дорівнює середнім значенням задоволеності і становить 3,9 ± 0,17 бала (оцінювання проводили за 7-ми бальною шкалою, де 4 бала відповідає середній задоволеності).

Серед мотивів до занять ФРК на першому місці за поширеністю знаходиться мотив самовдосконалення (3,6 ± 0,12 балів). Такі ж самі показники виявляються відносно СЗ та бажання мати гарну зовнішність – відповідно 3,7 ± 0,15 балів і 2,8 ± 0,06 балів. Останні місця за рівнем значимості займають мотиви досягнення результату – чоловіки – 1,69 ± 0,83 балів, жінки – 1,49 ± 0,93 балів. Для ВПВ більшою мірою мають мотиви спілкування та отримання задоволення від процесу занять ФРК. Як головна перешкода для занять ФРК у викладачів виступають чинники нестачі часу (індекс потреби – 140 ум.од.) і наявність великого об'єму роботи (індекс потреби – 112,5 ум.од.).

Для 54,9% ВПВ незалежно від статі характерна втома під час проведення занять, а для 43,6% жінок, крім інших перерахованих факторів характерні психологічні труднощі і відсутність звички займатися ФРК. Найбільш тісні зв'язки виявлено між показниками ставлення до ФРК (активністю, потреби у заняттях і задовленістю ступенем РКА) і мотивами, спрямованими на отримання задоволення від процесу занять і спілкування.

В меншій мірі показники ставлення до РКА пов'язані з мотивами, спрямованими для досягнення результату діяльності, і навіть мотивами повинності і винагороди.

3.6 Аналіз рівня психо-фізіологічного стану викладачів похилого віку

Тестування розумової працездатності дозволило визначити загальні коефіцієнти точності (КТ) та продуктивності (КП) розумової роботи у ВПВ до і після одноразового дозованого фізичного навантаження (20 присідань за 30 с). Результати тестування представлені в таблиці 3.11.

Аналіз отриманих даних свідчить, що середні показники виконання проби Анфімова були статистично вірогідно вищі до фізичного навантаження у чоловіків ($p<0,05$).

За нашими даними середні значення КТ розумової роботи після фізичного навантаження у жінок становлять 0,90±0,02 ум.од.; КП –

1393,45±29,23 ум.од., тоді як у чоловіків – відповідно 0,92±0,02 у.о і 1451,11±40,23 ум.од.

Таблиця 3.11

Середні показники продуктивності розумової працездатності у викладачів похилого віку ($\overline{X} \pm s_{\overline{x}}$, n=50)

Стать	n	До фізичного навантаження		Після одноразового дозованого фізичного навантаження	
		Закреслено знаків	Пропущено знаків	Закреслено знаків	Пропущено знаків
♀	27	59,0±2,24	24,5±1,31	49,4±1,62*	38,5±1,17*
♂	23	65,6±2,32	22,1±1,15	49,7±1,83*	39,0±1,14*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників після фізичного навантаження).

Результати кореляційного аналізу (в середньому r=0,88) вказують на існування тісного позитивного взаємозв'язку між фізичною працездатністю і продуктивністю розумової працездатності.

Менш тісний (r=0,68), але теж позитивний зв'язок існує між точністю виконання тестів на визначення розумових здібностей і рівнем фізичної працездатності. Коефіцієнт кореляції між точністю і продуктивністю розумової роботи має оберненопропорційний зв'язок (r = – 0,73).

У табл. 3.12 наведені значення показників "Стрес-тесту" у ВПВ з різним рівнем РКА в залежності від статі. Аналіз табличних даних вказує на тісний прямопропорційний кореляційний зв'язок між рівнем РКА і ступенем стресостійкості як у чоловіків (r=0,83), так і у жінок (r=0,81). Подібна залежність виявляється відносно взаємозв'язку між рівнем РКА і пропускною здатністю (відповідно r=0,78 і r=0,79). При цьому між рівнем РКА та імпульсивністю встановлено середній оберненопропорційний зв'язок (відповідно r=0,62 і r=0,59).

Аналіз даних табл. 3.13 вказує на вірогідні відмінності між групами викладачів з різним рівнем РКА за всіма показниками. У табл. 3.14 наведені середні значення показників кольороасоціативного тесту “Люшера” у ВПВ.

Таблиця 3.12

Показники “Стрес-тесту”у викладачів похилого віку з різним рівнем рекреаційної активності

Рівень рекреаційної активності / Показники	високий	середній	низький	високий	середній	низький
	Чоловіки, n=29			Жінки, n=21		
Стресостійкість (ум. од.)	128,6	114,5*	98,3*	85,5	78,9*	88,2*
Пропускна здатність (ум.од.)	1,3	1,2*	1,1*	1,3	1,2	1,1*
Імпульсивність(ум. од.)	0,04	-0,02*	-0,14*	0,01	-0,02*	-0,09*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників у порівнянні з попередньою групою викладачів).

Таблиця 3.13

Середні значення показників тесту “Встановлення закономірностей” у ВПВ з різним рівнем РКА

Рівень рекреаційної активності / Показники	високий	середній	низький	високий	середній	низький
	Чоловіки, n=29			Жінки, n=21		
Продуктивність (ум. од.)	22,5	20,1	19,2*	21,1	18,2	16,1*
Швидкість (ум. од.)	8,8	5,7	4,6	7,9	6,3	4,1*
Точність (ум. од.)	0,89	0,72	0,58*	0,85	0,69*	0,48*
Ефективність (ум. од.)	73,6	63,4*	44,8*	67,8	45,2*	37,4*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників у порівнянні з попередньою групою викладачів).

Наявність вірогідних відмінностей за показниками продуктивності, точності та ефективності за результатами тесту “Встановлення закономірностей” свідчить про високий кореляційни взаємозв’язок ($r=0,81$) між

ними і рівнем РКА, а також про менш досконалу систему сприйняття й переробки інформації у викладачів з низьким рівнем стресостійкості.

Враховуючи, що показник точності співвідноситься з функцією уваги, очевидно, що у ВПВ з високим рівнем стресостійкості спостерігається більш досконалий прояв концентрації уваги під час виконання когнітивного завдання.

Таблиця 3.14

Середні значення показників тесту "Люшера" у викладачів з різним рівнем РКА

Рівень рекреаційної активності / Показники	високий	середній	низький	високий	середній	низький
	Чоловіки, n=29			Жінки, n=21		
Працездатність (%)	80,2	60,1	40,2	80,0	70,0	60,0*
Втома (%)	65,1	45,3	25,0	20,0	15,2	10,0*
Тривога (%)	35,2	25,4	10,3*	32,1	23,5*	10,1*
Відхилення від аутогенної норми, ум. од.	4,7	12,2*	22,1*	4,0	11,4*	18,5*
Ексцентричність, ум. од.	10,3	7,7	3,8*	10,1	6,5	3,4*
Концентричність, ум. од.	12,0	9,0	7,0*	9,9	8,3	6,2*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників у порівнянні з попередньою групою викладачів).

Відповідно показники ефективності та продуктивності відображають характер операційного мислення у ВПВ.

Можна зробити висновок, що у викладачів з високим рівнем стресостійкості спостерігається більш якісний прояв операційного мислення під час виконання завдання з вербальними подразниками.

Аналіз табличних даних свідчить про наявність вірогідних відмінностей за показниками тривоги та втоми між групами ВПВ з різним рівнем РКА. Наявність більш високих абсолютних значень тривоги та втоми у ВПВ з високим рівнем стресостійкості свідчить про підвищену психоемоційну напруженість.

Стійкість до стрес-фактора супроводжується мобілізацією механізмів емоційної напруги, у результаті зростає рівень тривожності і стомлення нервової системи. Показник “відхилення від аутогенної норми” відображає суб’єктивне відчуття комфорту людини. Для аналізу кількісного значення цього показника використовувалася шкала в діапазоні від 0 до 32 ум. од., при цьому зниження абсолютного значення показника свідчить про поліпшення відчуття комфорту.

Таким чином, більш низькі значення показника “відхилення від аутогенної норми” у викладачів з високим рівнем стресостійкості вказують на погіршення суб’єктивного комфорту. Можна зробити висновок, що чим вищий рівень РКА, тим більш висока стресостійкість у викладачів. Низький рівень РКА, навпаки, супроводжується наявністю психоемоційного напруження, яке призводить до появи тривожності, стомлення нервової системи й відчуття суб’єктивного дискомфорту. Виявлено прямий середнього ступеня кореляційний взаємозв’язок між проявом рівня стресостійкості у ВПВ і когнітивними функціями. У викладачів з високим рівнем РКА спостерігається вищий прояв концентрації уваги та якісних характеристик операційного мислення під час виконання когнітивного завдання. Вивчення психічного стану й особливості прояву стресостійкості показало, що стійкість до стрес-фактора у ВПВ супроводжується мобілізацією механізмів емоційної напруги, і як наслідок, зростає рівень тривожності й стомлення нервової системи, а також знижується відчуття суб’єктивного комфорту. Отриманий результат відображає характер адаптаційної “ціни”, внаслідок мобілізації, в умовах психоемоційного напруження.

Результати тестування статичного і динамічного тремору на початку експерименту представлені в табл. 3.15.

Спостерігається своєрідна тенденція збільшення тремору викладачів з низьким рівнем РКА і незначне його зменшення у викладачів з середнім і високим рівнем РКА.

Показники динамічного тремору гірші, ніж статичного, особливо у викладачів з низьким рівнем РКА. Показники динамічного тремору у чоловіків з високим рівнем РКА на 25,0 % більше, з середнім рівнем – на 29,6 %, тоді як у викладачів з низьким рівнем РКА цей показник збільшується на 34,2 % ($p<0,05$).

Таблиця 3.15

Показники тесту "Статичний та динамічний тремор" на початку експерименту (M±m)

Рівень рекреаційної активності / Показники	високий	середній	низький	високий	середній	низький
	Чоловіки, n=29			Жінки, n=21		
Статичний тремор						
Кількість дотиків	6,8± 0,56	7,1± 0,73	7,9± 0,81*	8,9± 0,73	9,3± 0,81	9,6± 0,84*
Динамічний тремор						
Кількість дотиків	8,5± 0,47	9,2± 0,44*	10,6± 0,52*	9,6± 0,42	11,8± 0,56*	12,9± 0,73*
Час, с	14,6± 0,72	15,3± 0,77	16,1± 0,73*	14,7± 0,69	15,9± 0,75	16,8± 0,86*
Коефіцієнт продуктивності	0,54± 0,05	0,53± 0,03	0,51± 0,03*	0,53± 0,05	0,52± 0,02	0,47± 0,01*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці між викладачами з різним рівнем рекреаційної активності).

У жінок результати тестування вищі відповідно на 7,9 %, 26,8 % і 34,3 % ($p<0,05$). Час, протягом якого викладачі-чоловіки виконували тест, коливається в межах 14,6–16,1 с, жінки виконували цей тест за період часу 14,7–16,8 с.

При цьому чоловіки з високим рівнем РКА витрачали його на 4,8 % менше, ніж чоловіки з середнім рівнем і на 10,3 %, ніж чоловіки з низьким рівнем РКА. Подібна тенденція спостерігається у викладачів-жінок – відповідно 8,2 % та 14,3 % ($p<0,05$).

Коефіцієнт продуктивності у чоловіків залежно від рівня РКА становить 0,54–0,51 у. о., у жінок відповідно – 0,53–0,47 ум.од. Він більший у чоловіків з

високим рівнем РКА на 1,9 % порівняно з викладачами, які мають середній рівень і на 5,9 % порівняно з чоловіками з низьким рівнем РКА ($p<0,05$). У жінок ці показники становлять відповідно – 3,9 % і 12,8 % ($p<0,05$).

Погіршення стану СЗ – одна з головних існуючих проблем суспільства, яка особливо гостро стосується ВПВ. Тому, моніторинг стану СЗ є актуальним і необхідним у сучасних умовах для визначення шляхів корекції його рівня.

На підставі одержаних результатів оцінки фізичного розвитку і функціонального стану ВПВ дослідних груп (КГ та ЕГ) були визначені: індекс маси тіла (ІМТ), життєвий індекс (ЖІ), силовий індекс (СІ), індекс Робінсона (ІР) та індекс СЗ (ІСЗ). За величиною ІСЗ ВПВ встановлювали 5 рівнів СЗ: низький, нижче середнього, середній, вище середнього і високий.

Оцінка визначеного рівня СЗ у ВПВ засвідчила, що середнє значення у чоловіків становило 4,4±0,32 балів, а у жінок – 3,7±0,27 балів, що не мало вірогідної різниці ($p>0,05$). За методикою оцінки рівня ІСЗ встановлено, що як у чоловіків, так і у жінок він знаходиться на рівні нижче середнього (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Інтегральні показники соматичного здоров'я викладачів похилого віку (M±m)

Показник	Чоловіки, n=84	Жінки, n=71
Індекс маси тіла, кг/м²	19,7±0,33	18,6±0,24
Життевий індекс, мл/кг	54,9±1,23	42,1±0,93
Силовий індекс, %	68,9±1,21	48,8±1,04
Індекс Робінсона, ум. од.	87,9±1,63	93,1±1,75
Проба Мартіне, хв.	2,5±0,12	2,8±0,14
Індекс соматичного здоров'я, ум. од	4,4±0,32	3,7±0,27

Результати досліджень рівня СЗ показали, що високого рівня СЗ не було зафіксовано у жодного викладача похилого віку (рис. 3.13). Враховуючи той факт, що належний стан СЗ встановлюється тільки у осіб із безпечним рівнем СЗ (вище середнього та високим), то можна констатувати, що серед досліджуваної групи респондентів тільки 14,3% чоловіків мали безпечний

рівень, а решта 85,7% обстежених знаходилися за його межами, а серед жінок безпечний рівень СЗ був притаманний тільки трьом особам (6,7%).

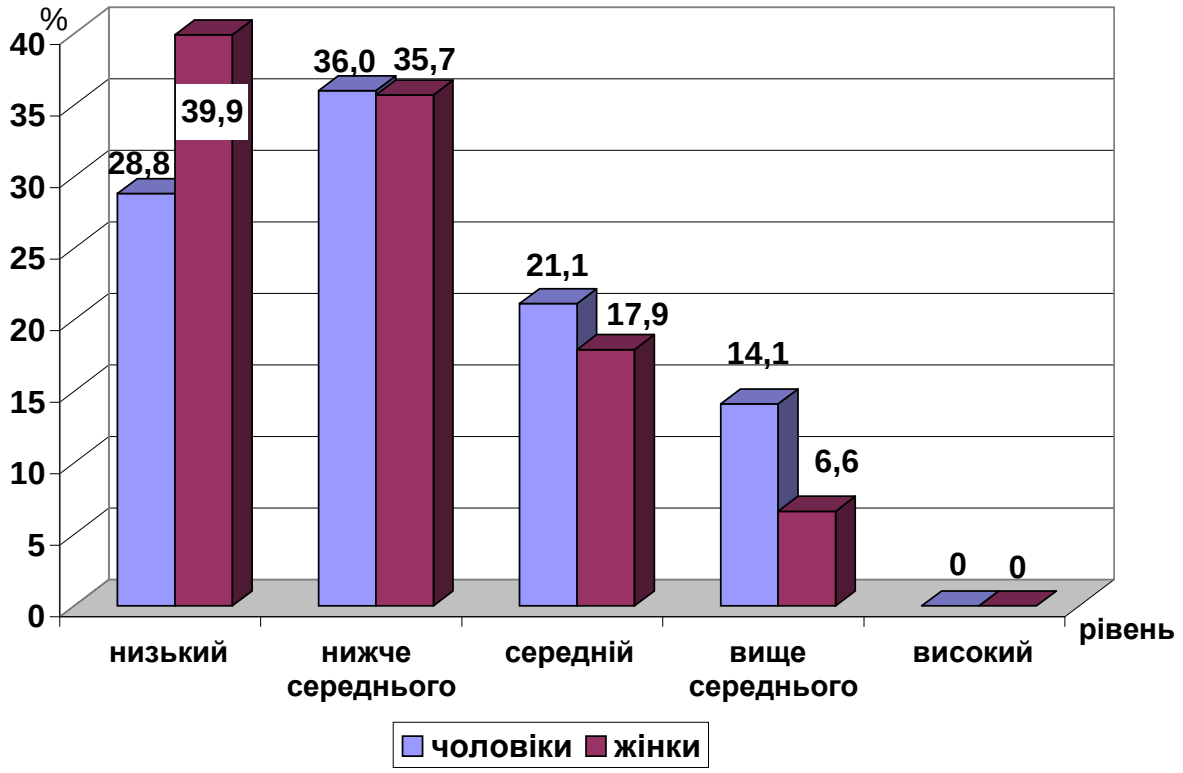


Рис. 3.13. Розподіл викладачів похилого віку за рівнем соматичного здоров'я.

Порівняння результатів суб'єктивної оцінки ВПВ рівня власного СЗ з результатами оцінки за методикою Г. Л. Апанасенка, показано значні розбіжності отриманих значень СЗ у одного і того самого ВПВ. Зокрема, відмінним свій стан СЗ оцінювали 37,9% ВПВ, 50,6% – задовільним і 8,0% опитаних були не задоволені станом свого СЗ, 3,4% – не змогли визначитися з відповіддю.

Для суб'єктивної оцінки показників стану СЗ ми провели опитування ВПВ за анкетою "Здоровий сон". В результаті аналізу відповідей респондентів встановлено, що 95,8% респондентів мають ознаки порушення сну різного ступеня вираженості. З них ¾ викладачів замість запропонованих їм заходів ФРК бажають виспатись у вільний час, при цьому 72,1% ВПВ надають перевагу денному сну. Підтвердженням цього служать результати ЕЕГ-дослідження, які

показали, що серед ВПВ з суб'єктивними ознаками порушення сну у 45,9% випадків такою ознакою порушення сну був симптом затримки фонової активності, при якому частота основного альфа-ритму нижче нормативного не менше, ніж на 1 Гц (рис. 3.14).

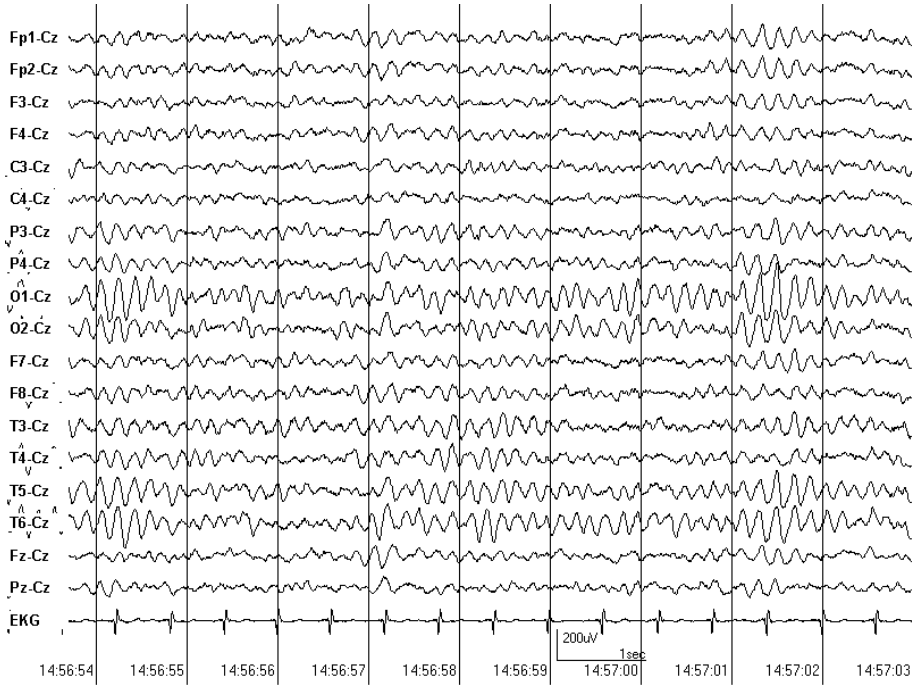


Рис. 3.14. Викладач Н., 62,5 роки. Затримка основного ритму. Синдром хронічної втоми в анамнезі. Монтаж: Вертекс.

У 23,1% викладачів ЕЕГ-ознакою є періодична затримка основного ритму, яка може бути нерегулярною або ритмічною. При безсонні чи СХВ у 12,3% обстежених спостерігається нерегулярна генералізована затримка з асиметрією, яка може бути генералізованою, регіональною чи латералізованою. Лобні тета-хвилі і короткі, нерегулярні повільні хвилі у скроневих відділах, також спостерігаються у 9,7% обстежених викладачів (рис. 3. 15).

У 14,5% ВПВ реєструвалась "гіпнагогічна гіперсинхронія", яка складається з генералізованих ритмічних тета- і дельта-хвиль. У 12,3% обстежених спостерігається більше чи менше виражена ритмічна генералізована сповільнена активність дельта- і тета-діапазонів.

Фокальна продовжена повільна активність є відносно “специфічною” ознакою порушення сну, яка визначається у 22,6% ВПВ (рис. 3.16).

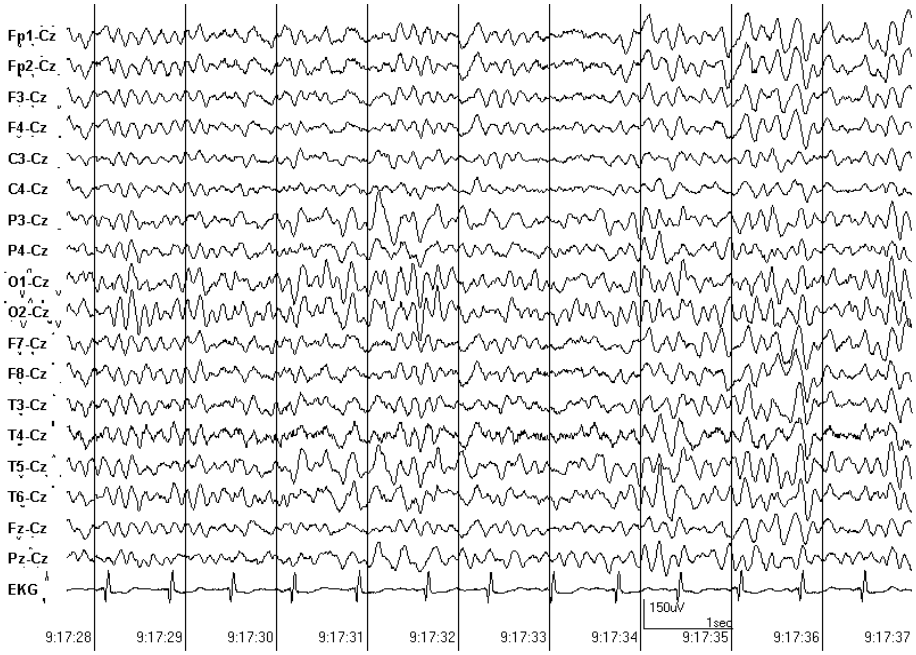


Рис. 3.15. Викладач Д., 59 років. Переміжна фокальна затримка в тім’яних і скроневих відділах зліва. Монтаж: Вертекс.

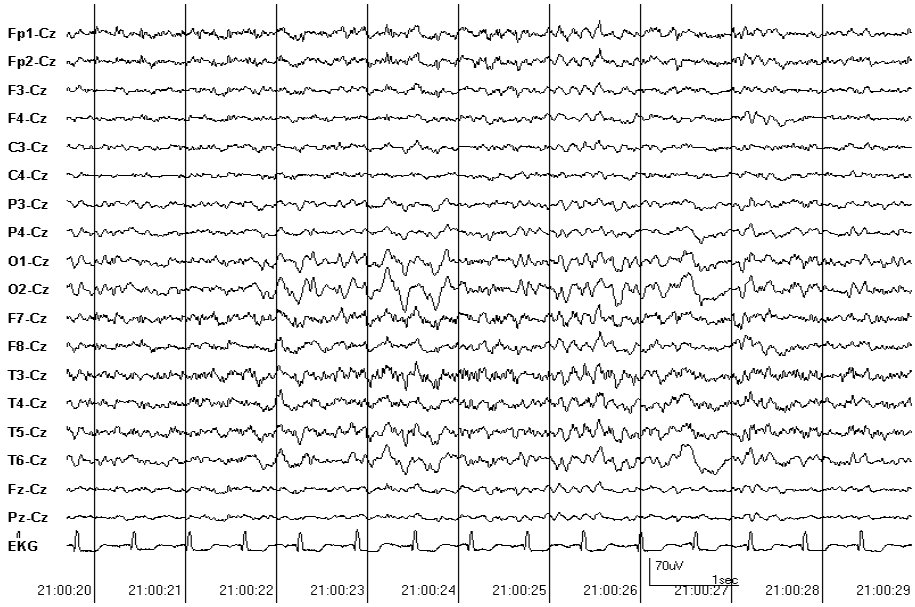


Рис. 3.16. Викладачка В., 57 років. Перехідна фокальна затримка в потиличних відділах.

Монтаж: Вертекс.

До спеціальних патернів, які характеризують порушення сну у людей похилого віку слід віднести надмірну швидку активність. Вона визначається:

щонайменше у 50,0% випадків ЕЕГ при безсонні і представлена домінуючою бета-активністю з амплітудою понад 50 мкВ (референтні відведення).Ще одним патерном є трифазні хвилі, які мають вигляд високоамплітудних позитивних гострих коливань, яким передує низькоамплітудна негативна хвиля (рис. 3.17).

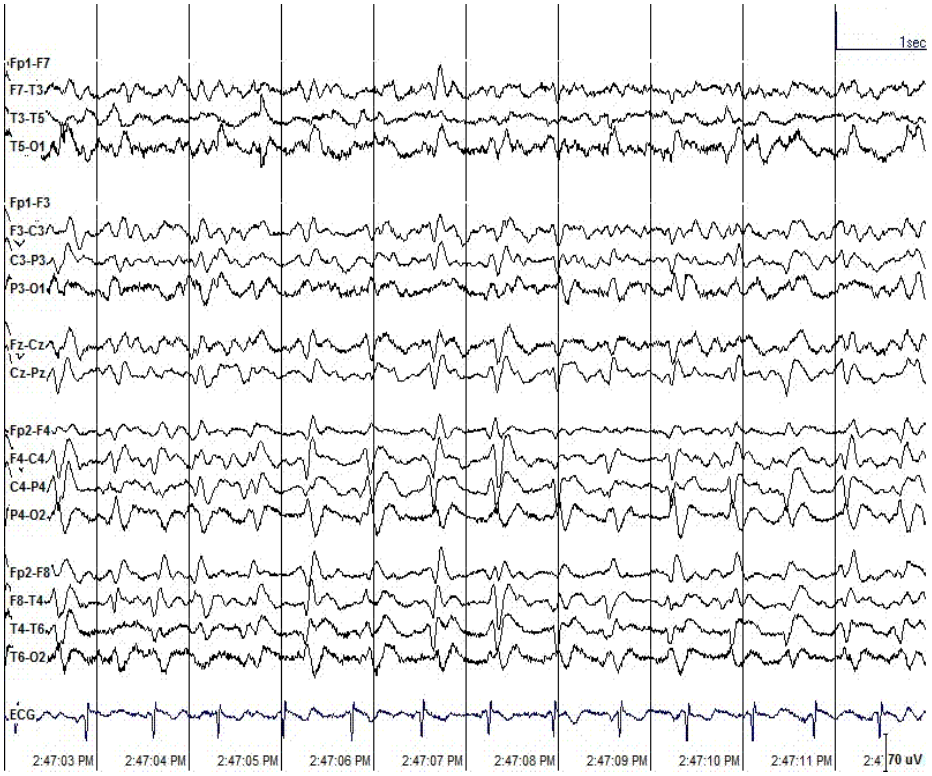


Рис. 3.17. Викладач З., 57 років. Високоамплітудні (> 70 мкВ) позитивні гострі коливання з низькоамплітудною негативною хвилею.

Монтаж: Біполярний.

Частою ознакою порушення сну (у 28,9 % випадків) є патерн спалах-пригнічення, який є різновидом періодичного патерну із зменшенням церебральної активності (менше 10 мкВ) між відносно високоамплітудними компонентами.

Серед частих варіантів ЕЕГ-ознак при порушеннях сну у ВПВ виділяють також скроневе сповільнення у 34,7% випадків. Він визначається як короткочасна, нерегулярна швидкоплинна повільна активність дельта/тета діапазонів, частіше з переважанням по амплітуді зліва.

У 24,2% випадків реєструються неспецифічні ЕЕГ-патерн у вигляді потиличних дельта-хвиль, які визначаються як швикоплинні високоамплітудні хвилі у задніх відділах на фоні основного потиличного ритму (рис. 3.18).

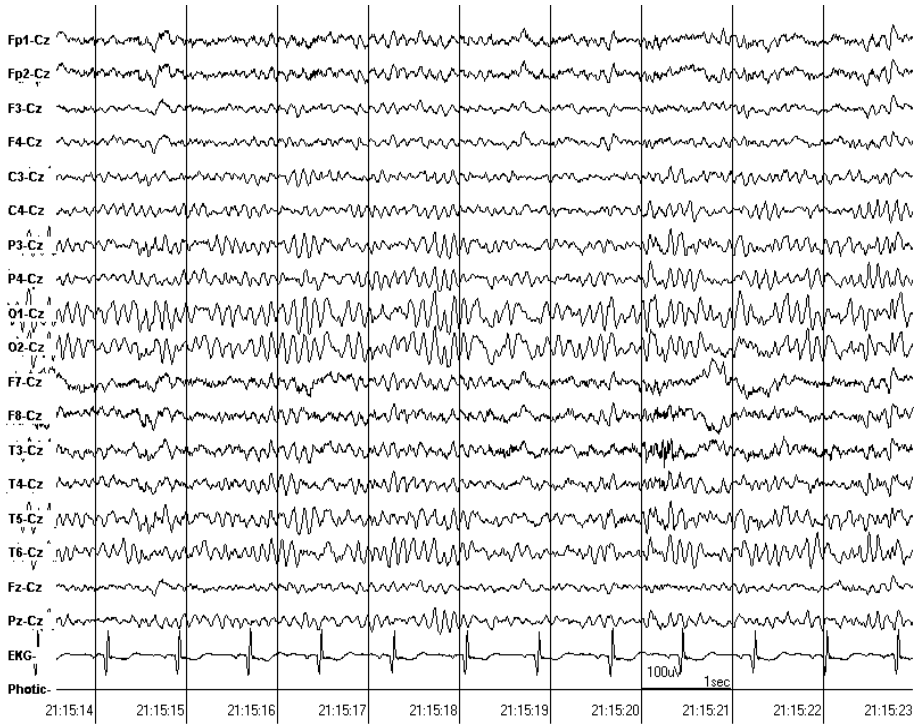


Рис. 3.18. Викладач З., 54 роки. Прості парціальні напади з моторними симптомами в нічний час. Епілептиформної активності немає. Реєструються потиличні дельта коливання. Монтаж: Вертекс.

Наступним варіантом і неспецифічним ЕЕГ патерном при порушеннях сну є лобні тета-хвилі, які спостерігаються у 42,9% викладачів. Вони виникають в стані дрімоти і проявляються генералізованими спалахами ритмічних коливань частотою 6-7 Гц з максимумом в лобних відділах.

При гіпервентиляції спостерігається повільна активність у вигляді досить регулярних, синусоїдальних або пилкоподібних (saw-tooth) хвиль, які, в основному, реєструються як спалахи з частотою 1,5-2,5 Гц в лобних відділах однієї або двох півкуль. Їх поява в результаті гіпервентиляції є нормальним феноменом. Спонтанна повільна активність у лобних ділянках може свідчити про неспецифічні ЕЕГ зміни при порушеннях сну (рис. 3.19).

Безсумнівною ЕЕГ ознакою при різноманітних порушеннях сну у 38,2% випадків є варіант повільного фонового альфа-ритму, який визначається як

короткочасне заміщення нормальної частоти альфа-ритму. ЕЕГ ознакою, яка виникає під час неглибокого сну у 67,5% випадків є позитивні потиличні гострі компоненти сну (рис. 3.20).

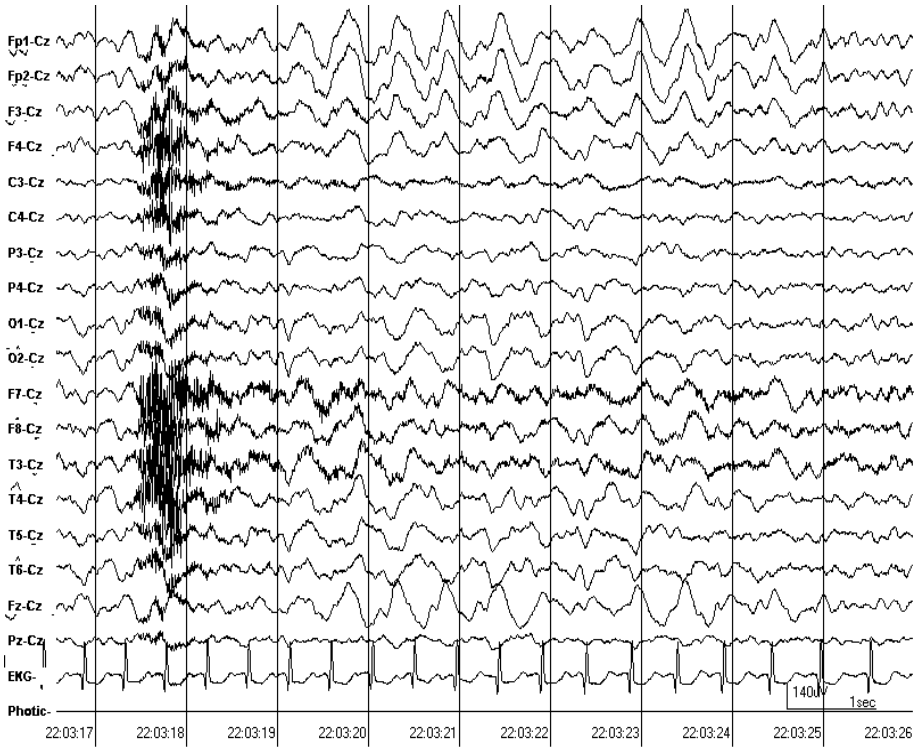


Рис. 3.19. Викладач Д., 60 років. Під час гіпервентиляції реєструються високоамплітудні швидкоплинні дельта коливання по типу спалахів повільної активності у лобних долях. Монтаж: Вертекс.

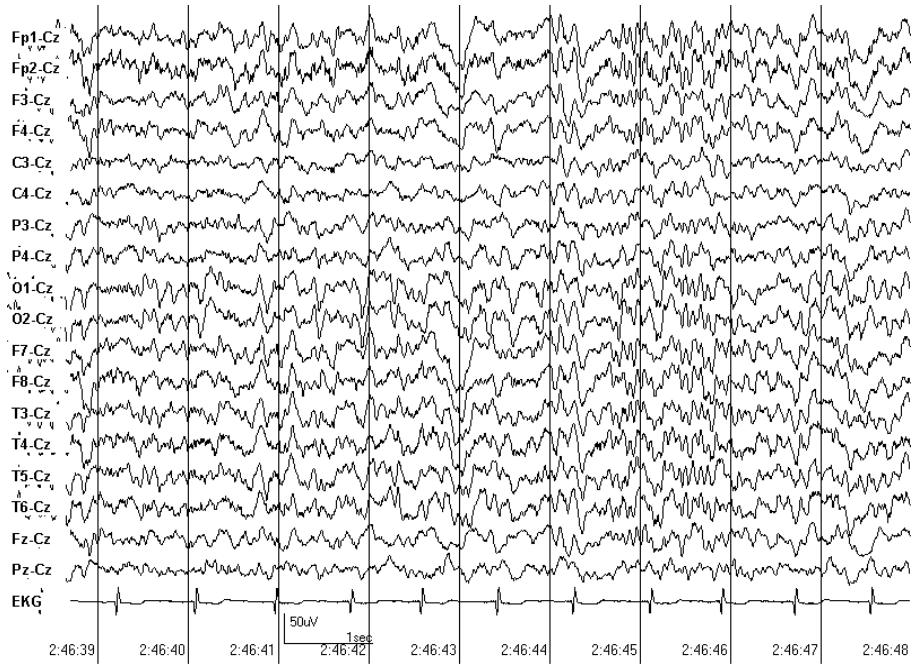


Рис. 3.20. Викладач М., 60 років. Позитивні гострі потиличні потенціали під час сну. Інверсія фази в потиличних відведеннях. Монтаж: Вертекс.

Вертексні хвилі спостерігаються у 57,9% викладачів і виникають спонтанно при безсонні (рис. 3.21).

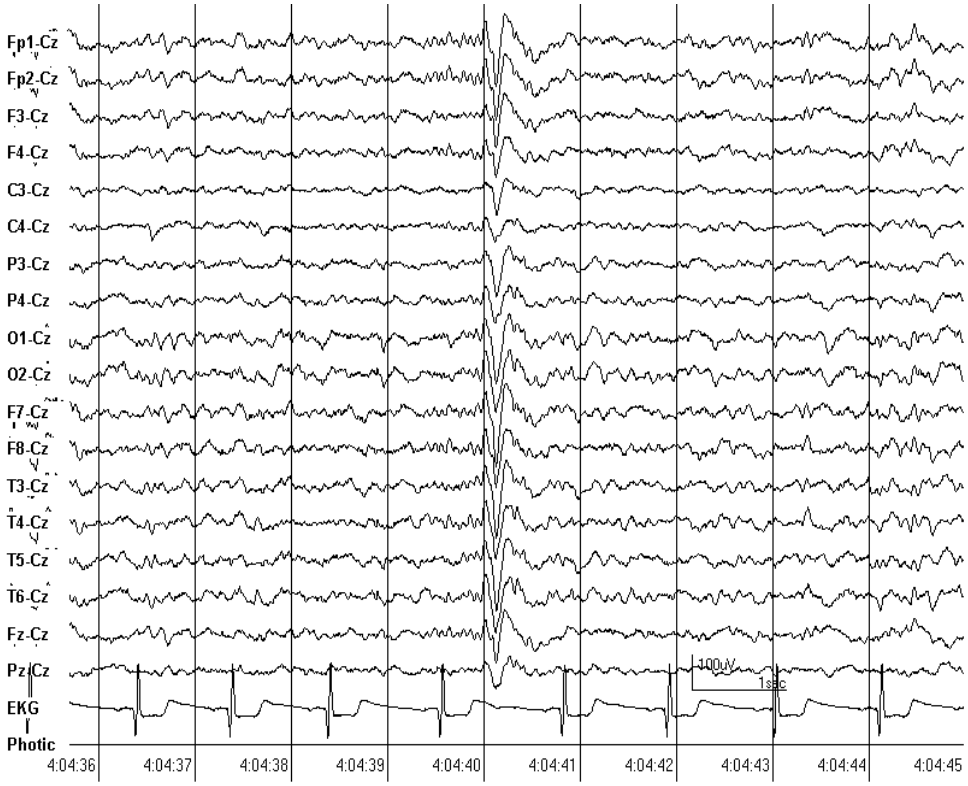


Рис. 3.21. Викладач І., 60 років. Фрагмент запису з вертексними хвилями. Монтаж: Вертекс

У 42,1% ВПВ спостерігаються 6-Гц “фантомні” спайк-хвилі у вигляді комплексів спайк-повільна хвиля.

Вони виникають короткими спалахами білатерально і синхронно, симетрично або асиметрично, з амплітудним переважанням в передніх або задніх областях голови і має велике значення при порушеннях сну.

При СХВ у 58,9% ВПВ виникають ритмічні тета-хвилі, часто з накладенням швидкої активності, які виникають асиметрично в скроневих областях голови.

Отримані результати доводять необхідність пошуку шляхів підвищення рівня СЗ, оптимізації РКА і нормалізації сну, як базового відпочинку у ВПВ.

Поряд з ЕЕГ-показниками відмічено зниження коефіцієнту відновлення (КВ), який становить в середньому 69,1±1,07 ум.од. у чоловіків і 67,9±1,03 ум.од. у жінок, що характеризує поганий нічний сон.

Висновки до третього розділу

1. Для ВПВ характерний низький рівень рекреаційної поведінки, спрямованої на збереження і зміцнення СЗ. Всі опитані ВПВ усвідомлювали цінність власного СЗ, але не здійснювали заходів для його збереження і зміцнення.

2. 74,0% опитаних ВПВ мали високий рівень готовності до підвищення рівня РКА, від 6,7 до 12,2% мають високий рівень інтересу до засобів ФРК, 15,6% – 25,6% опитаних мали середній рівень. Низький рівень інтересу до ФРК був виявлений від 10,3 до 17,8% відповідно викладачів 56 і 65 років. З віком спостерігається його поступове зниження, що вказує на низьку мотивацію ВПВ до засобів ФРК.

3. Основними перешкодами до засобів ФРК ВПВ вважали навчальне перевантаження (56,5%), відсутність інтересу (30,3%), фінансові труднощі (23,5%), відсутність належних умов для засобів ФРК (22,8%), необхідних знань для організації самостійних занять (10,8%) та спортивних секцій за інтересами (9,0%). Причому, можна відмітити, що впродовж роботи у ВНЗ, вірогідно збільшувалась кількість ВПВ, у яких відсутність інтересу та поганий стан СЗ були основними серед причин, що заважають займатися ФРК ($p<0,05$). Пріоритетними видами спорту, якими виявили бажання займатися ВПВ були атлетична гімнастика у чоловіків (36,0% опитаних) та ритмічна гімнастика у жінок (34,8% опитаних).

4. 57,4% респондентів мали низький та нижче середнього рівні готовності до РКА, а високого рівня не було виявлено у жодного ВПВ. Найменшу готовність до підвищення рівня РКА мали викладачі у віці 56 років, що сприяло їх залученню для проведення формувального експерименту (25 викладачів з низьким рівнем РКА).

5. У 91,4±4,3% ВПВ добовий бюджет часу складає базовий, сидячий та малий рівень РА, лише 6,6±0,5% – мають середній та у 2,0±0,04% визначався високий рівень РА. Порівнюючи між чоловіками та жінками, дані показники вірогідно не відрізнялися.

6. ПФС ВПВ за результатами проведення психо-фізіологочіних тестів вказує на його низький рівень у 89,2% чоловіків і у 90,1% жінок. Оцінка рівня СЗ за методикою Г. Л. Апанасенка, довела, що у 85,7% чоловіків та 93,3% жінок він знаходиться за межами безпечного рівня (низький і нижче середнього рівні СЗ). При цьому у 95,7% ВПВ спостерігаються суб'єктивні та об'єктивні ЕЕГ-ознаки порушення сну.

Результати досліджень, що наведені в цьому розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Федорюк О. В. Рухова активність жінок-викладачів вищих навчальних закладів третього періоду зрілого віку / О. В. Федорюк // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2013. – № 17. – С. 164–168.

2. Федорюк О. Синдром хронічної втоми і базовий відпочинок людей похилого віку / О. Федорюк // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2013. – № 18. – С. 281–287.

3. Федорюк А. В. Рекреационная активность и психофизическое состояние преподавателей высших учебных заведений в возрасте 55-65 лет / А. В. Федорюк // Веснік Мазырскага дзяржаунага педагагічнага універсітэта імя І.П. Шамякіна. – 2014. – Т. 44, № 3. – С. 97–102.

4. Федорюк О. Базовий відпочинок викладачів 50-65 років, як основа їх рекреаційної активності / О. Федорюк // "Педагогічні технології формування культури здоров'я особистості": мат-ли Всеукраїнської наук.-практ. конференції молодих вчених і студентів, 11 квітня 2014 р., м. Чернігів: зб. статей. – Чернігів, 2014. – С. 85–87.

5. Федорюк О. В. Рекреаційно-оздоровча активність та морфо-функціональні показники організму людей 56-65 років / О. В.Федорюк, С. Л.

Попель // “Актуальные проблемы физического воспитания, спорта и туризма”: мат-ли V Міжнародної науково-практичної конференції, 9-11 жовтня 2014 р., м. Мозырь, Білорусія: зб. статей. – Мозырь, 2014. – С. 51–52.

6. Федорюк О. В. Рекреаційна активність та психофізичний стан викладачів вищих навчальних закладів віком 55-65 років / О. В. Федорюк, С. Л. Попель // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2014. – № 20. – С. 97–102.

7. Федорюк О. В. Стиль життя і рекреаційна активність викладачів 50-65 років / О. В. Федорюк, С. Л. Попель // “Молода спортивна наука України”: мат-ли наук.-практ. конф.: зб. статей. – Львів, 2015. – Т. 4, Вип. 19. – С. 136–140.

8. Федорюк О. В. Психо-фізичний стан і рекреаційна активність викладачів вищих навчальних закладів віком 50-65 років / О. В. Федорюк, С. Л. Попель // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – 2015. – Вип. 3К2(57)15. – С. 345–348.

РОЗДІЛ 4
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ І РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

4.1 Зміст програми корекції рекреаційної активності викладачів похилого віку

Передумовами для створення системи корекції РКА ВПВ стали результати констатуючого експерименту, за якими було встановлено, що 72,6% обстежених мали низький і ще 27,4% нижче середнього рівні РКА. При цьому високого рівня не було виявлено у жодного респондента.

У нашому дослідженні модель була зразком цілісної системи корекції РКА, що враховувала взаємодію суб'єктів через внутрішні взаємозв'язки та дала можливість отримати інтегральний результат. Створення програми передбачало врахування сукупності заходів, що здійснювалися згідно з визначеними пріоритетами для досягнення поставлених цілей з використанням необхідних засобів (див. додаток З).

На основі аналізу спеціальної літератури, спостережень та результатів констатуючого експерименту, а також власного досвіду нами була розроблена модель інтегрованої системи корекції РКА ВПВ та її програмне забезпечення (рис. 4.1). У результаті взаємодії групи елементів, поданих на рис. 4.1, утворилися десять таких підсистем: "складові компоненти РКА", "програма корекції РКА", "етапи реалізації даної програми", "форми занять", "методи і методичні прийоми", "принципи", "педагогічні умови", "методики корекції", "критерії оцінювання" та "результати оцінювання".

Системоутворюючими чинниками експериментальної програми, що об'єднували усі підсистеми і компоненти в єдину систему були мета і завдання дослідження, що реалізувалися у процесі корекції РКА ВПВ.



Рис. 4.1. Модель впровадження корекційної програми з підвищення рівня рекреаційної активності ВПВ.

У внутрішній структурі кожної підсистеми встановлений тісний зв'язок між її елементами. Так, у підсистемі змісту, він виражається через послідовність і комплексність корекції РКА, яка об'єднує когнітивний, емоційно-мотиваційний, вольовий та поведінковий компоненти.

Реалізація когнітивного компоненту забезпечується через формування відповідних знань щодо основних складових СЗ, чинників які на нього впливають і сприяють підвищенню рівня обізнаності з сутністю поняття «здоровий спосіб життя», шляхами утвердження його пріоритетів та критеріями і показниками самооцінки власного СЗ. Для підвищення рівня даного компоненту використовувались такі форми занять як тренінги з формування ЗСЖ, диспути, семінари, міні-лекції, реферування, "круглі столи" тощо.

Емоційно-мотиваційний компонент передбачав виховання позитивного ставлення до власного СЗ та використання засобів ФРК, які сприяють його покращенню, а також наявність мотивів до підвищення рівня РКА.

Зацікавленість значно підвищує ефективність виконання заходів спрямованих на покращення власного СЗ. Відсутність інтересу вимагає від ВПВ підвищеного прояву вольових зусиль, виконання заходів, спрямованих на зміцнення власного СЗ, стає рутинним, а результати малоефективними [1,2, 26].

При формуванні мотивів у ВПВ щодо підвищення рівня РКА, враховували вихідний рівень ставлення до фізичної культури та власного СЗ, обізнаність та наявність мотивів із питань покращення власного СЗ.

Проведене дослідження довело, що одним із вагомих мотивів, який спонукає ВПВ підвищувати рівень РКА, є прояв інтересу до власного СЗ. Виявлений у 72,6% опитаних низький рівень ставлення до власного СЗ обґрунтував необхідність його підвищення через формування стійкого інтересу до рекреаційних заходів, що спрямовані на покращення власного СЗ. Це спонукало до розроблення заходів спрямованих забезпечити відповідний рівень знань, практичних умінь і навиків, щодо покращення власного СЗ та відчуття емоційного задоволення від власної здоров'язберігаючої поведінки. В цей перелік ми включили наступні заходи: постановка конкретних завдань, які

викладач може виконати до закінчення робочого дня чи тижня; використання нестандартного обладнання та інвентарю; ознайомлення із різними видами гімнастичних вправ (гігієнічною, ритмічною та спрощеною гімнастикою); проведення фізичних вправ, враховуючи інтереси ВПВ; урізноманітнення способів виконання вправ; використання ігрового і змагального методу на етапі вдосконалення фізичних вправ; проведення регулярного контролю за досягненнями ВПВ (знання, вміння і навички); залучення ВПВ до процесу планування самостійних занять та самоконтролю за станом СЗ (ведення щоденника самоконтролю); приділення особливої уваги невстигаючим людям похилого віку (визначення причини невдач, переконання ВПВ у своїх силах, заохочення і відзначення навіть найменших успіхів); активація пізнавальної діяльності шляхом причинно-наслідкових зв’язків.

У процесі формування інтересу ВПВ до власного СЗ використовували словесні, наочні, практичні та евристичні методи (стимулювання, прогнозування).

Для участі у формувальному експерименті було обрано 25 респондентів, які виявили бажання займатися за програмою підвищення рівня РКА. Їх було поділено на дві групи: експериментальна група (ЕГ, n=25), із якими впродовж року застосовувались рекреаційні засоби за розробленою програмою (див. рис. 4.1). До контрольної групи (КГ), ввійшли 25 ВПВ, які залучалися до рекреаційних заходів в межах пропозицій профспілки навчального закладу.

Для підвищення рівня інтересу у ВПВ враховували їх побажання щодо вибору адаптованих до віку рухливих ігор і видів спорту. Так, за результатами анкетного опитування (додаток Б.3), 34,2% викладачів чоловічої статі виявили бажання займатися атлетичною гімнастикою, 27,1% опитаних – мініфутболом, 22,5% – оздоровчим бігом; 10,7% – різними видами єдиноборств, 39,3% – плаванням, 27,4% – адаптованими іграми (волейбол, баскетбол), 15,8% – пішохідним туризмом; 37,6% – настільним тенісом. До популярних видів РА серед жінок були віднесені ритмічна гімнастика (33,1%), плавання (27,1%),

оздоровчий біг (22,3%), оздоровчий фітнес (32,5%), адаптовані ігри (12,4 %) , туризм (18,4%), настільний теніс (6,7%).

Пізнавальний інтерес проявлявся у запитаннях респондентів, які свідчили про намагання осягнути причинно-наслідкові зв'язки у рухових діях, зрозуміти значення фізичних вправ у житті людини похилого віку, освоїти правила користування засобами фізичної культури з метою покращення стану СЗ.

Емоційні прояви виражалися у позитивному ставленні до власного СЗ та ФРК, позитивних переживаннях у процесі занять. Проведені спостереження засвідчили, що позитивні емоції спонукали ВПВ до пошуку шляхів зміцнення СЗ, а інтерес до власного СЗ та ФРК стали передумовами підвищення рівня РКА.

Корекція вольового компоненту передбачала підготовку ВПВ до самовдосконалення, виховання наполегливості і цілеспрямованості до виконання поставлених завдань та відповідальності за власне СЗ й готовності до активних дій щодо його покращення.

Відомо, що вольове зусилля починається з усвідомлення мети і прагнення до неї, яке стає дієвим, перетворюючись на бажання. Самовдосконалення полягає у здатності особистості керуватися у своїх діях загальними і стійкими цілями, зумовленими її твердими переконаннями й намірами. Проведені спостереження засвідчили, що відсутність мети звільняє суб'єкта від відповідальності за власний стан СЗ. Одним із проявів самовдосконалення був рівень мотивації, тобто орієнтація людини на прагнення до покращення власного стану СЗ. Для виховання цієї якості у ВПВ визначали рівень їх СЗ та РА і пропонували самостійно розробити комплекси ранкової гігієнічної гімнастики з метою підвищення їх рівня.

Для підвищення інтересу ВПВ до самовдосконалення, у авторській програмі передбачили проведення диспутів, "круглих столів", "відвертих розмов", тренінгів із різних питань підвищення рівня РКА. Під час виховання наполегливості вивчали її сутність, що враховує уміння активно діяти, переборюючи труднощі, енергійно добиватися мети. Виховуючи

наполегливість, проводили факультативні заняття з полегшеної ритмічної гімнастики і самостійні заняття за системою М. Амосова [34]. У роботі, яку здійснювали за розробленою програмою, систематично посилювали вольову поведінку шляхом похвали, позитивної оцінки, висловлювання надії на кращу поведінку, створювали умови для самоствердження, самореалізації та самовираження при виконанні конкретних вправ. При вихованні вольових якостей враховували дію негативних чинників, низький рівень вимогливості та інтересів ВПВ у впровадженні рекреаційних заходів.

Ставлення ВПВ до фізичної культури та власного СЗ виховували на основі достатнього обсягу знань, практичних умінь, передбачених розробленою програмою, а цілеспрямована самостійна робота ВПВ засвідчувала про їх готовність до активних дій щодо підвищення рівня РКА.

Корекція поведінкового компоненту передбачала практичні дії, спрямовані на підвищення рівня РКА та СЗ ВПВ, нехтування шкідливими звичками, вміння здійснювати самоконтроль за станом СЗ та дбати про його покращення; уміння розробляти і використовувати форми і методи ФРК.

Формуванню даного компонента слугувало підвищення рівня РКА ВПВ, шляхом залучення їх до систематичних занять спрощеною гімнастикою, виконання комплексів гігієнічної гімнастики у поєднанні із загартовуючими процедурами, самостійних оздоровчих занять за системою Г.С. Беляєва і співав. [17], покращення стану їх СЗ під впливом вище перерахованих занять та відмови від шкідливих звичок. Ведення щоденника самоспостереження сприяло формуванню у ВПВ уміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА.

Для підвищення рівня поведінкового компоненту використовували, крім словесних і наочних, також і практичні методи, а саме: сувору регламентацію вправ (безперервну і перервну), ігровий та змагальний.

Усі складові компоненти РКА реалізовували через програму її корекції. Зміст програми передбачав вивчення сучасних методів і форм ФРК, ознайомлення з основними факторами впливу на спосіб життя ВПВ,

формування у ВПВ власних навичок та вміння впроваджувати ідеї ФРК у щоденне життя.

Доцільність впровадження програми обумовлена, з однієї сторони, надзвичайною актуальністю в Україні проблеми індивідуального і суспільного СЗ, з іншої – актуальністю виховання у викладачів позитивного сприйняття необхідності впровадження заходів ФРК для збереження високого рівня СЗ []. У свою чергу, таке ставлення і розуміння цінності особистого і громадського СЗ сприятиме формуванню особистісної готовності до здоров'я зберігаючої поведінки ВПВ та використання набутих знань і практичних умінь.

4.2 Перевірка ефективності програми корекції рівня рекреаційної активності викладачів похилого віку

Ефективність запропонованої програми вивчали шляхом повторного оцінювання рівня РКА ВПВ у представників ЕГ та КГ і порівняння їх з вихідними даними (рис. 4.2).

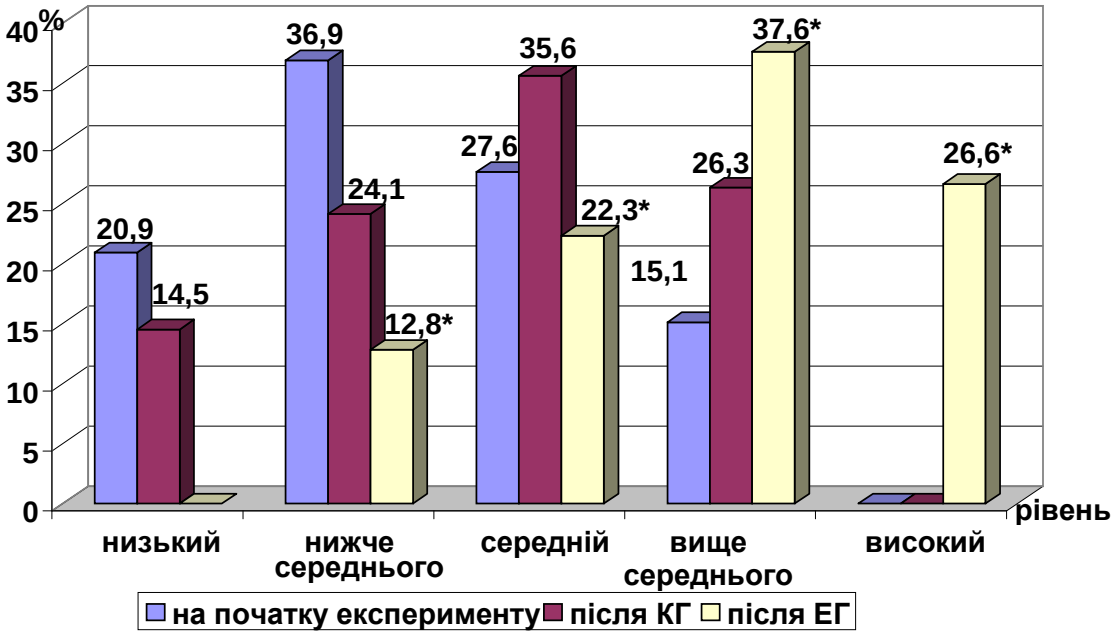


Рис. 4.2. Рівні сформованості компетентності і готовності до підвищення рівня рекреаційної активності у викладачів похилого віку.

Примітка. * – $p<0,01$ (вірогідність різниці показників у порівнянні із такими до початку експерименту та у порівнянні з такими у КГ).

Як видно з наведених на рис. 4.2 показників, після впровадження програми корекції рівня РКА 26,6% ВПВ ЕГ мали високий рівень сформованості особистісної компетенції і готовності до підвищення рівня РКА, що вірогідно відрізнялося від такого на початку дослідження і від показників у представників КГ ($p<0,05$). Високого рівня РКА у КГ ВПВ не було виявлено, а у 14,5% випадків він залишився низьким. На 22,8% зросла кількість ВПВ, у яких РКА реєстрували на рівні вище середнього ($p<0,01$). Оцінка кількості ВПВ, у яких відзначалися низький, нижче середнього та середній рівні РКА показала, що серед представників КГ кількість ВПВ, які мали середній рівень збільшилася порівняно з такою до експерименту на 8,0%, що призвело до зменшення осіб із рівнем нижче середнього та низьким відповідно на 12,9% та 6,4%. Необхідно відзначити, що після проведення експерименту у представників ЕГ не було зареєстровано ВПВ із низьким рівнем РКА, а серед ВПВ КГ низький рівень був виявлений у 14,3±1,09% обстежених, що вірогідно не відрізнялося від такого показника на початку експерименту. Результати оцінки показників компонентів РКА у ВПВ ЕГ наведені на рис. 4.3.

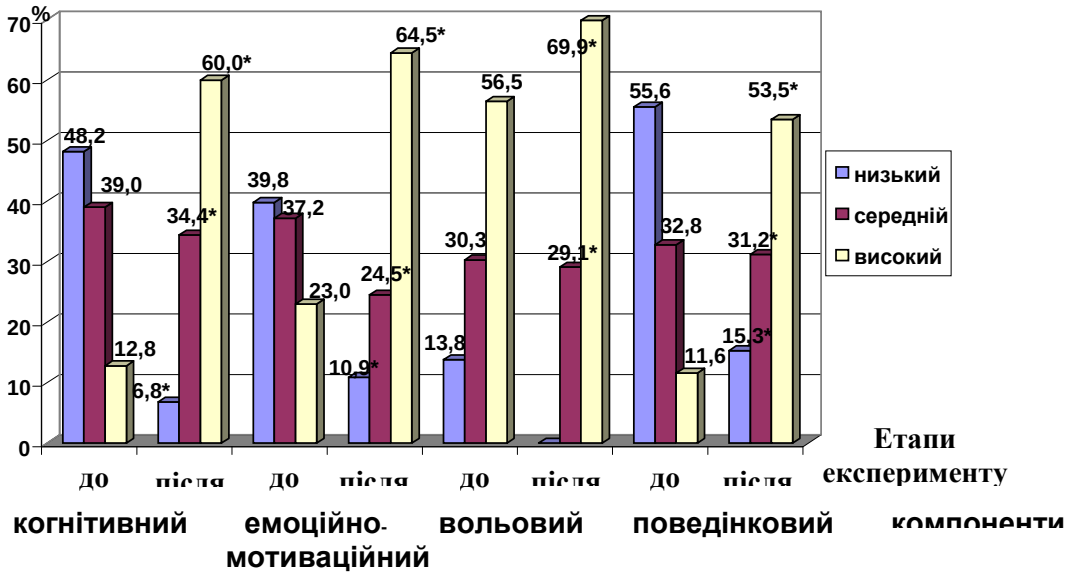


Рис. 4.3. Рівні сформованості компонентів рекреаційної активності у викладачів експериментальної групи.

Примітка. * – $p<0,01$ (вірогідність різниці показників у порівнянні із такими до початку експерименту).

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що під впливом авторської програми корекції РКА у ВПВ ЕГ відбулися вірогідні зміни в рівнях сформованості усіх компонентів особистісної компетентності у порівнянні з показниками на початку експерименту та у порівнянні з такими у КГ ($p<0,05$).

Оцінка рівня сформованості когнітивного компоненту у обстежених ВПВ показала, що у ЕГ кількість ВПВ з високим рівнем сформованості збільшилася у порівнянні з таким на початку обстеження на 47,2% та у порівнянні з таким у КГ 36,2% ($p<0,05$). Зміна кількості ВПВ із високим рівнем когнітивного компоненту, відповідно, обумовила зменшення кількості осіб із його низьким рівнем. Слід відзначити, що у ВПВ КГ низький рівень сформованості когнітивного компоненту вірогідно зменшився у порівнянні з таким на початку обстеження на 26,7% ($p<0,05$) за рахунок збільшення частки ВПВ із середнім рівнем 15,7% ($p<0,05$) (рис. 4.4).

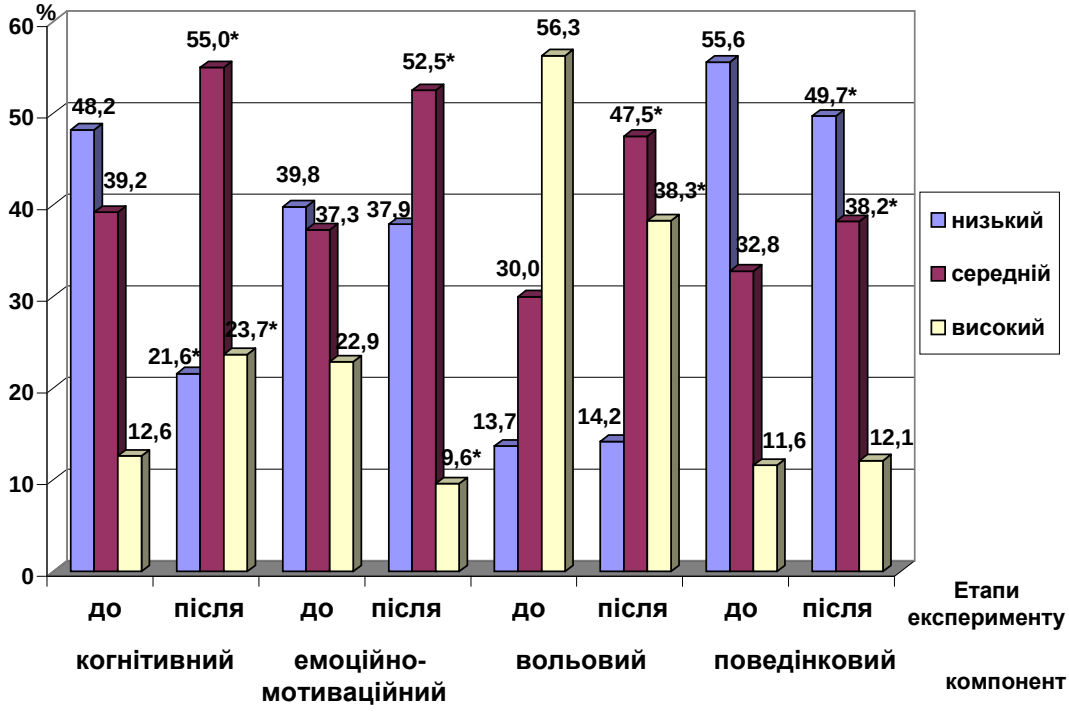


Рис. 4.4. Рівні сформованості компонентів рекреаційної активності у викладачів контрольної групи.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників, у порівнянні із такими до початку експерименту).

Також було встановлено, що частка ВПВ ЕГ, у яких до впровадження системи корекції РКА реєструвався низький рівень когнітивного компоненту, вірогідно зменшилась на 41,4%, що також було вірогідно меншим за такий показник у КГ після експерименту на 5,9% ($p<0,05$).

Необхідно відмітити, що після проведення експерименту кількість ВПВ у КГ, які мали високий рівень сформованості емоційно-мотиваційного компоненту зменшилася, у порівнянні з такою до впровадження програми у 2,4 разів, що доводить неспроможність традиційної програми з ФРК у викладачів ВНЗ та підвищення у них мотивації до підвищення рівня РКА.

Аналогічними були зміни показників сформованості вольового компоненту РКА. Кількість ВПВ ЕГ, у яких після експерименту виявися високий рівень його сформованості вірогідно зросла, у порівнянні з таким показником на початку експерименту на 33,2% ($p<0,05$) та у порівнянні з таким у КГ на 14,7% ($p<0,05$). Кількість ВПВ ЕГ, у яких після проведення експерименту був зареєстрований високий рівень сформованості поведінкового компоненту РКА, була більшою від такого на початку експерименту, та від такого у КГ майже на 41,8% ($p<0,05$).

Позитивних змін після формувального експерименту набули також показники ставлення до власного СЗ та сформованість вміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА. Порівнюючи показники високого рівня ставлення ВПВ ЕГ до власного СЗ до експерименту з такими після впровадження авторської програми корекції РКА виявлено його збільшення на 54,1% ($p<0,05$). У ВПВ КГ змін даного показника не відбулося: різниця становить тільки 2,4% ($p>0,05$). Зміни у рівнях ставлення ВПВ до власного СЗ, які відбулися під впливом авторської програми корекції РКА, подано на рис.4.5. Отримані результати доводять, що у ВПВ ЕГ на 45,4% ($p<0,05$) покращилося ставлення до власного СЗ, яке відповідало високому рівню, а у ВПВ КГ тільки на 21,7% ($p>0,05$). Застосування експериментальної програми корекції призвело до позитивних змін показника сформованості вміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА (рис. 4.6).

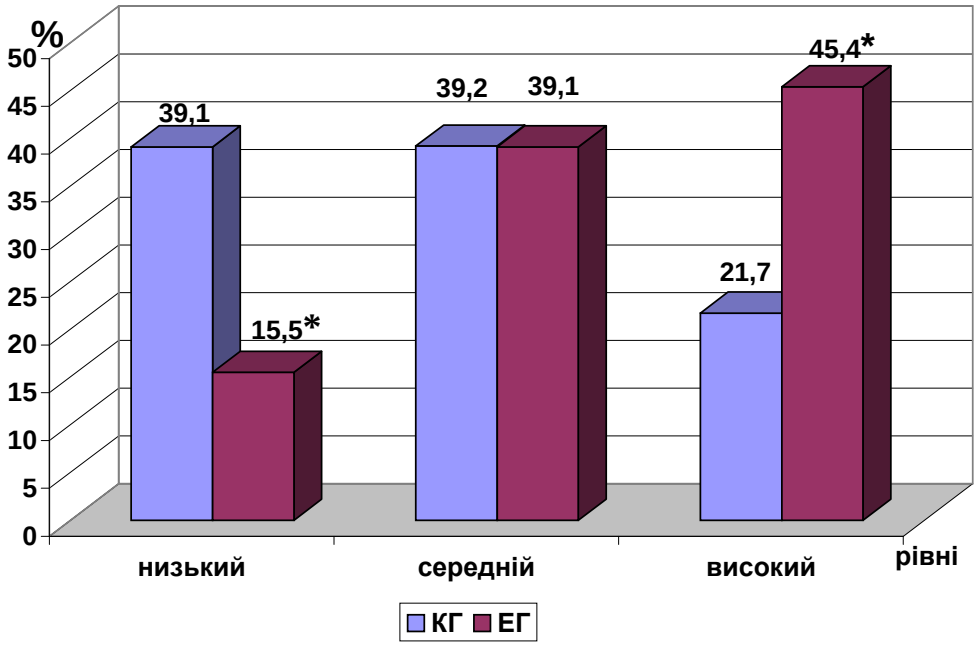


Рис. 4.5. Показники рівня ставлення викладачів похилого віку до власного соматичного здоров'я після експерименту.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників, у порівнянні із такими у КГ).

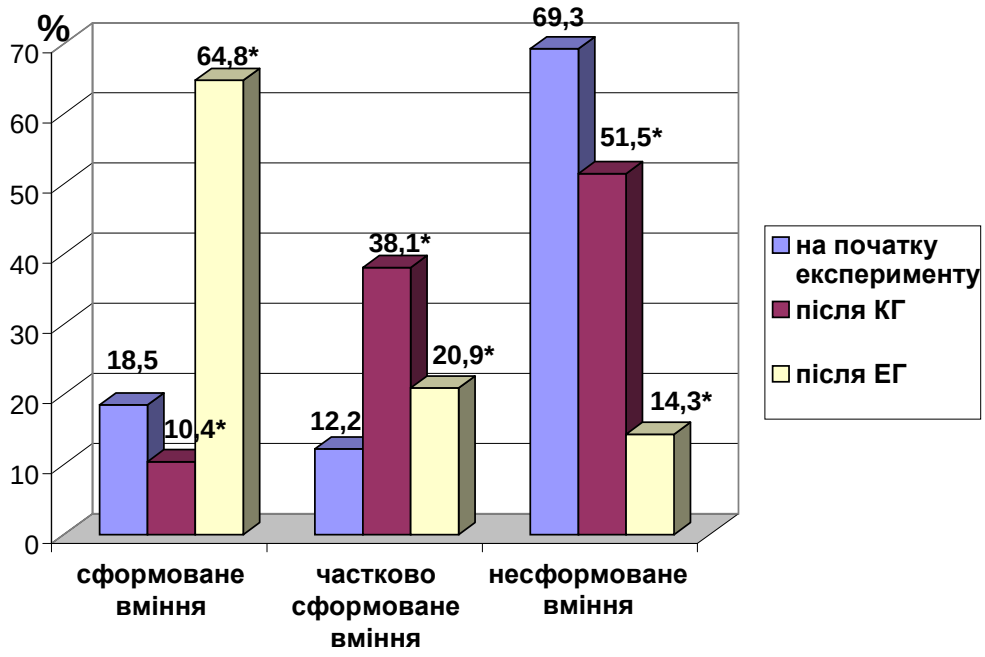


Рис. 4.6. Зміни показників вміння планувати діяльність щодо рекреаційної активності (після експерименту).

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників, у порівнянні із такими до початку експерименту та у порівнянні з такими у КГ).

Так, у викладачів ЕГ значення цього показника вірогідно зросло до 64,8%, у порівнянні з таким до експерименту і було зареєстроване у 20 осіб ($p<0,05$). Значення цього показника у викладачів КГ зменшилося до 10,4% і реєструвалося у 12 осіб, що було вірогідно нижчим від такого в ЕГ ($p<0,05$).

Результати дослідження рівнів РА у обстежуваних ВПВ наведені у табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Показники рівня РА після проведення експерименту (M±m**)**

Рівні РА		До експерименту, n=50	Після експерименту	
			КГ, n=25	ЕГ, n=25
Базовий	год	8,6±0,24	8,7±0,41	7,6±0,22
	ІФА	8,6±0,22	8,8±0,32	7,7±0,24
Сидячий	год	5,1±0,15	5,3±0,21	3,9±0,11*•
	ІФА	5,7±0,17	5,9±0,31	4,4±0,18*•
Малий	год	8,0±0,33	7,9±0,43	8,0±0,35
	ІФА	12,0±0,62	11,9±0,73	12,1±0,79
Середній	год	1,8±0,06	1,5±0,07	3,1±0,15*•
	ІФА	4,3±0,15	3,5±0,15	7,4±0,32*•
Високий	год	0,48±0,04	0,45±0,03	1,2±0,04*•
	ІФА	2,37±0,11	2,2±0,12	6,0±0,46
ІФАд		32,9±1,23	32,4±1,22	37,5±1,51

Примітки: 1. * – $P<0,05$ (вірогідність різниці показників порівняно з такими до експерименту);

2. • – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників ЕГ порівняно з такими у КГ);

3. ІФА – індекс фізичної активності.

Як свідчать подані результати під впливом експериментальної програми корекції РКА на 30,7% знизився сидячий рівень РА ($p<0,05$). Крім цього, на 41,9% і 40,3% збільшився час проведений ВПВ відповідно на середньому і високому рівні РА ($p<0,05$). Також на 8,7% зріс ІФАд у ВПВ ЕГ в порівнянні з результатами до експерименту та таким показником у КГ ($p<0,05$).

Структура добової РА викладачів похилого віку ЕГ і КГ після формувального експерименту подана на рис. 4.7.

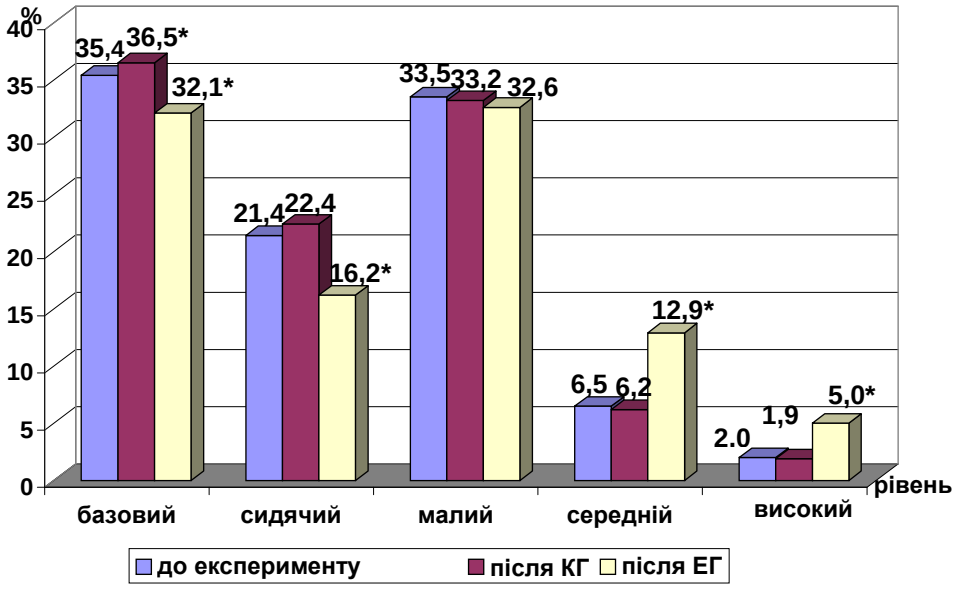


Рис. 4.7. Структура добової рухової активності викладачів ЕГ і КГ після формувального експерименту.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників, у порівнянні із такими на початку експерименту та у порівнянні з такими у КГ).

Середні значення кількості ВПВ із базовим та малим рівнями РА вірогідно не змінилися як у порівнянні з такими показниками на початку експерименту, так і порівняно з КГ ($p>0,05$). Порівняння частки сидячого рівня РА у добовому бюджеті часу ВПВ показало, що після експерименту цей показник вірогідно зменшився на 16,1±0,73% ($p<0,05$), що також вірогідно відрізнялося від такого у КГ ($p<0,05$).

Зменшення частки базового і сидячого рівнів РА після проведення експерименту зумовило вірогідне її зростання на середньому та високому рівнях у добовому бюджеті часу ВПВ ЕГ. Так, частка середнього рівня РА після проведення експерименту у ЕГ вірогідно збільшилася, у порівнянні із такою у КГ, більше, ніж у 2 рази і становила 12,9% ($p<0,05$). Кількість ВПВ із високим рівнем РА, зареєстрована після проведення експерименту, у ЕГ збільшилася майже в 2,5 рази і становила 5,0% добового бюджету ВПВ, що вірогідно відрізнялося від таких показників як на початку експерименту, так і у КГ ($p<0,05$).

Оцінка показників СЗ показала, що середнє значення ІМТ в ЕГ вірогідно зменшилося на 27,4% у чоловіків і на 27,1% у жінок ($p<0,05$). Значення отриманих показників ІМТ оцінювалися як "середній", а показники, отримані до проведення експерименту, трактувалися як "вище середнього". Отримані показники також вірогідно відрізнялися від таких у викладачів КГ (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Зміни у показниках СЗ ВПВ після проведення експерименту, (M±m)

Показники	Стать	До (n=50), ♀=23, ♂=27	Після експерименту	
			КГ (n=25), ♀=10, ♂=15	ЕГ (n=25), ♀=11, ♂=14
Індекс маси тіла, кг/м²	♂	30,1±0,85	30,7±0,33	22,3±0,85*♦
	♀	30,9±0,77	31,6±0,36	23,1±0,77*♦
Життєвий індекс, мл/кг	♂	54,9±1,23	54,6±1,42	61,1±1,43*♦
	♀	42,1±0,93	44,5±1,17	59,8±1,26*♦
Силовий індекс, %	♂	68,9±1,27	70,2±1,74	75,1±1,21*♦
	♀	48,9±1,03	48,6±1,54	52,1±1,15*♦
Індекс Робінсона, ум. од.	♂	88,1±1,63	89,4±2,12	76,9±1,73*♦
	♀	93,1±1,91	91,2±2,06	83,0±2,23*♦
Проба Мартіне, хв.	♂	5,5±0,07	5,6±0,04	3,7±0,02*♦
	♀	5,7±0,05	5,8±0,05	3,9±0,01*♦

Примітка: 1. * – вірогідність різниці показників порівняно з такими до експерименту;

2. ♦ – вірогідність різниці показників порівняно з такими у КГ.

Вірогідні зміни були відзначені в оцінці життєвого індексу (ЖІ). Так, зареєстровані на початку експерименту середні значення ЖІ як у чоловіків, так і у жінок трактувалися як "нижче середнього". Після проведення експерименту отримані показники у ВПВ ЕГ були вірогідно більші від таких на початку ($p<0,05$), та від таких у ВПВ КГ ($p<0,05$) і трактувалися як "вище середнього".

Оцінка результатів обчислення силового індексу показала, що до початку експерименту його середні значення як у чоловіків, так і у жінок розцінювалися як "нижче середнього". Впроваджена нами система забезпечила вірогідне зростання даного показника у ЕГ, яке у чоловіків встановилося на рівні 74,9%, було вірогідно більшим від такого у чоловіків КГ і трактувалося як "вище

середнього” ($p<0,05$). У жінок ЕГ, після експерименту середнє значення силового індексу також вірогідно збільшилося, у порівнянні з таким на початку, і складало 52,1±2,17% ($p<0,05$), відрізнялося від такого у викладачок КГ ($p<0,05$).

Результати обчислення індексу Робінсона показали, що на початку проведення експерименту його середнє значення у чоловіків трактувалося як “середнє”, а у жінок – як “нижче середнього”. Після повторного дослідження було виявлено, що середні значення даного показника вірогідно зменшилися у порівнянні з такими до початку експерименту на 14,6% ($p<0,05$) у чоловіків і на 12,2% ($p<0,05$) у жінок.

Оцінка результатів проби Мартіне показала, що середнє значення часу відновлення після 20 присідань за 30 с зменшується на 14,0% у чоловіків, а у жінок на 21,7% ($p<0,05$), що також було вірогідно меншим за такий до початку експерименту та за такий у КГ ($p<0,05$).

Результати оцінки рівнів СЗ у ВПВ після проведення експерименту наведено на рис. 4.8 та рис. 4.9. Як видно з наведених показників, частка ВПВ ЕГ, у яких було зареєстровано низький рівень СЗ вірогідно зменшилася на 15,0% у чоловіків і на 18,3% у жінок ($p<0,05$). На 12,0% зменшується також частка чоловіків з нижче середнього рівнем СЗ і на 9,5% серед жінок ($p<0,05$). Вірогідне зменшення частки ВПВ із зареєстрованими низьким та нижче середнього рівнями СЗ обумовило зростання на 14,7% чоловіків із середнім рівнем СЗ ($p<0,05$) і на 21,2% серед жінок ($p<0,05$). Впровадження авторської програми корекції РКА призвело до покращення рівня СЗ у ВПВ ЕГ, що підтверджується зареєстрованою кількістю осіб із високим його рівнем (9,1% серед чоловіків та 4,3% серед жінок). У КГ таких ВПВ не було виявлено.

Таким чином, впровадження запропонованої системи корекції РКА, як показав педагогічний експеримент, вірогідно підвищує її рівень, покращує ставлення ВПВ до власного СЗ та вміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА, підвищує рівні РА та СЗ ВПВ, що свідчить про її дієвість та ефективність.

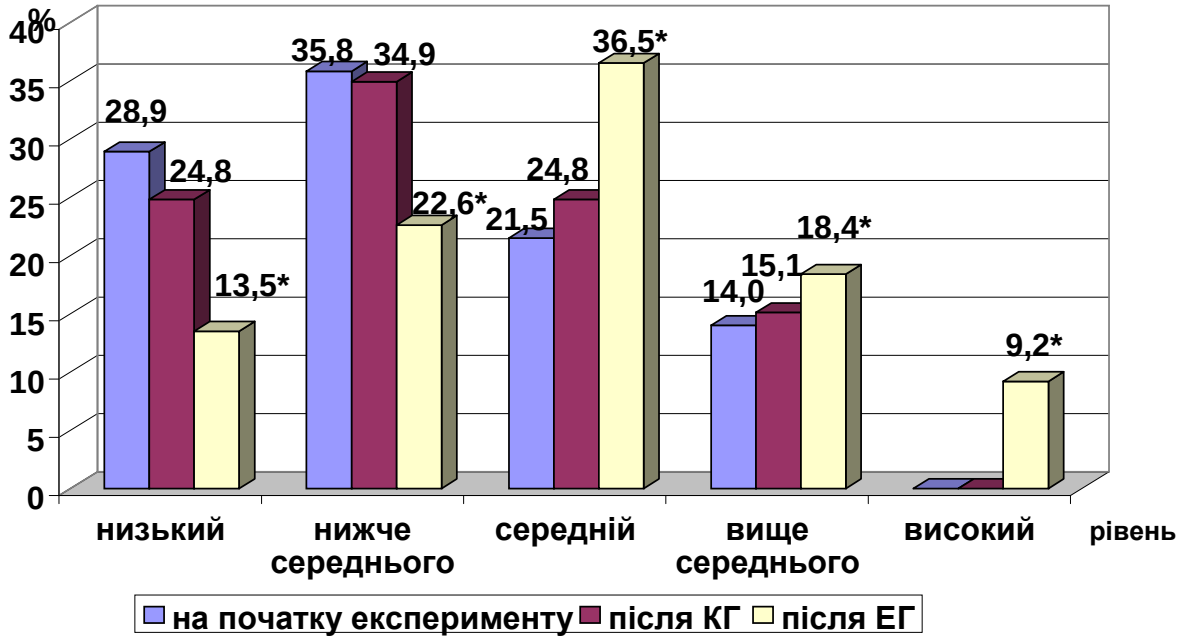


Рис. 4.8. Рівні соматичного здоров'я чоловіків 61-65 років після експерименту.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників у порівнянні з такими до експерименту та у порівнянні з такими у КГ).

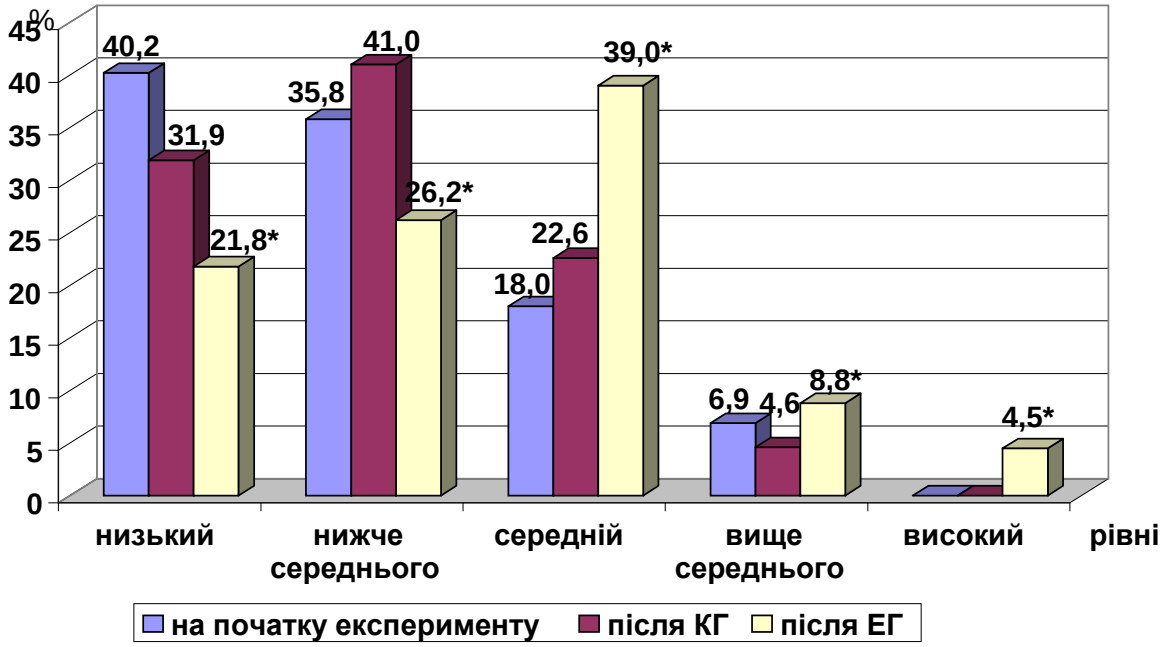


Рис. 4.9. Рівні соматичного здоров'я жінок 56-60 років після експерименту.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників у порівнянні з такими до експерименту та у порівнянні з такими у КГ).

4.3 Оцінка взаємозв'язків компонентів рекреаційної активності людей похилого віку та рівнем соматичного здоров'я і рухової активності

В ході формувального етапу експерименту був проведений кореляційний аналіз між елементами РКА із метою визначення залежності і характеру взаємозв'язку між ними (рис. 4.10).

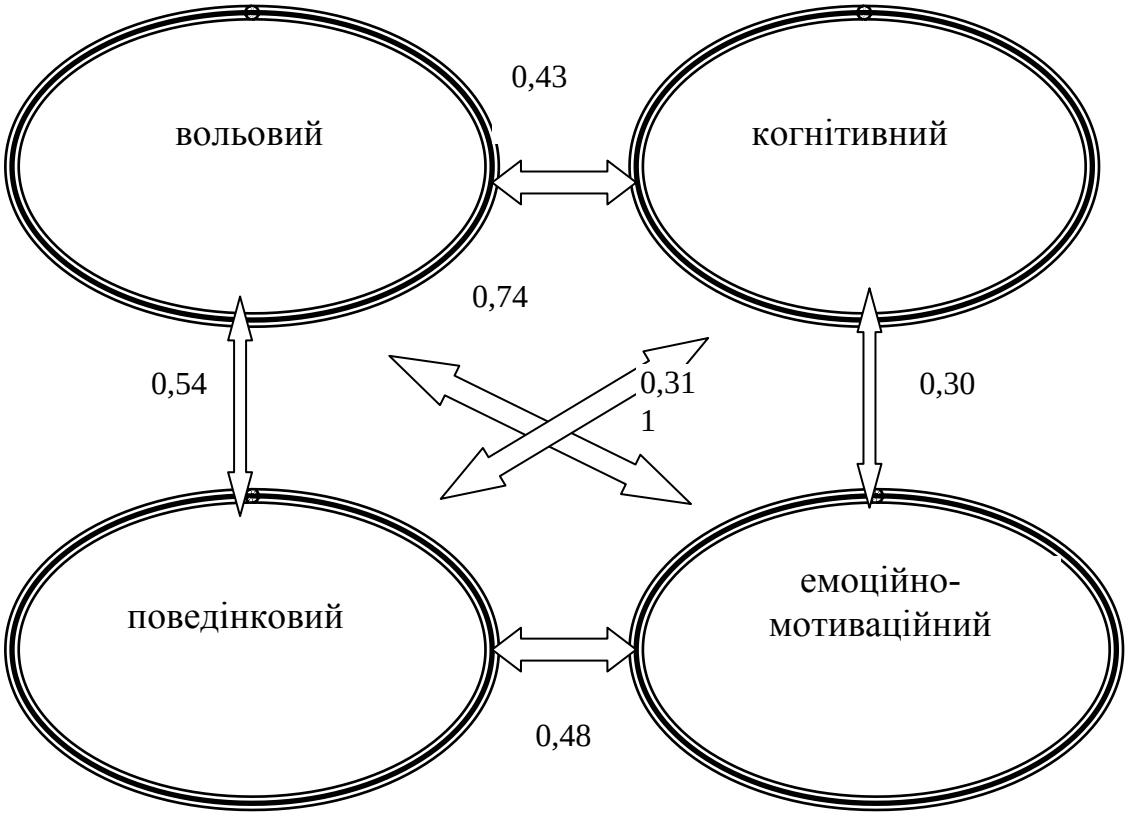


Рис. 4.10. Кореляційні зв'язки між компонентами рекреаційної активності у викладачів експериментальної групи після впровадження програми корекції психо-фізіологічного стану.

Згідно отриманих результатів всі компоненти РКА як у чоловіків, так і у жінок ЕГ мають прямий, середньої сили кореляційний зв'язок. Середнє значення коефіцієнта кореляції між елементами РКА становило r=0,46 (p<0,01). Необхідно відзначити, що між емоційно-мотиваційним і вольовим компонентами РКА був виявлений прямий сильний кореляційний зв'язок (r=0,74; p<0,01), а між вольовим і поведінковим компонентами (r=0,54 при

$p<0,01$) та емоційно-мотиваційним і поведінковим ($r=0,48$ при $p<0,05$) компонентами існував прямий, середньої сили кореляційний зв'язок.

Отримані результати підтверджують наукові дані про інтегративний характер сутності компетентності. Прямим, слабкої сили виявився кореляційний зв'язок між емоційно-мотиваційним та когнітивним компонентами ($r=0,30$ при $p<0,05$) та когнітивним і поведінковим компонентами ($r=0,31$ при $p<0,05$). Порівняння напряму та сили кореляційних зв'язків між компонентами РКА ВПВ ЕГ та КГ наведене у табл. 4.3.

Таблиця 4.3

Взаємозв'язки між компонентами особистісної компетентності

Компоненти		Вольовий	Когнітивний	Поведінковий	Емоційно-мотиваційний
Вольовий	КГ				
	ЕГ				
Когнітивний	КГ	0,25			
	ЕГ	0,44			
Поведінковий	КГ	0,20	0,24		
	ЕГ	0,56*	0,30		
Емоційно-мотиваційний	КГ	0,32	0,18	0,16	
	ЕГ	0,74*	0,29	0,48*	
Середнє значення	КГ	0,23±0,01			
	ЕГ	0,48±0,06			

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці кореляційних зв'язків між компонентами рекреаційної активності викладачів похилого віку експериментальної і контрольної групи.

Як видно з наведених у табл. 4.3. показників, напрям взаємозв'язку між компонентами РКА був однаковий (прямий взаємозв'язок), проте у ВПВ КГ він був слабкий – значення коефіцієнту кореляції коливається в межах від 0,17 до 0,32. Оцінка середніх значень підтвердила, що сформовані кореляційні взаємозв'язки між компонентами РКА прямі, слабкої сили, а у ВПВ ЕГ – прямі,

середньої сили, що доводить посилення взаємного впливу цих компонентів внаслідок застосування авторської системи корекції.

Таким чином, в результаті проведення експерименту доведено, що інтерес до професійної діяльності в напрямку формування високого рівня РКА вплинув на потребу викладачів в оволодінні необхідними знаннями та уміннями щодо його проведення, тобто на вольовий та когнітивний компоненти, а наявність прямого середньої сили кореляційного зв'язку між вольовим та поведінковим компонентами РКА ($r=0,56$ при $p<0,05$) свідчив про те, що набуті знання та уміння викликають у ВПВ потребу до поведінкової діяльності.

Отже, для розвитку та вдосконалення поведінкового компоненту РКА у ВПВ необхідно сформувати високий рівень мотиваційно-емоційного компоненту. Даний компонент реалізується через систему заходів з ФРК, через розвиток інтересу до здоров'язберігаючої діяльності.

Високий рівень РКА посилює і направляє пізнавальну та РА у ВПВ, формує потребу у розвитку самостійності та активності в руховій діяльності. Належний рівень когнітивного компоненту РКА може безпосередньо впливати на рівень РА, або опосередковано, за рахунок стимулювання мотивації РА через усвідомлення значимості ФРК.

Для з'ясування взаємозалежності між компонентами РКА та рівнем РА ВПВ був проведений відповідний кореляційний аналіз (рис. 4.11).

На підставі проведених досліджень встановлено, що на зростання рівня РА ВПВ найбільше впливає емоційно-мотиваційний компонент, між якими був виявлений вірогідний прямий сильний кореляційний зв'язок у ВПВ ЕГ ($r=0,74$ у чоловіків та $r=0,77$ у жінок, $p<0,05$). Таким чином, розвиток потреби у руховій діяльності та мотивації РА безпосередньо визначають і рівень самостійності у руховій діяльності.

Як видно з наведених на рис. 4.11 показників, найменшу силу кореляційного взаємозв'язку рівня РА у ВПВ ЕГ було виявлено з когнітивним компонентом РКА ($r=0,32$ та $r=0,29$ ($p<0,05$) у жінок та чоловіків відповідно).

Отримані нами показники узгоджуються з результатами досліджень, проведеними О. О. Момот [138], за якими роль когнітивного компоненту РКА в активації РА визнали провідною тільки 11,2% респондентів.

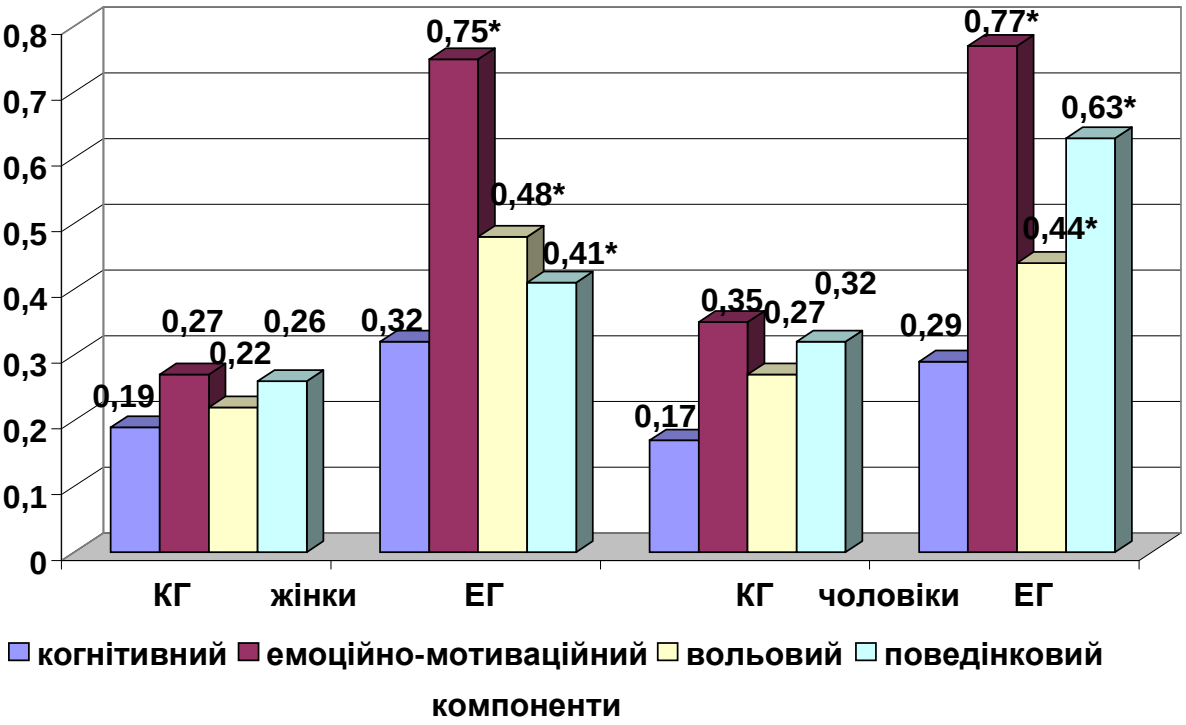


Рис. 4.11. Показники кореляції між рівнями сформованості окремих компонентів рекреаційної активності викладачів похилого віку.

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці коефіцієнта кореляції між показниками компонентів РКА та руховою активністю ВПВ ЕГ і КГ).

Отримане значення коефіцієнта кореляції між руховою активністю і вольовим компонентом у ВПВ ЕГ ($r=0,44$ та $r=0,43$ ($p<0,05$) у жінок та чоловіків відповідно) узгоджується з результатами наукового пошуку В. Кабаєвої [75], за якими провідну роль даного компоненту у визначенні рівня РА назвали тільки 16,0% опитаних.

Отримані значення коефіцієнту кореляції поведінкового компоненту з руховою активністю засвідчили, що у жінок рівень сформованості поведінкового компоненту має менший вплив на РА ($r=0,41$; $p<0,05$) порівняно з чоловіками ($r=0,64$; $p<0,05$).

Дані про величину загальних коефіцієнтів точності (КТ) та продуктивності (КП) розумової роботи у викладачів двох груп до і після експерименту представлені в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

Середні показники продуктивності розумової працездатності у викладачів похилого віку після експеименту(M±m)

Група	Стать, n	До фізичного навантаження		Після одноразового дозованого фізичного навантаження	
		Закреслено знаків	Пропущено знаків	Закреслено знаків	Пропущено знаків
КГ	♀–12	59,0±2,24	24,5±1,31	49,4±1,62*	38,5±1,17*
	♂–10	65,6±2,32	25,1±1,15	49,7±1,83*	39,0±1,14*
ЕГ	♀–11	82,3±3,41	11,4±0,72	77,4±2,16*	18,2±1,04*
	♂–17	85,1±3,23	10,2±0,68	78,2±2,44*	16,6±1,52*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників після фізичного навантаження).

Для визначення стійкості уваги застосовували таблицю Амфімова. На основі кількості переглянутих знаків та кількості помилок визначали точність і продуктивність роботи. За нашими даними середні значення КТ розумової роботи викладачів ЕГ становлять 0,95±0,03 у.о; КП – 1521,1±41,22 ум.од. у жінок і відповідно 0,99±0,02 ум.од. та 1733,5±30,25 ум.од. у чоловіків. Ці дані перевищують показники у викладачів КГ відповідно у жінок на 5,5% і 9,2%, у чоловіків – на 7,6% та 9,4% ($p<0,05$).

Аналіз точності роботи ВПВ різного віку протягом 5 хвилин за таблицею Амфімова свідчить, що після експерименту найкращі результати спостерігаються у чоловіків 60 років з високим рівнем РКА; найгірші

результати стійкості уваги демонструють жінки 65 років незалежно від рівня РКА.

Продуктивність роботи найвища у чоловіків 60 років з високим рівнем РКА, особливо, на першій, третій і четвертій хвилинах роботи. Результати кореляційного аналізу (в середньому r=0,86) вказують на існування високого позитивного взаємозв'язку між фізичною працездатністю і продуктивністю розумової працездатності у ВПВ після експерименту .

Менш тісний (r=0,69), але теж позитивний зв'язок існує між точністю виконання тестів на визначення розумових здібностей і рівнем фізичної працездатності. Коефіцієнт кореляції між точністю і продуктивністю розумової роботи має оберненопропорційний зв'язок (r = -0,75).

На рис. 4. 12 показана зміна значення показників "Стрес-тесту" у ВПВ з різним рівнем РКА після проведення експерименту.

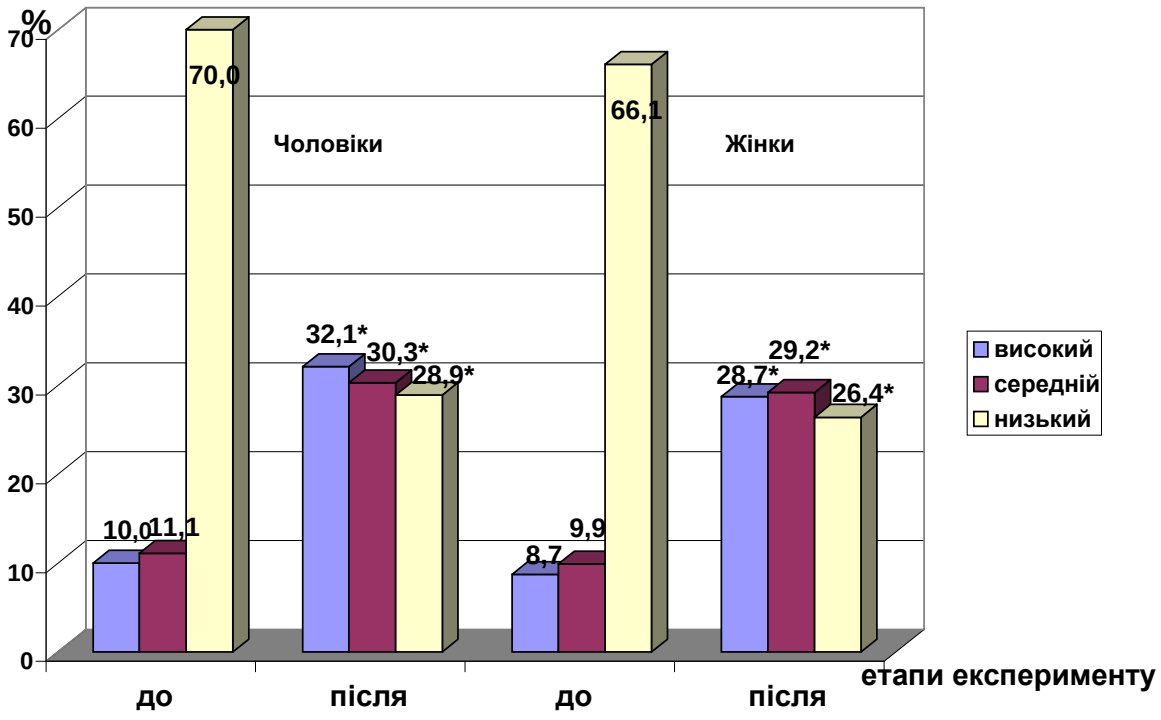


Рис. 4.12. Зміна кількості викладачів похилого віку за рівнем стресостійкості до і після експерименту в залежності від рівня РКА.

Примітка. * – p<0,05 (вірогідність різниці у порівнянні з попереднім етапом експерименту).

Аналіз отриманих даних вказує, що кількість чоловіків з високим рівнем стресостійкості після експерименту зросла на 22,1 %, з середнім – на 19,8 %, при цьому на 41,1 % зменшилась кількість ВПВ з низьким рівнем стресостійкості. У жінок ці показники становлять відповідно 20,0%, 19,3 % та 39,7% ($p<0,05$). Аналіз отриманих даних вказує на тісний прямопропорційний кореляційний зв'язок між рівнем РКА і ступенем стресостійкості як у чоловіків ($r=0,82$), так і у жінок ($r=0,80$). Подібна залежність виявляється відносно взаємозв'язку між рівнем РКА і пропускною здатністю (відповідно $r=0,77$ і $r=0,78$). При цьому між рівнем РКА та імпульсивністю встановлено середній оберненопропорційний зв'язок (відповідно $r=0,64$ і $r=0,61$).

Аналіз даних табл. 4.5 вказує на вірогідні відмінності між групами викладачів з різним рівнем РКА за всіма показниками.

Таблиця 4.5

Кількість викладачів з високим рівнем стресостійкості в залежності від рівня рекреаційної активності до і після експерименту (n=50, %)

Рівень рекреаційної активності / Показники		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
		Чоловіки			Жінки		
Продуктивність	до	8,9	50,2	17,3	11,2	48,1	10,8
	після	15,5*	67,2	40,9*	20,4*	68,8	40,7*
Швидкість	до	9,3	45,8	9,5	7,8	46,9	5,7
	після	11,1	79,4*	44,9*	15,6	78,7*	45,3*
Точність	до	6,8	52,7	19,1	7,4	50,6	15,7
	після	19,4*	61,5	40,5*	21,2*	63,1	42,0*
Ефективність	до	12,5	53,7	16,6	14,7	56,1	14,1
	після	17,3	66,1	33,8*	18,6	67,3	30,2*

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці порівняно з викладачами контрольної групи).

Наявність вірогідних відмінностей за показниками продуктивності,

точності та ефективності за результатами тесту “Встановлення закономірностей” свідчить про високий кореляційни взаємозв’язок (r=0,82) між ними і рівнем РКА, а також про більш досконалу систему сприйняття й переробки інформації у викладачів з високим рівнем стресостійкості.

Враховуючи, що показник точності співвідноситься з функцією уваги, очевидно, що у ВПВ з високим рівнем стресостійкості спостерігається більш досконалий прояв концентрації уваги під час виконання когнітивного завдання. Відповідно показники ефективності та продуктивності відображають характер операційного мислення у ВПВ. Можна зробити висновок, що у викладачів з високим рівнем стресостійкості спостерігається більш якісний прояв операційного мислення під час виконання завдання з вербальними подразниками. У табл. 4.6 наведені середні значення показників кольороасоціативного тесту “Люшера” у ВПВ.

Таблиця 4.6

Середні значення показників тесту “Люшера” у викладачів з різним рівнем рекреаційної активності після експерименту (n=50)

Показники \ Рівень рекреаційної активності		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
		Чоловіки			Жінки		
Працездатність,%	КГ	70,2	40,1	20,2	70,0	40,0	30,0*
	ЕГ	85,5*	65,3	37,3*	80,4*	68,5	40,8*
Втома, %	КГ	25,1	35,3	63,0	20,0	25,2	50,0*
	ЕГ	11,1*	19,4*	29,5*	15,2	18,7*	35,7*
Тривога, %	КГ	6,8	42,7	40,5	7,4	50,6	42,0
	ЕГ	6,4	21,5*	19,1*	4,2*	23,1*	15,7*
Відхилення від норми, ум. од.	КГ	4,6	12,0	14,2	4,0	11,2	12,6
	ЕГ	3,4	9,4	10,3*	3,2	9,7	9,4*
Ексцентричність, ум. од.	КГ	10,3	7,7	3,8	10,1	6,5	3,4
	ЕГ	10,2	7,5	3,8	10,2	6,7	3,6
Концентричність, ум. од.	КГ	12,0	9,0	7,0	9,9	8,3	6,2
	ЕГ	11,9	9,1	7,0	10,1	8,4	6,3

Примітка. * – $p<0,05$ (вірогідність різниці порівняно з контрольною групою дослідження).

Аналіз табличних даних свідчить про наявність вірогідних відмінностей за показниками тривоги та втоми між групами ВПВ з різним рівнем РКА. Наявність більш високих абсолютних значень тривоги та втоми у ВПВ з високим рівнем стресостійкості свідчить про підвищену психоемоційну напругу. Стійкість до стрес-фактора супроводжується мобілізацією механізмів емоційної напруги, у результаті зростає рівень тривожності і втоми. Показник "відхилення від аутогенної норми" у викладачів з високим і середнім рівнем РКА залишається майже без змін, проте у чоловіків і жінок з низьким рівнем РКА він зменшується відповідно на 35,7% і 31,9% ($p<0,05$), що вказує на поліпшення відчуття комфорту. Таким чином, можна зробити висновок, що у порівнянні з результатами до і після експерименту у викладачів з початковим низьким рівнем РКА підвищується стресостійкість і це позитивно впливає на зниження психоемоційного напруження, тривожності і прояви втоми нервової системи.

За період впровадження програми корекції рівня РКА величини статичного і динамічного тремору значно змінюються (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Показники тесту "Статичний та динамічний тремор" після впровадження програми корекції рекреаційної активності (M±m; n=25)

Рівень рекреаційної активності / Показники	Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
	Чоловіки			Жінки		
Статичний тремор						
Кількість дотиків	3,9± 0,56*	4,0± 0,74*	5,7± 0,61	4,9± 0,75*	5,1± 0,80	5,6± 0,98
Динамічний тремор						
Кількість дотиків	6,1± 0,41*	6,8± 0,42	7,4± 0,48	8,2± 0,64*	8,7± 0,53	9,3± 0,61
Час, с	12,5± 1,07*	12,6± 1,05	12,7± 1,04	13,1± 0,78*	13,6± 1,08	14,6± 1,16
Коефіцієнт продуктивності	0,76± 0,06*	0,68± 0,04*	0,62± 0,02	0,73± 0,05*	0,64± 0,04	0,60± 0,01

Примітка. * – $p<0,05$ (у порівнянні з контрольною групою дослідження).

Загалом спостерігається тенденція до покращення результатів статичного і динамічного тремору правої руки.

Різниця між показниками статичного тремору після експерименту становить у чоловіків з високим рівнем РКА 42,6%, з середнім – 43,7%, з низьким рівнем РКА – 65,8%, що свідчить про ефективність програми корекції рівня РКА. У жінок ці показники відповідають 44,9%, 45,2% і 41,6% ($p<0,05$).

Аналізуючи результати дослідження до і після експерименту виявлено зменшення кількості дотиків у чоловіків з високим рівнем РКА на 28,2%, з середнім рівнем – на 26,1% і з низьким рівнем РКА – на 30,2% ($p<0,05$). У жінок така різниця становила відповідно 14,5%, 26,3% і 27,9% ($p<0,05$).

Часу на виконання тесту чоловіки з високим рівнем РКА витрачали на 14,4% менше, ніж до експерименту, а чоловіки з середнім та низьким рівнем РКА – відповідно на 17,6% і 21,1% ($p<0,05$). Коефіцієнт продуктивності у чоловіків з високим рівнем РКА збільшується на 40,7%, з середнім – на 28,3% і з низьким рівнем РКА – на 21,6% ($p<0,05$). У жінок ця різниця становить відповідно 37,7%, 23,1% і 27,6% ($p<0,05$).

Результати кореляційного аналізу РКА та рівня соматичного здоров'я наведені на рис 4.13.

Оцінка кореляційного зв'язку між рекреаційною активністю ВПВ до ЗСЖ та рівнем соматичного здоров'я показала, що у ВПВ ЕГ його значення були вірогідно вищими порівняно із показниками КГ ($p<0,05$). Підвищення рівня РКА у ВПВ призводить до покращення суб'єктивних (анкетних) та об'єктивних (ЕЕГ) показників, що свідчить про нормалізацію сну. Так, у порівнянні з КГ, у 67,5% випадків зменшились негативні відповіді щодо порушення засипання, на 39,1% знизилась частота тривожності під час сну, майже половина викладачів (49,8%) відмічають поглиблення сну і ще 43,7% з них вказують на відсутність недомагання чи відчуття важкості після сну.

За данними анкетування 27,9% ВПВ відмовились від вживання снодійних препаратів, а ще 49,2% – суттєво зменшили дозу і частоту їх вживання. Частина

викладачів (38,4%), серед них 68,2% жінок, вказали на збільшення тривалості сну і відсутність періодичних пробуджень.

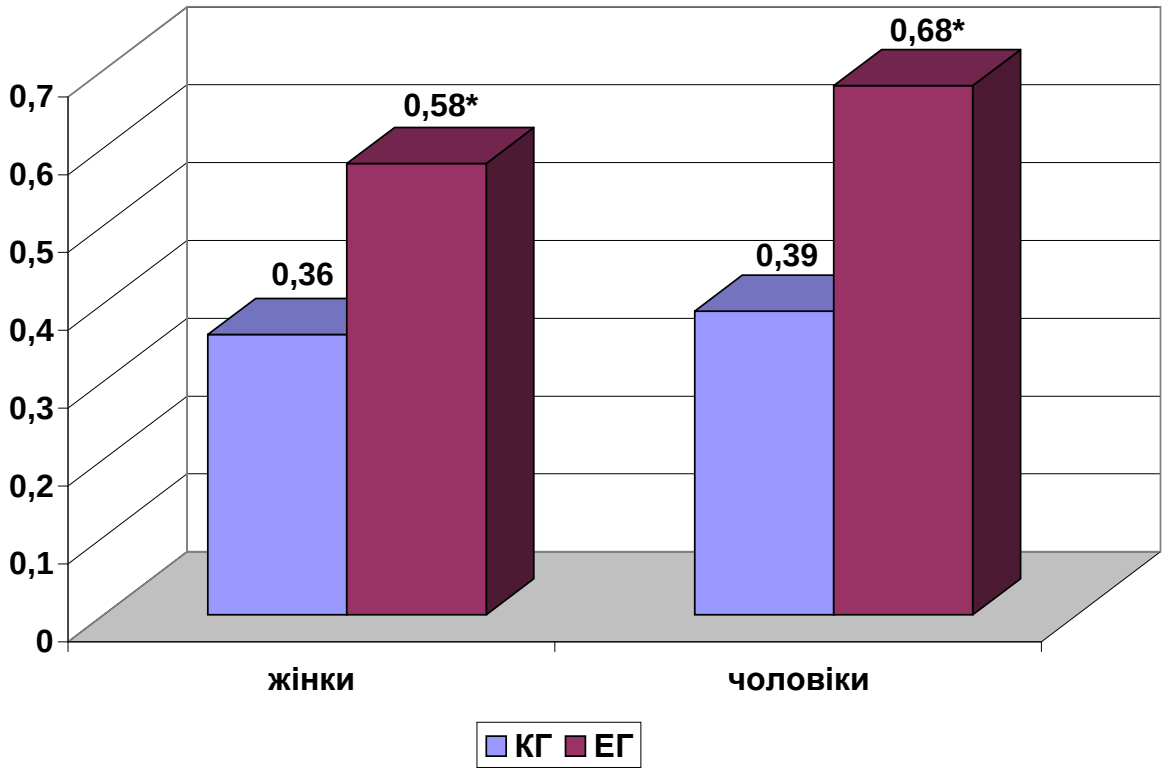


Рис. 4.13. Кореляційні зв'язки між рекреаційною активністю та рівнем соматичного здоров'я викладачів похилого віку.

Примітка.* – $p<0,05$ (вірогідність різниці показників порівняно з такими у викладачів контрольної групи).

Майже у всіх (98,6%) ВПВ відмічається відсутність головного болю перед і після сну. Також у більшості випадків (78,3%) викладачі відказалися від необхідності денного сну, ще 59,1% вказали на відсутність відчуття дрімотності, особливо у післяобідній час.

Підтвердженням суб'єктивних ознак є ЕЕГ дослідження, які у 89,2% випадків вказують на відновлення нормального альфа-ритму.

У порівнянні з попередніми даними на 42,2% зменшується кількість викладачів з ознаками періодичної затримки основного ритму, а у 57,8% вони спостерігаються спорадично. На 30,4% зменшується кількість випадків асиметричної генералізованої затримки основного ритму. У порівнянні з

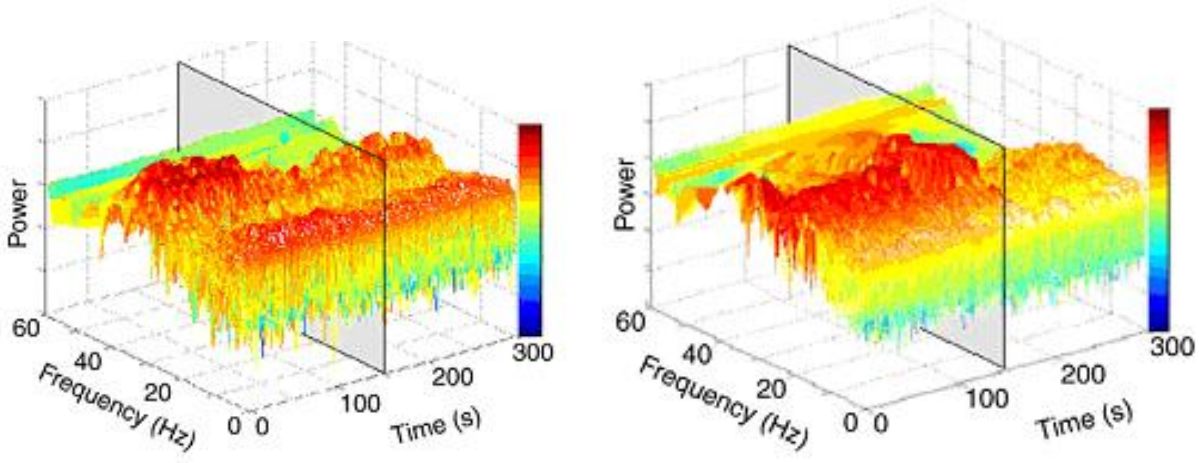
початком експерименту (9,7%) лобні тета-хвилі і короткі нерегулярні повільні хвилі у скроневих відділах, спостерігаються тільки у 1,5% випадків. На 75,0% зменшується число ВПВ, у яких реєструється “гіпнагогічна гіперсинхронія”. Тільки у 3,7% обстежених спостерігається ритмічна генералізована сповільнена активність дельта- і тета-діапазонів. У ВПВ фокальна продовжена повільна активність визначається досить рідко – 4,2% випадків. При цьому кількість ВПВ у яких визначається надмірна швидка активність у вигляді домінуючої бета-активності (> 50 мкВ) зменшується втричі і складає тільки 15,2% випадків ($p<0,05$).

Високоамплітудні позитивні гострі коливання у вигляді трифазних хвиль з попередньою низькоамплітудною негативною хвилею спостерігаються дуже рідко (2,1%). На 73,9% зменшується частота періодичного патерну “спалах-пригнічення” із зниженням церебральної активності, на 68,3% – скроневе сповільнення у вигляді короткочасної, нерегулярної швидкоплинної активності дельта- і тета-діапазонів.

Неспецифічний ЕЕГ-патерн у вигляді потиличних дельта-хвиль реєструється у 5,6%, а лобні тета-хвилі виявляються тільки у 3,1% випадків. На 28,6% зменшується частота випадків сповільнення фонового альфа-ритму і на 71,4% – кількість позитивних потиличних гострих ЕЕГ-компонентів. Вертексні хвилі спостерігаються у незначної частини викладачів (8,2%). При цьому тільки 8,2% ВПВ мають ЕЕГ-ознаки у вигляді 6-Гц “фантомних” комплексів спайк-повільних хвиль. Майже наполовину (49,7%) зменшується число ВПВ, у яких виникають асиметричні ритмічні тета-хвилі з накладенням швидкої активності в скроневих областях голови.

Важливим ЕЕГ показником є дані про перехід швидкого активного сну у фазу повільного релаксаційного сну через 120 секунд від початку фіксації спонтанної активності у ділянках мозку відповідальних за правильне чергування окремих фаз сну. Нами показано, що до експерименту частотно-амплітудні характеристики після 120 с не мають тенденції до сповільнення і зменшення амплітуди енцефалографічних хвиль (рис. 4.14 а). Як видно з

представлених спектрограм, після експерименту починаючи з 120 секунди спостерігається характерне для сну зниження частотно-амплітудних коливань (рис. 4.14 б).



а б

Рис. 4.14. Частотно-амплітудна хронологічна характеристика ЕЕГ показників у викладачів контрольної (а) та експериментальної (б) групи після впровадження програми корекції рівня рекреаційної активності ВПВ.

Про ефективність впливу корекційної програми на нічний сон свідчать також підвищення показників коефіцієнту відновлення (КВ), який становить у ВПВ ЕГ в середньому 98,4±3,82 ум.од. у чоловіків та 108,1±4,23 ум.од. у жінок і вказує на задовільний і добрий характер нічного сну.

У ВПВ КГ цей показник становить відповідно 68,1±1,33 ум.од. і 67,2±1,46 ум.од., що характерно для незадовільного характеру нічного сну.

Отримані результати доводять дієвість програми з підвищення рівня РКА та позитивний вплив засобів ФРК на процес нормалізації сну, як базового відпочинку у ВПВ.

Отже, проведене дослідження дає підставу вважати, що лише спеціально організована робота, у даному випадку – авторська система корекції РКА, забезпечує підвищення рівнів її сформованості, показників РА та СЗ.

При цьому спостерігалося зростання інтересу ВПВ як до занять фізичною культурою, так і до власного СЗ, що спонукало їх до фізичного самовдосконалення.

Висновки до четвертого розділу

1. На основі аналізу наукової літератури, власних спостережень та результатів констатувального експерименту була розроблена модель інтегрованої системи корекції РКА та її програмне забезпечення, яка включала мету, завдання і такі підсистеми: “складові компоненти РКА”, “програма корекції РКА”, “етапи реалізації даної програми”, “форми і засоби ФРК”, “методи і методичні прийоми”, “принципи”, “умови проведення”, “методики корекції”, “критерії оцінювання” та “результати оцінювання”.

2. Ефективність запропонованої програми перевіряли шляхом повторного оцінювання рівня РКА у ВПВ ЕГ та КГ. Так, у ВПВ ЕГ, після формувального експерименту, зареєстрували вірогідно вищі значення рівня РКА та показників усіх її компонентів, високого рівня сформованості якої досягли 12 викладачів (26,7%), низького рівня сформованості РКА не було виявлено у жодного з них.

3. Під впливом програми корекції РКА, у ВПВ ЕГ на 54,0% покращилося ставлення до власного СЗ, яке відповідало високому рівню, та на 65,2% збільшився показник сформованості вміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА.

Оцінка ефективності експериментальної програми корекції РА показала, що після формувального експерименту в ЕГ відбулися вірогідні і позитивні зміни у прирості показників високого та середнього рівня добової РА (5,0% та 13,1%), а також ІФАд, який становив 37,5 бала ($p<0,01$).

4. Виявлено підвищення рівня ПФС за результатами проведення психофізіологічних тестів. Високий рівень СЗ після проведення експерименту був виявлений у 9,1% чоловіків і 4,3% жінок ЕГ, вірогідно вищою була частка ВПВ з середнім та вище середнього його рівнями ($p<0,05$), що доводить ефективність авторської програми корекції РКА.

5. Кореляційний аналіз компонентів РКА між собою та з рівнями СЗ і РА показав, що у викладачів ЕГ існує прямий, середньої сили кореляційний зв'язок, у ВПВ КГ зв'язок був прямий, слабкої сили.

6. Під впливом авторської програми відбулися позитивні зміни у характеристиці ЕЕГ-змін, які свідчать про зменшення кількості патернів порушення нормального альфа-ритму, випадків асиметричної затримки основного ритму, спосвільнення активності хвиль дельта і тета-діапазону, а також різке зменшення домінуючої бета-активності. Такий характер перерозподілу частотно-апмлітудних ЕЕГ-коливань свідчить про нормалізацію сну у викладачів в міру підвищення рівня рекреаційної активності і психо-фізичного стану та зниженням проявів синдрому хронічної втоми.

Результати досліджень, що приведені в цьому розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Федорюк О.В. До питання про якість життя та рекреаційну активність викладачів вищих навчальних закладів у віці 55-65 років / О.В. Федорюк // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – 2013. – Т. 2, Вип. 7 (33). – С. 337–343.

2. Федорюк О.В. Рекреаційна активність як важливий засіб збереження соматичного здоров'я людей 55-65 років / О.В. Федорюк // Слобожанський науково-спортивний вісник науково-теоретичний журнал. – 2013. – № 3(36). – С. 171–175.

3. Федорюк О.В. Рухова активність жінок-викладачів вищих навчальних закладів третього періоду зрілого віку / О.В. Федорюк // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2013. – № 17. – С. 164–168.

4. Федорюк О. Синдром хронічної втоми і базовий відпочинок людей похилого віку / О. Федорюк // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2013. – № 18. – С. 281–287.

5. Федорюк А.В. Рекреационная активность и психофизическое состояние преподавателей высших учебных заведений в возрасте 55-65 лет / А.В. Федорюк // Веснік Мазырскага дзяржаунага педагагічнага універсітэта імя І.П. Шамякіна. – 2014. – Т. 44, № 3. – С. 97–102.

6. Федорюк О. Базовий відпочинок викладачів 50-65 років, як основа їх рекреаційної активності / О. Федорюк // "Педагогічні технології формування культури здоров'я особистості": мат-ли Всеукраїнської наук.-практ. конференції молодих вчених і студентів, 11 квітня 2014 р., м. Чернігів: зб. статей. – Чернігів, 2014. – С. 85–87.

7. Федорюк О. Рекреаційно-оздоровча активність та морфо-функціональні показники організму людей 55-65 років / О.В.Федорюк, С.Л. Попель // "Актуальные проблемы физического воспитания, спорта и туризма": мат-ли V Міжнародної науково-практичної конференції, 9-11 жовтня 2014 р., м. Мозырь, Білорусія: зб. статей. – Мозырь, 2014. – С. 51–52.

8. Федорюк О.В. Режимы двигательной активности для преподавателей высших учебных заведений в возрасте 50-65 лет / О.В. Федорюк, С.Л. Попель // Science Rise. – 2014. – № 4. – С. 80–85.

9. Федорюк О. Рекреаційна активність та психофізичний стан викладачів вищих навчальних закладів віком 55-65 років / О. Федорюк, С.Л. Попель // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2014. – № 20. – С. 97–102.

10. Федорюк О. В. Стиль життя і рекреаційна активність викладачів 50-65 років / О. В. Федорюк, С. Л. Попель // "Молода спортивна наука України": мат-ли наук.-практ. конф.: зб. статей. – Львів, 2015. – Т. 4, Вип. 19. – С. 136–140.

11. Федорюк О.В. Психо-фізичний стан і рекреаційна активність викладачів вищих навчальних закладів віком 50-65 років / О.В. Федорюк, С.Л. Попель // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – 2015. – Вип. 3К2 (57)15. – С. 345–348.

12. Fedorjuk A. Influence of recreation activity on elderly teachers' life quality /A. Fedorjuk, S. Popel // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2015. – № 22. – С. 3–8.

13. Федорюк О.В. Програма корекції психо-фізіологічного стану викладачів 50-65 років засобами фізичної рекреації: Методичні рекомендації / О.В. Федорюк, С.Л. Попель. – Івано-Франківськ, 2016. – 66 с.

РОЗДІЛ 5
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Процес інтеграції вищих навчальних закладів України в Європейський простір вимагає переосмислення відношення до формування культури та підтримки на високому рівні ПФС викладачів похилого віку [50, 67, 140, 187, 205]. Невтішні тенденції поширення хронічної патології, загрозливі масштаби розповсюдження шкідливих звичок, епідеміологічна настороженість щодо таких соціально значимих хвороб як туберкульоз, вірусний гепатит, онкологічні захворювання та хвороби серцево-судинної системи вимагають різкого загострення уваги до формування "здорового" середовища у цього контингенту населення нашої держави [31, 49, 66, 124].

Аналіз наукових праць свідчить про відсутність однозначного підходу до проблеми формування високого рівня РКА у викладачів похилого віку, а глобальна вагомість проблеми СЗ людини викликає необхідність ґрунтовних досліджень цього феномена та його складників, пошуку шляхів позитивного впливу на готовність до підвищення рівня РКА [218, 241].

Світова наука передбачає цілісний погляд на ФРК як феномен, що інтегрує принаймні чотири сфери СЗ, або складові: фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну, а враховуючи системну, цілісну сутність феномену СЗ дослідники [212, 233, 240, 245] виділяють шість рівнів вирішення цієї проблеми, а саме: індивідуальний, пов'язаний з СЗ окремої людини; груповий, спрямований на корекцію СЗ певної групи людей; рівень організації, установи, діяльність якої повинна забезпечувати СЗ своїх співробітників; рівень СЗ громади або країни.

Серед актуальних проблем розвитку особистості особливо відчутними і гострими є питання, що пов'язані із формуванням особистісної компетентності та готовності до застосування засобів ФРК серед викладачів похилого віку.

Особистісна компетентність викладачів похилого віку до ФРК є багатоаспектним явищем, у якому знаходять певне відображення соціальні вимоги та норми, механізми психофізіологічної саморегуляції, можливості освоєння та активного використання життєво важливого досвіду підвищення рівня РКА. Саме тому пріоритетним завданням є забезпечення процесу формування особистісної компетентності і готовності викладачів похилого віку до застосування засобів ФРК [75, 182, 191, 244].

Національною доктриною розвитку галузі фізичної культури і спорту України у XXI ст. визначаються основні шляхи розвитку цієї сфери через систему освіти і профспілкові організації [140]. При цьому, провідне місце відводиться засобам ФРК. Це означає, що сучасна система підвищення рівня РКА для викладачів похилого віку потребує переорієнтації з простого задоволення організму в руховій активності на вдосконалення особистості шляхом гармонійного розвитку як духовних, так і фізичних якостей [108, 119, 134]. Така гармонійність входить до поняття психо-фізіологічний стан організму людини [73, 89].

Водночас, можна констатувати, що проблема формування особистісної компетентності до ФРК у викладачів похилого віку залишається недостатньо вивченою і вимагає подальшого теоретичного осмислення і наукового аналізу.

Орієнтація на утвердження РКА, розвиток духовно, психічно, фізично і соціально здорової особистості, необхідність формування у викладачів похилого віку переконань у доцільності застосування засобів ФРК, засвоєння життєво необхідного обсягу знань про здоровий спосіб життя та вмілого його використання доводять актуальність нашого дисертаційного дослідження.

Реалізовуючи мету роботи щодо підвищення рівня сформованості особистісної компетентності викладачів похилого віку до ФРК засобами фізичної культури були проаналізовані та узагальнені наукові праці, що стосуються питань формування РКА, сутності та ознак особистісної компетентності, психофізіологічних особливостей сучасних викладачів похилого віку та їх ставлення до власного СЗ [79, 88, 92,102]. На основі аналізу

джерел наукової літератури ми розробили структурно-логічну модель особистісної компетентності до ФРК та методики оцінки рівнів готовності викладачів похилого віку щодо підвищення рівня РКА й сформованості їх особистісної компетентності.

Оцінивши рівень сформованості особистісної компетентності і стан готовності викладачів похилого віку до застосування засобів ФРК ми розробили систему корекції рівня РКА засобами фізичної культури та перевірили її ефективність із врахуванням рівня їх рухової активності та СЗ.

Систему корекції рівня готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня РКА реалізовували через програму її корекції, обсяг якої складав 7 год на тиждень.

Ефективність розробленої програми фізичної культури визначалась шляхом порівняння вихідних даних і даних, отриманих в кінці навчального року.

У процесі виконання роботи був проведений ґрунтовний аналіз праць провідних науковців із питань формування СЗ [4, 9, 51, 60] та підвищення рівня РКА [11, 38, 59] у викладачів похилого віку, створено модель особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА, на основі якої були розроблена авторська методика оцінки рівнів готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня РКА [125], в якій використані показники сформованості їх особистісної компетентності до ФРК [168]. При цьому враховували показники обізнаності викладачів похилого віку із питань СЗ та РКА, місце СЗ в системі їх особистісних цінностей, ставлення та самооцінку власного СЗ, готовність до самовдосконалення, ставлення до фізичної культури і спорту, рівень рухової активності викладачів похилого віку та їх спосіб життя, стан СЗ [86, 108, 115, 150]. Це дало можливість розробити систему корекції рівня РКА, застосування якої, як показали результати педагогічного експерименту, значно підвищує її рівень, покращує ставлення викладачів похилого віку до власного СЗ та вміння планувати свою діяльність щодо застосування засобів ФРК, підвищує рівні РА та СЗ викладачів похилого віку.

Аналіз наукової літератури показав, що ставлення викладачів похилого віку до СЗ проявляється в діях і вчинках, які впливають на їх фізичне і психічне благополуччя, при цьому сама поведінка і висловлювані думки про СЗ можуть бути адекватними або неадекватними. Критеріями міри адекватного ставлення викладачів похилого віку до власного СЗ може бути ступінь відповідності їхніх дій і вчинків до вимог РКА, рівень обізнаності щодо самого поняття «СЗ», шляхів його збереження і зміцнення, а також рівень самооцінки індивідом фізичного і психічного стану свого СЗ. Результати аналізу матеріалів наукових досліджень доводять парадоксальний характер ставлення викладачів похилого віку до власного СЗ, невідповідність між потребою особистості в доброму здоров'ї, з одного боку, і її зусиллями, спрямованими на збереження і зміцнення фізичного і психічного благополуччя – з іншого [215].

Формування особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА – тривалий і складний процес, який полягає в багаторазовому послідовному повторюванні змін на рівні їхньої свідомості та поведінки. Одним із центральних механізмів процесу формування даної компетентності є самостійна активна діяльність викладачів похилого віку з подолання суперечностей між усвідомленням цінності власного СЗ і реальною поведінкою.

На основі проведених наукових досліджень було отримано три групи результатів: **підтверджуючі, доповнюючі існуючі розробки та абсолютно нові**, що виявлені в процесі виконання дисертаційного дослідження.

Результати дисертаційного дослідження **підтверджують** існуючі наукові дані про те, що стан функціональних резервів та рівень СЗ викладачів похилого віку з кожним роком стає нижчим [178, 179, 194, 212]. Це зумовлено вкрай напруженою санітарно-епідемічною ситуацією в країні, збільшенням захворюваності на туберкульоз, серцево-судинні та онкологічні хвороби, зростає кількість осередків небезпечних інфекцій, умовами життя, на які негативно впливають техногенні фактори [205, 210, 241].

Як і інші автори [11, 38, 76], ми виявили, що у 64,9% випадків реєструються низькі функціональні резерви організму ВПВ, що зумовлює стійкість виникаючих дезадаптаційних змін їх ПФС [5, 123, 244], що пов'язано з особливостями психо-соціальних компонентів якості життя цих людей [159, 230, 262, 263] та, насамперед, відображається через емоційне ставлення до себе та дійсності. Психологічний сенс категорії "відносини" полягає в тому, що вони "є однією з форм відображення людиною дійсності, яка є навколо неї...", і ця система є більш специфічною характеристикою особистості, ніж інші її компоненти, такі як характер, здібності чи темперамент [294]. У свою чергу, особистість, як одиницю в системі суспільних відносин, треба розглядати і через "відносини" у світлі соціальної зумовленості природи людини [10]. Таким чином, категорія "відносини" є своєрідним "сплавом" гностичного та емоційного аспектів активності суб'єкта [11, 250].

Колірна сенсорика дуже тісно пов'язана з емоційним життям особистості [274, 276], і тому колір можна розглядати як носія коду відносин суб'єкта до об'єкта, що й зумовило вибір методик дослідження емоційного портрету викладачів ВНЗ – тест Люшера [28] та тест кольорових відносин (ТКВ) [198]. Мета цього дослідження: на підставі проведення ТКВ та короткого варіанту тесту Люшера вивчити емоційну картину світу, що складається в колективній свідомості окремої соціальної категорії (організовані колективи), та виявити особливості емоційного портрету викладачів з низьким рівнем ПФС.

Приймаючи до уваги, що в структурі СХВ у викладачів превалювали скарги на астенію (загальна слабкість, втома, головний біль, зниження фізичної і розумової працездатності) було проаналізовані кольорові відносини до таких діаметрально протилежних понять, як власне "здоров'я – хвороба" та "витривалість – стомлюваність".

До початку експерименту у всіх викладачів визначались прояви астенії (характерної ознаки симптому СХВ) і кольорові відносини до поняття здоров'я визначались вибором основних кольорів – на першому місці червоний колір (40,3%), на другому – жовтий (22,3%), на третьому – був обраний зелений

(10,4%), а в інших викладачів – по 9,0% вибір припадав на фіолетовий, коричневий чи сірий кольори. Поняття “хвороба” асоціювалась у викладачів лише з ахроматичними відтінками кольору (коричневий, чорний та сірий, який був обраний у 62,9% випадків), що дозволяє констатувати стійкість основних психоемоційних структур у всіх обстежених викладачів.

Після впровадження корекційної програми емоційне ставлення щодо понять “хвороба” і “соматичне здоров’я”, проведені нами у викладачів КГ та ЕГ, незалежно від наявності або відсутності симптомів астенічного синдрому, дозволили констатувати наявність неоднакового розподілу виборів кольорового ряду при характеристиці емоційних асоціацій власного “Я” в стані здоров’я. Більшість викладачів ЕГ (84,2%випадків) вибирали яскраві кольори, в той час, як відчуття себе в стані хвороби у КГ асоціювалося з ахроматичними відтінками асоціативного ряду кольорів (59,6%).

Результати цього дослідження узгоджуються з етнографічним аналізом значення кольору, проведеним В. Тернером (1983), який отримав дані про значення світлості кольору та відповідності виділеної цим автором опозиції білого і чорного, пов’язаної з антитезами “благо – зло”, “здоров’я – хвороба”, “удача – невдача”, що свідчить про наявність транскультуральної стійкості основних колір-емоційних структур.

Згідно з отриманими результатами, колірні вибори у викладачів як ЕГ, так і КГ (по 86,7%) щодо власної витривалості в переважній більшості випадків пов’язані з основними відтінками кольорового ряду, серед яких превалює вибір жовтого (відповідно 36,7% і 24,8%) і червоного (відповідно 45,1% і 30,3%) кольору.

Колірні відчуття викладачів у стані втоми у більшості обстежених викладачів пов’язані з вибором, насамперед, сірого кольору (19,7% обстежених викладачів ЕГ і 49,4% – в КГ), а також коричневого та чорного (третина викладачів двох груп).

Нами встановлено, що у викладачів емоційні відносини до поняття втоми зберігалося у виборі ахроматичних відтінків кольору. Особливо значущим

реєструвався приріст кількості колірних асоціацій втоми з сірим кольором у викладачів КГ (у 56,7% випадків), що на нашу думку, пов'язано з вивченням кольорових відносин у викладачів з проявами СХВ, у яких превалювали скарги на швидку стомлюваність, загальну слабкість, зниження розумової і фізичної працездатності, що за часом обстеження співпало з підготовкою та проведенням іспитів у ВНЗ по закінченню навчального року.

Враховуючи наявність СХВ у всіх викладачів, до тесту Люшера включена оцінка таких понять, як робота і засоби ФРК, що, з одного боку, відображає різну ступінь його прояву у викладачів КГ та ЕГ. З іншого боку, необхідність оцінки емоційного відношення до роботи визначається й фактом того, що основним видом діяльності у викладачів у похилому віці є забезпечення навчального процесу у ВНЗ.

При оцінці відносин до роботи у викладачів ЕГ емоційно привабливими були обрані червоний (40,2%), жовтий і фіолетовий (по 19,8%). У викладачів КГ переважав вибір коричневого й чорного (по 22,0%), а також жовтого (18,3%) кольорів, при цьому вибір коричневого та чорного кольору при асоціації з роботою у ВНЗ був притаманний практично всім чоловікам КГ.

При оцінці асоціацій кольорів щодо ФРК у переважає вибір основних кольорів у викладачів ЕГ (69,4% у порівнянні з 24,7% у КГ). При цьому, незалежно від статі у всіх викладачів КГ відносини як до викладання, так і до занять ФРК змінюється в сторону збільшення кількості вибору ахроматичних кольорів, і в останньому опитуванні вибір сіро-коричнево-чорних кольорів зафіксований у 45,2% опитаних викладачів, що, швидше за все, пов'язано із загальною виснаженістю організму в кінці навчального року.

Було встановлено, що у структурі проявів СХВ в групах обстежених викладачів до впровадження корекційної програми домінували скарги на поганий сон (95,3%). Проведений аналіз колір-асоціацій снів показав, що в 36,7% випадків у викладачів ЕГ і в 48,6% випадків у викладачів КГ сни асоціювалися з ахроматичними відтінками кольору, серед яких переважав вибір чорного (21,2%) і сірого (27,8%) кольору. У всіх викладачів КГ зі скаргами на

поганий сон превалював вибір чорного кольору, який у переважній більшості випадків зберігався впродовж всього періоду спостереження.

Проведення ТКВ в динаміці спостереження показало, що у всіх викладачів з проблемами сну або зберігається, або навіть збільшується вибір ахроматичних кольорів, що зумовлює необхідність проведення терапії (як психологічної корекції, так і медикаментозної).

Після впровадження корекційної програми з основних відтінків у викладачів ЕГ переважав вибір синього (25,1%) і червоного (23,3%), а у викладачів КГ – жовтого (26,7%) кольору і сірого (24,2%).

Цікаві результати дав аналіз вибору кольору, з яким викладачі асоціюють самі себе, та асоціативний вибір до перспектив "власного майбутнього" Згідно з результатами проведеного аналізу колірних асоціацій у групах обстежених викладачів щодо відносин до себе (чим менше ранг цього кольору в розкладці, тим вище впевненість особи в собі, його самоповага), можна відзначити, що переважна кількість (84,1%) обстежених викладачів ЕГ вибирали яскраві відтінки кольорового ряду, що свідчить про наявність достатньо високої впевненості в собі. Переважним при оцінці асоціації як "себе з кольором", так і "колір – асоціація з майбутнім" викладачі ЕГ у 69,5% випадків був вибір червоного і у 43,8% –жовтого кольору.

При зіставленні результатів тесту кольорового вибору та короткого тесту Люшера згідно з рекомендаціями Л. Н. Собчик [198], нами проведено аналіз активності і працездатності, яка оцінюється за розташуванням в колірному ряді робочої групи кольорів їх "зібраності" або "розбитості". Також нами оцінювалася виразність актуальної проблеми з урахуванням тривожності (розташування основних кольорів в кінці ряду) і компенсації (наявність ахроматичних кольорів на початку ряду), що дозволило на початку обстеження оцінити у викладачів тривожність як "високу".

Проведення такого обстеження після впровадження корекційної програми дозволило виявити наявність спрощеної адаптації в ЕГ, яка оцінювалась в КГ як перший рівень дезадаптивного стану. Це, за даними кореляційного аналізу,

було пов’язано з тривалою емоційною напругою і виявлялося зрушенням 5-го кольору ліворуч, що згідно з загальноприйнятими трактуваннями, віддзеркалює труднощі соціальної адаптації. Таким чином, проведення ТКВ дозволяє оцінити психо-емоційний стан викладачів, виявити проблеми та особливості емоційних відносин, вчасно розробити коригуючі програми та за необхідності своєчасно провести немедикаментозну корекцію сну.

Проведення кольорового тесту Люшера у викладачів дозволило виявити численні залежності між показнками психо-фізіологічного стану, виразністю проявів синдрому хронічної втоми та вибором кольору, що впливає на особливості формування ставлення до себе та свого рівня рекреаційної активності. Аналіз тесту Люшера до впровадження корекційної програми показав, що у 67,8% викладачів реєструвалась ускладнена адаптація (за рахунок низької розумової працездатності і високої тривожності) та у 25,4% випадків – за рахунок високого рівня дезадаптації. Особливості психо-фізіологічного стану та наявність різнорівневої дезадаптованості у викладачів похилого віку зумовлюють необхідність розробки корекційних програм з корекції їх психо-фізіологічного стану.

Одним із пріоритетних напрямів подолання нинішньої ситуації із прогресуючим погіршенням стану ПФС у викладачів похилого віку є створення у ВНЗ умов для підвищення його рівня.

Підтвердження правомірності цієї думки знаходимо у працях М. В. Дутчака [52], О.М. Жданової [58], Т. Ю. Круцевич [96, 97, 99, 100], Г. В. Презлятої [169], А.М. Тимченко [210, 211], Р.Я. Якубовської [242], які наголошують на важливості залучення кожної людини, особливо викладачів похилого віку, до культури РКА, формування у них ціннісних орієнтацій у галузі СЗ.

Підтверджені також дані про те, що рівень фізичної культури у вищій школі не сприяє ефективному збільшенню рівня РКА у викладачів похилого віку, а методика підвищення рівня заходів ФРК та їх ефективність є відносно низькою і не відповідає сучасним вимогам [201, 236, 237, 238]. Це свідчить про

нагальну потребу розробки нових науково обґрунтованих шляхів удосконалення організації фізичної культури у ВНЗ, а для поліпшення стану СЗ у викладачів похилого віку, слід підвищувати рівень їх РКА, шляхом залучення до занять фізичними вправами в робочий і вільний від роботи час у вигляді групових чи самостійних занять.

Наукові дослідження та практичний досвід роботи ВНЗ свідчать про низький рівень інтересу викладачів похилого віку до ФРК, а в процесі роботи у ВНЗ у них спостерігається тенденція до зниження соціального запиту на засоби фізичної культури і спорту [192, 196, 200]. Отримані результати оцінки рівня інтересу викладачів похилого віку до фізичної культури підтверджують вищенаведені дані, та доводять правильність такого висновку, оскільки низький рівень інтересу був виявлений у 19,6% опитаних чоловіків та у 28,4% жінок. Звертає увагу на себе той факт, що з терміном викладання у ВНЗ зростає кількість викладачів похилого віку (на 3,4% у чоловіків та 4,8% у жінок) негативним ставленням до фізичної культури і спорту.

У наукових працях М.В. Маслова [123], С. Пензай [158], В.В. Афанасьева і співав. [224], С. Калинова і співав. [230], М. Ріпак [179] зазначається відсутність або низький рівень мотивації до ФРК у більшості викладачів похилого віку. Слід зазначити, що заняття спортом та відвідування змагань на дозвіллі не викликають у більшості викладачів похилого віку зацікавленості, вони пасивно проводить свій вільний час, а перевага віддається телепередачам, азартним іграм та заняттям за комп’ютером, що підтверджують також результати наших досліджень. Результати проведеного анкетування свідчать, що значна частина викладачів похилого віку відвідують колективні заняття фізичними вправами без бажання (10,6–28,4%). У чоловіків отриманий показник був на 2,3–4,8 % нижчий, ніж у жінок. Подібні результати отримали інші дослідники [277, 278].

Основними перешкодами до занять фізичними вправами викладачі похилого віку вважають наступні: відсутність необхідних знань для організації самостійних занять (15,3%), велике педагогічне навантаження (62,2%),

відсутність спортивних секцій за вподобанням (12,0%) та належних умов до занять фізичними вправами (26,4%).

Незважаючи на такий широкий спектр досліджень, науковці єдині у тому, що для поліпшення стану СЗ викладачів похилого віку необхідно підвищити їх рухову активність [54, 59, 88, 92].

Проведені нами дослідження **підтверджують** дані щодо нераціональної організації режиму дня у викладачів похилого віку та необхідності включення у нього заходів, що сприяють підвищенню рухової активності, і, зокрема, діяльності, що відповідає високому рівню РКА, а рівень сформованості цього компоненту рухової активності забезпечувався у більшості опитаних тільки випадковими заняттями фізичними вправами.

Підтверджено дані М.Г. Акаладзе [10], Е.В. Ахраменко [11], Т.А. Костакова [92], Г.П. Малахова [118] про низький рівень СЗ викладачів похилого віку. Враховуючи той факт, що безпечний рівень СЗ визначається тільки у представників із вище середнього та високим рівнями СЗ, констатували, що серед досліджуваної групи викладачів похилого віку тільки 14,3% чоловіків мали безпечний рівень, а решта 85,7% опитаних знаходилися за його межами, серед жінок тільки троє з усіх опитаних мали безпечний рівень СЗ, що склало 6,7%.

Порівнюючи дослідження суб'єктивної оцінки рівня СЗ, із оцінкою за методикою Г. Л. Апанасенка [4], встановлено, що у однієї і тієї самої людини спостерігаються значні розбіжності у результатах оцінки значень фізичного розвитку і рівня СЗ за об'єктивними та суб'єктивними показниками. Зокрема, відмінно оцінювали свій стан СЗ 38,0% викладачів похилого віку, задовільно – 51,0% опитаних, при цьому 8,0% були незадоволені станом власного СЗ.

У процесі виконання поставлених завдань, ми отримали результати, які **доповнюють** існуючі наукові розробки з даної проблеми.

Такими були отримана інформація про складові компоненти особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА, результати визначення показників обізнаності викладачів похилого віку щодо РКА та місця СЗ в

системі їх особистісних цінностей, ставленні до власного СЗ, оцінка ступеня готовності до самовдосконалення, визначені рівні рухової активності викладачів похилого віку та СЗ, їх спосіб життя та самооцінка власного СЗ. Також було доповнено наукові дані щодо ефективності комплексного поєднання самостійних занять фізичною культурою, дозованих тренувань атлетичною та ритмічною гімнастикою із використанням інтерактивних методик, для зміцнення СЗ викладачів похилого віку.

Особистісну компетентність викладачів похилого віку до РКА розглядали, як якість людини, що базується на тісному взаємозв'язку знань, умінь, практичних навичок, емоційно-ціннісних її орієнтацій та переконань, яка спрямована забезпечувати високу ефективність її життєдіяльності за рахунок усвідомлення цінності власного СЗ. Основними складовими особистісної компетентності визначені когнітивні, афективні, вольові якості, уміння та досвід [113].

За результатами нашого дослідження більшість (98,2%) опитаних ВПВ усвідомлювали цінність власного СЗ, але для його збереження і зміцнення прикладали мінімум зусиль. Це підтверджено у працях Е.С. Балева і співав. [15], В.В. Евсеева [54], В.М. Кабаєвої [75], Н.Н. Киреева [82] і S.H. Backhouse et al. [249].

На нашу думку формуванню адекватного ставлення викладачів похилого віку до власного СЗ перешкоджає низка причин.

До них ми віднесли: а) установку на пасивне ставлення до СЗ. Однією із основних причин такого ставлення є недостатні знання про СЗ, способи його формування, збереження та зміцнення; б) дію механізмів психологічного захисту, мета яких – виправдання своєї нездорової поведінки. В сфері СЗ найпоширенішими є такі види психологічного захисту, як заперечення і раціоналізація; в) вплив попереднього досвіду людини; г) ефект теорії реактивності, який проявляється при суворій забороні "нездорових" звичок – чим сильніші заборони, тим більша ймовірність, що вони спричинять зворотну реакцію і викличуть інтерес до забороненої теми; д) особливості соціального

мікро- і макросередовища. Соціальне схвалення – надзвичайно сильний мотивуючий фактор, який заставляє викладачів похилого віку терпіти навіть фізичний дискомфорт, якщо така поведінка викличе схвалення близьких до неї викладачів; е) дія ефекту затримки зворотного зв'язку – зусилля, спрямовані на збереження і зміцнення СЗ, що дають позитивний результат не зразу, а через певний час. Не отримавши швидкого ефекту, молодь часто покидає такі зусилля. Крім того, часто люди похилого віку не усвідомлюють впливу згубної поведінки на їх СЗ (порушення режиму харчування, особистої гігієни, режиму праці та відпочинку); є) відсутність державної політики в сфері СЗ.

Отримані дані аналізу рівня особистісної і реактивної тривожності **доповнюють** наукові повідомлення про те, що середній показник особистісної тривожності у ВПВ знаходиться на високому рівні (87,4% випадків). Оскільки особистісна тривожність характеризує стійку схильність людини сприймати широке коло загрозливих ситуацій і реагувати на такі ситуації станом тривоги [294], то високий показник може бути пов'язаний з певними психологічними особливостями ВПВ. Щодо рівня реактивної тривожності, то показник на рівні 40,6 свідчить про високий рівень тривожності. Варто вказати, що до експерименту показник реактивної тривожності у 66,3% ВПВ був значно вище показника особистісної тривожності. Однак, при визначенні середнього значення суттєво вплинули на кінцеве число кілька низьких показників. Тому можемо зазначити, що в кінці навчального року ВПВ КГ демонструють вищий рівень тривожності, ніж в ЕГ (відповідно 89,4% і 44,7%, $p<0,05$). Реактивна тривожність характеризується напругою, неспокоєм, нервовістю. Дуже висока реактивна тривожність здатна негативно впливати на результати роботи викладачів і суттєво знижує ефективність виконання різних видів діяльності [257]. Підсумовуюи можемо зазначити, що в робочій ситуації у ВНЗ виникає суттєве підвищення рівня реактивної тривожності у ВПВ. До того ж середній рівень особистісної тривожності викладачів КГ знаходиться на високому рівні. Це свідчить про те, що в цілому ВПВ притаманна підвищена тривожність і

важливим фактором, який здатен провокувати ще більше підвищення реактивної тривожності є стресові ситуації.

Таким чином була підтверджена гіпотеза дослідження про притаманний високий рівень особистісної та реактивної тривожності у ВПВ до початку експерименту. В результаті проведеного теоретичного аналізу з проблеми психологічних особливостей ВПВ, нам вдалося визначити якими є основні новоутворення похилого віку, як впливають на викладачів стресові ситуації, в яких вони знаходяться, як відбувається вибір та формування подальших життєвих планів і яким чином такі особливості похилого віку пов'язані з рівнем особистісної тривожності. Страх невизначеності та розмитість перспектив подальшого розвитку у ВПВ є досить важливим фактором, який визначає рівень їх особистісної тривожності [13, 85, 108].

Провівши аналіз основних підходів до визначення поняття тривожність та пошуку причин тривовожності ми визначили, що існує певний оптимальний рівень тривожності, який є абсолютно необхідним і виконує адаптивну та захисну функцію, підтримує організм у оптимальному стані для захисту від певних загроз. Водночас підвищений рівень тривожності зазвичай є результатом наявності певного внутрішнього конфлікту або результатом реакції на складну ситуацію, в якій знаходиться людина. Постійно високий рівень тривожності виснажує людину, адже вона витрачає багато психологічних ресурсів на боротьбу з невиправданими страхами та побоюваннями. Аналіз основних методів вивчення тривожності дав нам змогу визначити особливості вивчення тривожності, як комплексного явища. Водночас ми встановили, що вивчення тривожності в методологічному плані є досить непростим, адже досить важко розмежувати вивчення власне тривожності та вивчення адекватної реакції на складну ситуацію, досить важко провести межу. В результаті проведеного нами дослідження тривожності ВПВ за методикою Спілбергера-Ханіна ми встановили, що для них притаманний високий рівень особистісної тривожності. І основними факторами, які визначають високий рівень тривожності є: переживання соціального стресу,

фрустрація потреби в досягненні успіху, страх самовираження та страх ситуації пов’язаної із збереженням робочого місця.

Було встановлено, що всі названі фактори за своїм змістовим наповненням пов’язані з певним рівнем невпевненості ВПВ у своїх силах, страхом використання нових форм комунікації та страхом не відповідати чиїмось очікуванням і своїм власним, зокрема.

Таким чином тривожність у похилому віці дуже тісно пов’язана з особливостями соціальних контактів та психологічними особливостями людей цього віку. Дослідження рівня особистісної та реактивної тривожності за методикою Спілберга-Ханіна показало, що в робочій ситуації для ВПВ характерним є суттєве підвищення рівня реактивної тривожності. До того ж середній рівень особистісної тривожності в КГ знаходиться на високому, а в ЕГ – на помірному рівні. Це свідчить про те, що в цілому ВПВ притаманна підвищена тривожність. І досить важливим фактором, який здатен провокувати ще більше підвищення реактивної тривожності є стресові ситуації.

Локус контролю є однією з важливих інтегральних характеристик людської самосвідомості, яка пов’язана з почуттям відповідальності та готовності до активних дій суб’єкта, переживання ним найбільш релевантних форм і способів реалізації власного “Я” в стресових ситуаціях.

Одним із елементів людського самопізнаня є їх суб’єктивна гіпотеза про джерело власних досягнень та невдач, успіхів та поразок, позитивних та негативних результатів, що є причиною стресів. Це дало змогу диференціювати людей у відповідності до міри домінування їх зовнішніх чи внутрішніх стратегій діяльності. За концепцією автора існує два крайніх типи локалізації (локусів контролю) – інтернальний та екстернальний [197].

Для інтернального типу характерним є таке бачення свого “Я”, коли всі власні досягнення і невдачі залежать від особистих якостей суб’єкта, зокрема таких, як наполегливість, компетентність, рівень розвитку здібностей. Зовнішні умови або збіг обставин не розглядаються як можливі причини досягнень або невдач.

Екстернальний тип характеризується тим, що першопричиною успіхів або невдач для суб'єкта завжди виступають зовнішні сили – випадковість, везіння, поле групового тиску.

Приналежність людини до того чи іншого типу локалізації контролю дає підставу стверджувати про певні форми і способи її поведінки. Тобто, у тій чи іншій ситуації можна прогнозувати вибір особою діяльнісних та життєвих стратегій, результативність процесів взаємодії та групових форм комунікації.

Нами встановлено, що при підрахунку і співставленні усіх відповідей з ключем максимальна кількість балів складала 26, при повному домінуванні зовнішньої чи внутрішньої локалізації. При цьому, число 13 було бар'єрним, оскільки всі числові значення більші за нього означали, що саме цей тип локалізації є домінуючим. І, навпаки, якщо сумарний показник шкали локалізації був меншим за число 13, то даний тип локалізації поступався протилежному. Для зручності і швидкості обробки отриманих результатів знаходили суму значень лише однієї шкали. В окремих випадках сумарний показник за зовнішньою та внутрішньою локалізацією міг дорівнювати 13. Це було свідченням того, що у респондента немає виражених (домінуючих) екстернальних чи інтернальних локусів контролю.

Це підтверджується даними отриманими при перевірці ВПВ на стресостійкість. Проблема прогнозування поведінки людей в екстремальних умовах діяльності, а також оцінювання вірогідності збереження їх СЗ і розумової працездатності після впливу стрес-факторів завжди привертала увагу дослідників [2, 5, 27, 256]. Висока стресостійкість забезпечує виконання професійних обов'язків в умовах ВНЗ, збереження працездатності і СЗ ВПВ після впливу екстремальних факторів зовнішнього середовища. Низький рівень стресостійкості, оцінюється як нездатність протидіяти стрес-факторам, що веде до негативних наслідків у психо-фізіологічному стані ВПВ.

Проблема стресостійкості ВПВ сьогодні недостатньо розроблена і в теоретико-методологічному аспекті, і зі сторони впровадження результатів в практику ФРК [90].

У науковій літературі [32] досі не має єдиного розуміння терміна “стресостійкість”. Як зазначає В.М. Крайнюк [94], наразі бракує ясності і чіткості в розумінні сутності стресостійкості, і більшість авторів як синонім вживають термін “емоційна стійкість”, механізми і сутність якої вивчено краще.

Результатом нашого дослідження стало визначення рівня стресостійкості у ВПВ до і після впровадження корекційної програми. Встановлено, що до експерименту у 79,3% ВПВ спостерігається низький рівень стресостійкості, а в кінці експерименту – низький рівень спостерігається тільки у 38,2% викладачів ЕГ. При цьому на 22,1% зросла кількість чоловіків з високим і на 19,8 % з середнім рівнем стресостійкості. У жінок ці показники становлять відповідно 20,0%, 19,3 % та 39,7% ($P<0,05$).

Отримані дані **доповнюють** наукові повідомлення про те, що більшість викладачів похилого віку мають високий рівень готовності до самовдосконалення (74,0% опитаних), що обумовлює, в майбутньому, позитивний результат під час роботи з викладчами похилого віку для самовдосконалення, самоствердження через пізнання себе, залучення в процес формування і зміцнення навичок і принципів РКА.

Для підтримки ПФС, як вважали люди похилого віку (за результатами проведеного нами опитування), необхідно регулярно займатися спортом або фізичними вправами (38,2%), правильно харчуватися (24,4%), оберігатися від нервових стресів (10,6%), уникати шкідливих звичок (22,4 %), дотримуватися правил і норм статевого життя (6,1%). Таким чином, нормальні уявлення викладачів похилого віку про РКА, в цілому, відповідають сучасним поняттям про поведінку, пов’язану із дотриманням СЗ. Не дивлячись на те, що СЗ, як цінність, займає перше місце в індивідуальних цінностях як у чоловіків, так і у жінок, для них характерний, в цілому, достатньо низький рівень активної поведінки, спрямованої на збереження і зміцнення ПФС [90, 108, 158, 182].

У ситуації погіршення самопочуття як чоловіки, так і жінки, у більшості випадків, надавали перевагу самостійному лікуванню (65,0 %).

Виявлено також, що серед джерел інформації про ПФС (газети, журнали, лікарі, науково-популярні книги про СЗ, друзі, родичі, радіо та телебачення) люди похилого віку надають перевагу тій, яка отримана в процесі безпосереднього спілкування з лікарем, друзями, батьками. При цьому, найменший інтерес вони проявляли до повідомлень рекламного характеру, що пропонувалися засобами масової інформації.

Реалізація поставлених у дисертації завдань та досягнення мети зумовили отримання **абсолютно нових результатів** дослідження.

Вперше створена модель особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА, на основі якої були розроблені та апробовані методики оцінки рівнів готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня РКА та оцінювання рівнів її сформованості, яка була зареєстрована Міністерством освіти і науки України та Державним департаментом інтелектуальної власності як авторське право [125].

Для оцінки рівня готовності викладачів похилого віку до підвищення РКА була розроблена діагностична методика, яка включала визначення когнітивного, мотиваційного, вольового та поведінкового компонентів. Показниками даних компонентів, які відносяться як до якісних, так і до кількісних характеристик досліджуваного об’єкту, були обізнаність викладачів похилого віку щодо РКА, місце СЗ в системі особистісних цінностей, ставлення до занять фізичною культурою і спортом, наявність мотивів до підвищення рівня РКА, готовність до самовдосконалення, визначення способу життя викладачів похилого віку та самооцінка ними власного СЗ.

Із урахуванням даних показників була розроблена шкала оцінювання, що дозволила виявити кількісну оцінку готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня РКА. Кожен із показників оцінювався за шкалою від 1 до 9 балів за критеріями наявності і повноти прояву.

Методика оцінювання рівня сформованості особистісної компетентності до РКА включала визначення чотирьох її складових компонентів – когнітивного, емоційно-мотиваційного, вольового та поведінкового. Для

характеристики кожної складової особистісної компетентності були підібрані критерії оцінки, що адаптовані до визначення рівнів сформованості особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА та її складових.

Для оцінки кожної складової особистісної компетентності викладачів похилого віку був виведений бальний діапазон: найбільша сума становила 108 балів, найменша – 19, середнім значенням вважали показник на рівні 63,5 балів.

Аналіз рівня готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня РКА показав, що серед них люди 56-65 річного віку майже у половині випадків (48,4%) показали найнижчий рівень РКА і потребують посилення корекційної роботи з цього приводу. Тому, для проведення формувального експерименту, було відібрано 50 викладачів похилого віку, у яких було зареєстровано низький рівень рекреаційної активності.

Оцінка результатів констатувального експерименту показала, що у 57,4% респондентів був низький та нижче середнього рівні сформованості особистісної компетентності до РКА, у жодного викладача похилого віку не було виявлено високого її рівня. Майже 90,0% від добового бюджету часу вони проводять на базовому, сидячому та малому рівнях рухової активності і лише 2% опитаних – на високому, що підтверджують дані інших авторів [88].

Виходячи з необхідності покращити рівень особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА, було вперше розроблено та експериментально обґрунтовано систему корекції особистісної компетентності і готовності викладачів похилого віку до підвищення рівня РКА та її програмне забезпечення, яка включала мету, завдання і такі підсистеми: “складові компоненти особистісної компетентності до РКА”, “програма корекції особистісної компетентності до РКА”, “етапи реалізації даної програми”, “форми занять”, “методи і методичні прийоми”, “принципи”, “методики корекції”, “критерії оцінювання” та “результати оцінювання”.

Усі складові компоненти особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА впроваджувалися через програму її корекції.

Ефективність запропонованої програми перевіряли шляхом повторного оцінювання рівня РКА викладачів похилого віку ЕГ та КГ. Так, у викладачів похилого віку ЕГ, після формувального експерименту, зареєстрували вірогідно вищі значення рівня РКА та показників усіх її компонентів, високого рівня сформованості якої досягли 73,3% викладачів похилого віку, середнього – 26,7%, низького рівня РКА не було виявлено у жодного викладача.

Під впливом програми корекції рівня РКА у викладачів похилого віку ЕГ вірогідно покращилося ставлення до власного СЗ, яке відповідало високому рівню – на 54,0±5,12% та на 65,2±7,44% збільшився показник сформованості вміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА у порівнянні з таким до експерименту ($p<0,05$).

Оцінка ефективності експериментальної системи корекції рівня РА викладачів похилого віку КГ та ЕГ показала, що після формувального експерименту в ЕГ відбулися вірогідні позитивні зміни у приростi показників високого та середнього рівня добової рухової активності (5,0% та 13,1%), а також ІФАд, який становив 37,5 балів ($p<0,05$). Високий рівень СЗ після експерименту був виявлений у 9,1% чоловіків і 4,3% жінок ЕГ, вірогідно вищою була частка викладачів похилого віку з середнім та вище середнього його рівнями – відповідно у 23,1% та 12,9% випадків ($p<0,05$).

Наші дані узгоджуються з даними інших авторів [2, 3, 15, 16], які серед причин недостатнього рівня РКА та зниження рівня ПФС у викладачів похилого віку називають наявність постійних стресів (93,1%) і перенавантаження на роботі (90,8%), відсутність повноцінного відпочинку (63,2%), скрутне матеріальне становище (41,8%), низьку якість медичного обслуговування (тільки 38,5%), проте 89,7% вказують на дорожнечу фармакологічних засобів і недоступність необхідних медичних послуг (86,3%), несприятливу екологічну обстановку (52,6%), несприятливий клімат (25,1%). Всі вони обумовлюють виникнення синдрому хронічної втоми і порушення сну [12].

В процесі виконання запрограмованих досліджень нами встановлена велика кількість скарг у викладачів на характер сну. Дані наукової літератури свідчать, що сон є складним психо-фізіолоігчним явищем [8, 70, 147, 266]. Це та область асоціаціативно-емоційних відчуттів, які не оформились у чіткі вербальні форми і визначені логічні поняття [8, 22, 81]. Проте вони забезпечують адаптацію до емоційного стресу і відіграють важливу роль в механізмах психологічного захисту [25, 80, 93, 110].

Основними електроенцефалографічними (ЕЕГ) ознаками порушення сну, які спостерігались у ВПВ були симптом затримки фонової активності, періодична затримка основного ритму, коротких, нерегулярних повільних хвиль у скроневих відділах (з переважанням зліва) у людей старше 50 років, що не є чіткою ознакою патології, але часто може спостерігатися при СХВ [284] чи представляти варіант ЕЕГ ознак при безсонні [265] і підгострій прогресуючій депресивній маніфестації [230].

Майже у половини ВПВ регіональне посилення бета-активності поєднується з прийомом седативних засобів, які вони часто застосовують або при депріваціі сну з подальшою “компенсацією”, зокрема при частих нічних апное [109].

Незважаючи на те, що ЕЕГ-зміни є і серед нормальних варіантів, все-ж таки, у ВПВ вони є частими патернами, які свідчать про порушення сну, гіповентиляцію і СХВ [7, 8, 14].

Отримані дані про частотно-амплітудні характеристики активності кори головного мозку у ВПВ після проведеної корекції рівня РКА показали, що у 89,2% викладачів відновлюється нормальний альфа-ритм. У порівнянні з початковими даними і даними ЕЕГ-показників КГ, на 42,2% зменшується кількість викладачів ЕГ з ознаками періодичної затримки основного ритму, на 30,4% зменшується кількість випадків його асиметричної генералізованої затримки. У порівнянні з початком експерименту (9,7%) лобні тета-хвилі і короткі нерегулярні повільні хвилі у скроневих відділах спостерігаються тільки у 1,5% випадків. На 75,0% зменшується число ВПВ, у яких реєструється

“гіпнагогічна гіперсинхронія”. Тільки у 3,7% обстежених ВПВ ЕГ спостерігається ритмічна генералізована сповільнена активність дельта- і тета-діапазонів. Майже наполовину (49,7%) зменшується кількість випадків асиметричних ритмічних тета-хвиль. При цьому кількість ВПВ ЕГ, у яких визначається надмірна швидка активність у вигляді домінуючої бета-активності у порівнянні з ВПВ КГ зменшується втричі і складає тільки 15,2% випадків ($p<0,05$).

В нейробіології вже давно відомо, що на якість відпочинку коркових відділів нервової системи впливає характеристика початкової фази сну, тобто перехід швидкого активного сну у фазу повільного релаксаційного сну через 120 секунд від початку фіксації спонтанної активності у ділянках мозку відповідальних за правильне чергування окремих фаз сну [25, 70, 147]. Нами показано, що у ВПВ до експерименту частотно-амплітудні характеристики після 120 с не мають тенденції до сповільнення і зменшення амплітуди енцефалографічних хвиль. І, навпаки, після експерименту починаючи з 120 секунди спостерігається характерне зниження частотно-амплітудних коливань у 88,5% ВПВ ЕГ, що свідчить про досягнення високого ступеня релаксації [70]. Ці дані також підтверджуються відповідями на запитання анкети “Здоровий сон”, де 92,8% респондентів ЕГ вказуть на відчуття відпочинку після сну, наповнення внутрішніх сил та енергії.

В цілому, ЕЕГ дослідження проведене після впровадження річної корекційної програми показало, що підвищення рівня РКА приводить до відновлення амплітудно-частотних характеристик основних хвиль та стабілізацію процесів збудливості-гальмування у корі головного мозку, відсутність фокальних спалахів спонтанної активності у ділянках мозку відповідальних за правильне чергування окремих фаз сну.

Отримані результати доводять дієвість програми з підвищення рівня РКА та позитивний вплив засобів ФРК на процес нормалізації сну, як базового відпочинку ВПВ.

Кореляційний аналіз компонентів особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА та порівняння її компонентів між собою та з рівнями СЗ і рухової активності показав, що в ЕГ між ними існує прямий, середньої сили кореляційний зв'язок, тоді як в КГ цей зв'язок був прямий, слабкої сили.

Таким чином, застосування запропонованої нами програми корекції рівня РКА значно підвищує її рівень, змінює ставлення викладачів похилого віку до власного СЗ, покращує вміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА, підвищує рівні рухової активності та СЗ викладачів похилого віку, що свідчить про її дієвість та ефективність щодо підтримки ПФС на достатньому рівні.

Безумовно дане дослідження не дає вичерпної відповіді на всі проблеми корекції психо-фізіологічного стану і рівня рекреаційної активності викладачів похилого віку в Україні у сучасних умовах. Однак ці дані можуть бути відправною базою для подальшої науково-пошукової роботи в галузі фізичної культури і спорту в цілому, і фізичної рекреації, зокрема.

ВИСНОВКИ

1. За результатами аналізу наукової та науково-методичної літератури виявлено, що на сучасному етапі розвитку суспільства у 72,5-93,4% викладачів похилого віку спостерігається синдром хронічної втоми та порушення сну, які викликають зниження рівня їх психо-фізіологічного стану. Рекреаційна активність є дієвим засобом підтримки цього рівня, однак відсутність методів моделювання і програм з підвищення рівня рекреаційної активності у цього контингенту населення вимагають пошуку нових способів корекції їх психо-фізіологічного стану засобами фізичної рекреації.

2. Встановлено, що на якість життя викладачів похилого віку вірогідно впливають наступні чинники: вік (r_s = – 0,39; $p<0,05$), рівень рухової активності (r_s = – 0,83; $p<0,05$), стресові ситуації пов’язані з професійною діяльністю (r_s = 0,48; $p<0,05$), характер рекреаційно-рухової діяльності під час відпочинку і проведення вільного часу (r_s = 0,41; $p<0,05$), наявність хронічних захворювань (r_s = – 0,81; $p<0,01$). Із соціальних чинників, які впливають на стиль життя, відмічено негативний вплив самотності (r_s = 0,84; $p<0,01$), недоступність і низький рівень інтересу до засобів фізичної рекреації (r_s = 0,79; $p<0,01$). Основним чинником, з яким пов’язується погіршення психо-фізіологічного стану у 86,7±6,41% респондентів є вплив негативних факторів активної професійної діяльності і низького рівня рекреаційної активності (20,1 бал у чоловіків і 19,8 балів у жінок).

3. Розроблена методика оцінки рівня рекреаційної активності на основі якої виявляється особистісна готовність викладачів похилого віку до підтримки психо-фізіологічного стану засобами фізичної рекреації, з врахуванням когнітивного, мотиваційного, вольового та поведінкового компонентів. З’ясовано, що готовність до рекреаційної активності та її рівень у викладачів похилого віку базується на тісному взаємозв’язку знань та практичних навиків і

спрямована на забезпечення високої ефективності життєдіяльності за рахунок усвідомлення необхідності підтримки психо-фізіологічного стану.

Психо-фізіологічний стан викладачів похилого віку зумовлений інволютивними процесами і відносяться до комплексу проблем сучасного вищого навчального закладу, а фізична рекреація на цьому етапі професійної діяльності є ефективним засобом його підтримки.

4. Вивчення стану рекреаційної активності показало, що її низький рівень характерний для 85,8% викладачів похилого віку з низьким рівнем психо-фізіологічних резервів організму. Ознаки синдрому хронічної втоми спостерігаються у 83,2% викладачів з низьким рівнем рекреаційної активності, серед яких ведучу роль відіграють симптоми порушення сну. Частота порушення сну у 2,4 рази вища у викладачів з низьким рівнем рекреаційної активності ($r_s = 0,84$; $p<0,05$).

Основними електроенецефалографічними ознаками порушення сну, які спостерігаються у 95,8% викладачів похилого віку з низьким рівнем рекреаційної активності є симптом періодичної затримки основного ритму, прості парціальні напади і високоамплітудні швидкоплинні дельта коливання за типом спалахів повільної активності у лобних долях, що може служити об’єктивною основою для визначення ефективності засобів фізичної рекреації щодо нормалізації сну як базового відпочинку людей похилого віку.

5. Встановлено опосередкований зв’язок між рівнем рекреаційної активності, проявом стресостійкості та когнітивними функціями викладачів похилого віку: у викладачів з низьким рівнем рекреаційної активності відмічається високий рівень психо-емоційної лабільності, низька концентрація уваги, зменшується швидкість оперативного мислення під час виконання когнітивного завдання. При низькому рівні рекреаційної активності поряд із суб’єктивним відчуттям дискомфорту спостерігається недосконалий процес мобілізації захисних механізмів емоційної напруги у результаті чого зростає рівень тривожності і втоми, що проявляється пониженням ефективності виконання “тремор-тесту”.

Оцінка рівня соматичного здоров'я у викладачів похилого віку з низьким рівнем рекреаційної активності показала, що 64,3% чоловіків та 75,5% жінок мали низький та нижче середнього рівні соматичного здоров'я, 21,4% чоловіків та 17,8% жінок мали середній рівень, 14,3% чоловіків та 6,7% жінок – вище середнього. Високого рівня соматичного здоров'я у викладачів похилого віку не було виявлено. Враховуючи той факт, що безпечний рівень соматичного здоров'я визначається тільки в осіб із рівнем вище середнього та високим, можна констатувати, що серед обстежених викладачів похилого віку у 85,7% чоловіків та 93,3% жінок стан соматичного здоров'я перебував за межами безпечного рівня.

6. Після впровадження програми корекції психо-фізіологічного стану на 53,8±3,24% збільшилася кількість викладачів ЕГ з високим рівнем ставлення до власного соматичного здоров'я, на 27,1% підвищився рівень сформованості особистісної готовності до рекреаційно-рухової діяльності, що було вірогідно більшим від такого у представників КГ та порівняно з показниками на початку експерименту ($p<0,01$). В ЕГ високий рівень сформованості когнітивного компонента виявлено у 59,7±3,1% викладачів, емоційно-мотиваційного – у 63,7±2,65%, вольового – у 69,9±2,83%, а поведінкового – у 52,4±2,06%, що відповідно на 31,9%, 42,4%, 46,1% і 26,3% більше, ніж у КГ ($p<0,01$).

7. Позитивних змін зазнали показники соматичного здоров'я і рухової активності: кількість викладачів похилого віку з високим та середнім рівнем добової рухової активності зросла у 2,1 рази і становила відповідно 9,2±1,14% та 14,4±1,23% ($p<0,01$); вірогідно збільшилися показники індексу добової фізичної активності (37,5±1,33 балів; $p<0,01$). Порівняльний аналіз рівня соматичного здоров'я жінок і чоловіків ЕГ засвідчив, що після формувального експерименту вірогідно зросла кількість викладачів похилого віку із середнім рівнем (39,1% чоловіків та 36,4% жінок) та вище середнього рівнем соматичного здоров'я (8,7% чоловіків та 18,2% жінок). Отримані показники вірогідно ($p<0,05$) відрізнялися від таких на початку експерименту та від викладачів КГ.

8. Застосування засобів фізичної рекреації дозволило підвищити рівень психо-фізіологічного стану (у 42,1% чоловіків і у 45,2% жінок), що суб'єктивно підтверджується даними повторного анкетування за комплексом запитань "Здоровий сон" та об'єктивно фіксується за підвищенням показників коефіцієнту відновлення (відповідно на 44,5% й 60,8% у чоловіків і жінок) і позитивною динамікою електроенцефалографічних показників, які свідчать про відновлення амплітудно-частотних характеристик основних хвиль (у 45,2±2,44% викладачів) та стабілізацію процесів сну (у 64,1±2,19% викладачів) у відповідь на підвищення рівня їх рекреаційно-рухової діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Т. Ф. Оценка физического состояния лиц пожилого возраста: метод. рекоменд. / Т. Ф. Абрамова. – М.: Спорт, 2011. – 32 с.

2. Абрамова Т. Ф. Мониторинг физического состояния и образа жизни лиц пожилого возраста / Т. Ф. Абрамова // Физкультурно-оздоровительная работа с людьми пожилого возраста. – М.: Спорт, 2013. – С. 51–67.

3. Алёшина Е. И. Физкультурно-оздоровительная работа в ВУЗе: состояние, проблемы и перспективы развития / Е. И. Алёшина, З. С. Варфоломеева // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 415–416.

4. Апанасенко Г. Л. Експрес-скринінг рівня соматичного здоров'я дітей та людей різного віку: метод. рекомендації КМАПО ім. П. Л. Шупика. / Г. Л. Апанасенко, Л. Н. Волгіна, Ю. В. Бушуєв. – К., 2000. – 12 с.

5. Апанасенко Г. Л. Планетарная эволюция и здоровье человека / Г. Л. Апанасенко // Валеология. – 2014. – № 2. – С. 23–30.

6. Артюнина Г. П. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни / Г. П. Артюнина. – М.: Академический Проект; Фонд "Мир", 2009. – 776 с.

7. Артюхова М. Г. Нарушения сна у кардиологических больных / М. Г. Артюхова // МРЖ. – 2010. – Т. 18, № 8. – С. 460–463.

8. Асанов А. О. Нарушения сна при различных типах депрессии / А. О. Асанов //Доктор Ру. М., 2007. – №5 – С. 34–38.

9. Асанова Н.В. Самооценка здоровья и ее взаимосвязь с базовыми жизненными ценностями разных возрастных групп / Н. В. Асанова, О. М. Разумникова // Валеология. – 2013. – № 2. – С. 33–38.

10. Ахаладзе М. Г. Оцінка темпу старіння, стану здоров'я і життєздатності людини на основі визначення біологічного віку: автореф. дис. … д. мед. наук, спец. 14.03.03. «Нормальна фізіологія» / М. Г. Ахаладзе. – Київ. – 2005. – 43 с.

11. Ахраменко Е. В. Проблема сохранения здоровья учителя / Е. В. Ахраменко // Молодой ученый. — 2014. — № 20. — С. 549–551.

12. Бабак С. Л. Хроническая инсомния и обструктивные нарушения сна: современная дилемма в клинической практике / С. Л. Бабак, Л. А. Голубев // РМЖ. – 2010. – Т. 18, № 5. – С. 219–223.

13. Баженов Ю. А. Особенности психо-соматического статуса физически активной части здорового населения разного возраста / Ю. А. Баженов, А. Э. Кутузова, М. В. Горулева // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 706–707.

14. Базанова О. М. Современная интерпретация альфа-активности электроэнцефалограммы / О. М. Базанова // Успехи физиологических наук.– 2009.– Т. 40.– № 3.– С. 32–53.

15. Балева Е. С. Оценка качества жизни, релевантного здоровью / Е. С. Балева, И. Л. Кром, О. Ю. Алёшкина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9, № 1. – С. 145–147.

16. Бальсевич В. К. Онтокинезиология человека / В. К. Бальсевич. – М.: Теория и практика физической культуры, 2000. – 275 с.

17. Битус И. П. Влияние оздоровительной физической культуры на состояние организма человека разного возраста / И. П.Битус, В. В.Телюк, Е. Е. Канавалова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.google.com.ua/url.2012.

18. Бойко О. О. Історичні аспекти здоров’язбережувальних технологій / О. О. Бойко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 29–33.

19. Бризинский Г. З. Особенности применения физических упражнений оздоровительной направленности в утреннее время / Г. З. Бризинский, В. В. Соловцов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.google.com.ua/url.2011.

20. Булатова М. М. Современные физкультурно-оздоровительные технологии в физическом воспитании / М. М. Булатова, Ю. А. Усачев. – К., 2003. – Т. 2. – С. 342–378.

21. Бундзен П. В. Современные технологии укрепления психофизического состояния и психосоциального здоровья населения / П. В. Бундзен, О. М. Евдокимова, И. Э. Унесталь // Теория и практика физической культуры. – 2006. – № 8. – С. 51–53.

22. Бумарскова Н. Н. Анализ сомнологических показателей у студентов-спортсменов строительной специальности по некоторым видам спорта / Н. Н. Бумарскова // Физическое воспитание студентов. – 2012. – № 6. – С. 30–33.

23. Бурмистров Д. А. Использование учебно-тренировочной методики СТАН лицами разного возраста с целью снижения артериального давления / Д. А. Бурмистров, Г. С. Демин // Вестник спортивной науки. – 2012. – № 6. – С. 53–57.

24. Бурмистров Д. А. Способ развития силовых качеств и увеличения мышечной массы для лиц разного возраста / Д. А. Бурмистров // Вестник спортивной науки. – 2010. – № 6. – С. 47–50.

25. Бушов Ю. В. Связь гамма-колебаний с уровнем интеллекта и точностью восприятия времени / Ю. В. Бушов, М. В. Светлик, Е. П. Крутенкова // Вестник Томского государственного университета.– 2009.– № 321.– С. 177–183.

26. Варварук Н. Чинники формування свідомого ставлення людей до власного здоров’я / Н. Варварук, Г. Презлята // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2006. – № 4. – С. 24–25.

27. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М.: Изд. центр “Академия”, 2001. – 352 с.

28. Височина І. Л. Тест кольорових відносин та особливості емоційного портрету // І. Л. Височина // Медичні перспективи. – 2012. – Т. 17, № 1 – С. 75–80.

29. Виноградов О. О. Вікова фізіологія / О. О. Виноградов, О. Д. Боярчук. – Луганськ: Вид-во ДЗ “ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2010. – 50 с.

30. Гаврилов И. А. Биология продолжительности жизни / И. А. Гаврилов, Н. С. Гаврилова. – М., 2006. – 336 с.

31. Галієнко Л. І. Медико-демографічні перспективи для України в контексті нової європейської політики здоров’я – 2020 / Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал. – 2013. – Т. 21, № 1. – С. 291.

32. Галян І. М. Психодіагностика / І. М. Галян. – К.: Академвидав, 2009. – 464 с.

33. Гаркуша С. В. Формування навичок здорового способу життя засобами фізичного виховання / С. В. Гаркуша // Ступенева професійна освіта у вітчизняному та європейському освітньому просторі: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Чернігів, 07 червня 2012 року). – Чернігівський юридичний коледж ДПтС України. – Чернігів: Видавець Лозовий В.М. – 2012. – С. 52–57.

34. Гимнастика для офисных работников [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://lfkgimnastika.com/lfk-i/158-gimnastika-dlya-ofisnykh-rabotnikov.

35. Гиршина М. А. Средства и методы физкультурно-оздоровительной работы с людьми старшей возрастной группы: автореф. дис. . канд. пед. наук / М. А. Гиршина. – М., 2005. – 19 с.

36. Голубева Е. Ю. Здоровый способ жизни как часть стратегии активного долголетия / Е. Ю. Голубева, Р. И. Данилова // Успехи геронтологии. – 2011. – Т. 24, № 3. – С. 380–384.

37. Гончаренко М. С. Перспективы развития валеологии в направлении индустрии здоровья WELLNESS-INDUSTRY / М. С. Гончаренко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 79–85.

38.Горелов А. А. Двигательная активность как фактор повышения работоспособности женщин второго периода зрелого возраста, работающих преподавателями ВУЗов // А. А. Горелов, О. Г. Румба, Н. К. Байтлесова // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта, – 2012. – Т. 91, № 9. – С. 50–57.

39.Горобей М. П. Головні причини недостатньої рухової активності / М. П. Горобей // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 91–94.

40.Горобей М. П. Загартовування як важливий фактор здоров'я / М. П. Горобей, О. С. Чалий, Є. О. Добронизьський // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 94–97.

41.Горовой В. А. Сущностные характеристики физической рекреации / В. А. Горовой // Вестник государственного педагогического университета им. І. П. Шамякина. – 2009. – Т. 38, № 2. – С. 75–80.

42.Горовой В. А. Оптимизация двигательного режима путем использования средств и форм физической рекреации / В. А. Горовой // Вестник государственного педагогического университета им. І. П. Шамякина. – 2009. – Т. 38, № 4. – С. 29–36.

43.Губин Г. И. Оздоровительные тренировки, старение и критерии их оценки / Г. И. Губин И. А. Власова // Вестник спортивной медицины России. – 2007. –Т. 15, № 2. – С. 46–49.

44.Губкина О.А. Влияние уровня образования на образ жизни и возникновение хронической патологии у женщин трудоспособного возраста // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2; URL: www.science-education.ru/108-8650

45.Гуров В. А. Здоровый образ жизни: научные представления и реальная ситуация / В. А. Гуров // Валеология. – 2006. – № 1. – С. 53–58.

46. Давиденко Д. Н. Здоровье, адаптация и резервы организма человека / Д.Н. Давиденко // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2010. – Т.5, № 1. – С. 223–224.

47. Дерябо С. Д. Психологический тест “Индекс отношения к здоровью” / С. Д. Дерябо, В. А. Ясвин // Прикладная психология. – 2000. – С. 42–51.

48. Дегидроэпиандростерон: биомаркер возрастного старения. биосинтез и механизмы регуляции / Н. П. Гончаров, Г. В. Кация, С. С. Находкин [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2014. – Т. 45, № 1. – С. 52–56.

49. Демографічна ситуація в Україні у січні-листопаді 2008 року / Державний комітет статистики : експрес-випуск – 2009. – 24 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua (розділ “Експрес-випуски”).

50. Державна програма розвитку фізичної культури і спорту на 2007-2011 роки. – Київ, 2006. – 40 с.

51. Доскин В. А. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, М. П. Мирошников // Вопросы психологии. – 2013. – № 6. – С. 141–145.

52. Дутчак М. В. Спорт для всіх в Україні: теорія та практика / М. В. Дутчак. – К.: Олімпійська література, 2009. – 279 с.

53. Духарева А. В. Психофизиологические нормы труда и синдром хронической усталости / А. В. Духарева, А. А. Майоров // Молодой ученый. – 2013. – №8. – С. 358–363.

54. Евсеев В. В. Проблема оптимизации формирования физкультурно-спортивной активности личности / В. В. Евсеев // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 219–220.

55. Ермаков С. С. Проблеми та перспективи досліджень рухової активності осіб середнього та старшого віку / С. С. Ермаков, М. Чеслицька, В. Пилевська // Вісник Прикарпатського університету. – 2013. – № 18. – С. 207–213.

56. Ефимов А. А. Сравнительная характеристика возрастных изменений артериальной системы лиц пожилого и старческого возраста / А. А. Ефимов // Альманах современной науки и образования. – 2011. – № 8. – С. 84–87.

57. Ефимова Н. Е. Оздоровительные туристические технологии / Н. Е. Ефимова // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т.6, № 1 – С. 529–530.

58. Жданова О. Роль Центрів "Спорт для всіх" у залученні населення до систематичних фізкультурно-оздоровчих занять / О. Жданова, Н. Тхір, М. Данилевич // "Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення": Мат-ли VIII Всеукраїнської наук.-практ. конф., Львів 16-17 лютого: зб. статей. – Львів: ЛДУФК, 2012. – С. 233–238.

59. Жеребченко В. И. Физическая активность и долголетие / В. И. Жеребченко, В. В. Воробьев, Т. Н. Короткова // Теорія і практика фізичного виховання. – 2008. – № 2. – С. 233–239.

60. Жильцова Е. Е. Здоровьесберегающее поведение женщин разного возраста / Е. Е. Жильцова, Р. А. Бреусов // Медицинский альманах. – 2013. – Т. 26, № 2. – С 203–205.

61. Завидівська Н. Н. Науково-теоретичні і практичні засади модернізації змісту фізичного виховання як фундаментальної основи здоров'язбережувального навчання / Н. Н. Завидівська // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 118–122.

62. Закон України "Про фізичну культуру і спорт". – К., 2010. – 30 с.

63. Закон України "Про заходи щодо законодавчого забезпечення реформування пенсійної системи" // Голос України. – 2011. – 13 вересня. – 27 с.

64. Зароднюк Г. В. Формирование потребности к занятиям физическими упражнениями как основа здорового образа жизни / Г. В. Зароднюк // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2012. – Т 7, № 1. – С. 221–222.

65. Застосування оздоровчих систем з елементами дихальної гімнастики для покращення якості життя осіб третього віку / М. Г. Сибіль, Я. С. Свищ, Д. М. Воронін [та ін.] // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – Т. 38, № 5 – С. 139–142.

66. Здоров'я чоловіків в Україні: поінформованість, ставлення та поведінка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.cure.org.ua.

67. Здоровье–21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ [Электронный ресурс] / Европейская серия по достижению здоровья для всех. – № 5. – Копенгаген. – 310 с. – Режим доступа: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/.../wa540ga199herus.pdf.

68. Земцова В. Цикл "Профілактика шкідливих звичок" як важливий блок у професійній підготовці фахівця зі здорового способу життя / В. Земцова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 3. – С. 35–42.

69. Зміни в серцево-судинній системі чоловіків та жінок протягом тривалих занять оздоровчим бігом / М. С. Довганик, О. А. Чичкан, В .В. Стрельченко [та ін.] // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. – Т. 40, № 2 – С. 76–79.

70. Иваницкая Л. Н. Исследование ЭЭГ сна как отражение функционального созревания мозга человека в онтогенезе / Л. Н. Иваницкая, М. И. Леднова, О. В. Пустовая // Валеология. – 2014. – № 1. – С. 45–51.

71. Иващенко Л. Я. Программирование занятий оздоровительным фитнесом / Л. Я. Иващенко, А. Л. Благий, Ю. А. Усачев. – К.: Науковий світ, 2008. – 198 с.

72. Ивченко Е. А. Взаимосвязь физических и психических нагрузок при занятиях двигательной рекреацией / Е. А. Ивченко // Спортивная медицина. – 2012. – № 2. – С. 45–48.

73. Ильин Е. П. Психофизиология состояния человека / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.

74. Индикаторы рационального питания и физической активности / Д. С. Блинов, А. П. Цыбусов, О. П. Балыкова [и др.] // Здоровье – основа

человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2010. – Т. 5, № 1. – 204–205.

75. Кабаева В. М. Формирование осознаного отношения к собственому здоровью: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / В. В. Кабаева. – М., 2012. – 280 с.

76. Кальниш В. В. Единство изменений функционального состояния организма работающего при развитии утомления. сообщение 3. биоритмологические аспекты / В. В. Кальниш, Г. Ю. Пишнов // Український журнал з проблем медицини праці. – 2012.– Т. 29, № 1.– С. 55–66.

77. Каніщева О. П. Теоретичні основи оцінки адаптаційних можливостей організму / О. П. Каніщева, В. В. Мулик // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. – № 4 – С. 39–44.

78. Карамова Ф. А. Особенности никотиновой зависимости и мотивации к отказу от курения у лиц пожилого возраста / Ф. А. Карамова, А. К. Фролова, Т. Г. Зуйкова // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 2. – С. 50–51.

79. Карпюк І. Ю. Динаміка мотиваційних уподобань людей похилого віку щодо фізичної культури / І. Ю. Карпюк // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. праць. – Харків, 2006. – № 2. – С. 50–55.

80. Кашкина Е. И. Нарушение цикла сон-бодрствование как критерий прогнозирования очередного обострения болезни / Е. И. Кашкина, Р. В. Лякишева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 3. – С. 355–357.

81. Квасневский А. Л. Некоторые аспекты диагностики и лечения нарушений сна / А. Л. Квасневский, Б. И. Фомовский // Практикующему неврологу. – 2006. – Т.4. – №8. – С. 31–34.

82. Киреева Н. Н. Социальное здоровье как потенциал успешности профессиональной деятельности педагога / Н. Н. Киреева, А. И. Анисимов // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2013. – Т. 7, № 2. – С. 179–180.

83. Кирой В. Н. Критерии оценки уровня здоровья / В. Н. Кирой, В. Б. Воинов // Валеология. – 2008. – № 3. – С. 43–47.

84. Комарова Л. Н. Некоторые аспекты качества жизни людей в возрасте 75 лет и старше / Л. Н. Комарова, Ф. Ш. Алиев, В. И. Долгинцев // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 2. – С. 20–21.

85. Коноплёв Н. Н. Факторы психологического здоровья у работающих и неработающих пенсионеров до 65 лет / Н. Н. Коноплёв, М. А. Курилович // Молодой ученый. – 2014. – № 18. – С. 743–745.

86. Коноплёв Н. Н. Анализ самоотношения у работающих и неработающих пенсионеров до 65 лет / Н. Н. Коноплёв, М. А. Курилович // Психологические науки: теория и практика: материалы II междунар. науч. конф. (г. Москва, март 2014 г.). – М.: Буки-Веди, 2014. – С. 33–35.

87. Копочинська Ю. В. Значення фізичних вправ в попередження та профілактиці надлишкової маси тіла та ожиріння / Ю. В. Копочинська// Фізична культура, спорт та здоров'я нації / збірник наукових праць – Випуск 12. – Том 1 – Вінниця, 2011. – С. 198–202.

88. Коробейніков Г. Біологічні механізми старіння і рухова активність людини / Г. Коробейніков // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 3–13.

89. Коробейніков Г. В. Оцінка та корекція психофізіологічних станів у спорті / Г. В. Коробейніков, Л. Г. Коробейнікова, Ж. Л. Козіна. – Харків, ХНПУ, 2012. – 390 с.

90. Коробейнікова Л. Взаємозв'язок між рівнем прояву стресостійкості та когнітивними функціями в спортивних танцях / Л. Коробейнікова, А. Стовба, Ф. Щіпенко [та ін.] // Вісник Прикарпатського університету. – 2014. – Вип. 19. – С. 89–93.

91. Корольчук М. С. Психодіагностика / М. С. Корольчук, В. І. Осьодло; за заг. ред. М. С. Корольчука. – К.: Ельга, Ніка-Центр, 2004. – 400 с.

92. Костакова Т. А. Оценка качества жизни преподавателей медицинских

ВУЗов / Т. А. Костакова // Альманах современной науки и образования. – 2009. – Т. 1, № 11. – С. 141–143.

93. Котова О. В. Депрессивное расстройство с нарушениями сна в общемедицинской практике / О. В. Котова // РМЖ. – 2012. – № 8. – С. 431–435.

94. Крайнюк В . М. Психологія стресостійкості особистості: монографія / В. М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. – 432 с.

95. Крамская В. В. Предупреждение развития начальных проявлений хронической усталости средствами физического воспитания: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. пед. наук : [спец.] 13.00.04 “Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры” / В. В. Крамская. – Краснодар, 2010. – 24 с.

96. Круцевич Т. Ю. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення / Т. Ю. Круцевич, Г. В. Безверхня. – К. : Олім. лит., 2010. – 248 с.

97. Круцевич Т. Ю. Рекреативні заняття як чинник формування дозвільної культури / Т. Ю. Круцевич, О. Андрєєва, О. Благій // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2010. – № 4. – С. 3–7.

98. Круцевич Т. Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків та молоді / Т. Ю. Круцевич, М. І. Воробйов, Г. В. Безверхня. – К.: Олімп. л-ра, 2011. – 224 с.

99. Круцевич Т. Ю. Теоретичні і методичні аспекти поняття “Фізична рекреація”/ Т. Ю. Круцевич, О. Андрєєва, О. Благій // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2012. – № 3. – С. 18–20.

100. Круцевич Т. Ю. Теоретичні основи дослідження фізичної рекреації як наукова проблема / Т. Ю. Круцевич, О. Андрєєва // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2013. – № 1. – С. 5–13.

101. Кряжев В. Д. Новые физкультурно-оздоровительные технологии школы здоровья для лиц пожилого возраста // В. Д. Кряжев // Вестник спортивной науки. – 2012. – № 3. – С. 21–26.

102. Кузь Ю. С. Формування здоров'язберігаючої поведінки в процесі фізичного виховання у природному середовищі / Ю. С. Кузь. – Тернопіль, 2011 – 73 с.

103. Куимова Ж. В. Влияние образа жизни на уровень липидов у пациентов старше 60 лет / Ж. В. Куимова, А. Р. Юсупов, М. В. Филонова // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 2. – С. 22–23.

104. Кукса В. О. До еволюції визначення поняття "здоров'я" / В. О. Кукса [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://library.rehab.org.ua/ukrainian/phis/kuksa.

105. Куличенко С. В. Программа оздоровительных занятий с мужщинами 60–70-летнего возраста с использованием динамических упражнений / С. В. Куличенко // Вестник спортивной науки – 2006. – № 2. – С. 46–49.

106. Куличенко С. В. Программа оздоровительных занятий с женщинами 60–70-летнего возраста с использованием динамических упражнений / С. В. Куличенко // Вестник спортивной науки – 2009. – № 1. – С. 55–59.

107. Куц А. С. Модельные показатели физического развития и двигательной подготовленности населения центральной Украины / А. С. Куц. – К.: ИСКРА, 2013. – 250 с.

108. Лебедева-Несевря Н. А. Социология здоровья / Н. А. Лебедева-Несевря, С. С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с.

109. Левин Я. И. Фармакотерапия инсомнии и отмена длительно применяемых снотворных препаратов. Методические рекомендации / Я. И. Левин. – М.,2009. – 21 с.

110. Левин Я. И. Нарушения сна / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С.548–565.

111. Лещак О. Вплив короткотермінової середньогірської рекреації на показники варіабельності серцевого ритму чоловіків старшого віку / О. Лещак, В. Сарабай // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2014. – Вип. 19. – С. 34–37.

112. Литвин А. Т. Исторические предпосылки и теоретико-методологические основы современной системы физического воспитания: автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. наук. по физ. восп. и спорта: спец. 24.00.02 «Физическая культура, физическое воспитание разных групп населения» / А. Т. Литвин. – К., 2008. – 22 с.

113. Лукачина А. В. Стислий огляд методик визначення мотивації до занять фізичною культурою та спортом / А. В. Лукачина // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 174–177.

114. Лук'янченко М. І. Проблеми формування здорового способу життя: нормативно-правові аспекти / М. І. Лук'янченко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 2. – С. 75–78.

115. Лутченко Н. Г. Биолого-педагогические закономерности управления физическим состоянием человека / Н. Г. Лутченко, Н. И. Перевозникова, И. Н. Григорьев // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2012. – Т 7, № 1. – С. 249–250.

116. Ляхова Л. І. Оздоровчий біг як джерело зміцнення здоров'я в системі самостійних занять / Л.І. Ляхова – Черкаси, 2012. – 14 с.

117. Магльований А. В. Поняття здорового способу життя, оздоровче тренування / А. В. Магльований // Гуманітарні та ресурсні проблеми національної безпеки України: монографія; Акад. наук вищої освіти України (Книга 2). – К.: Експрес-Поліграф, 2012. – С. 76–112.

118. Малахов Г. П. Укрепление здоровья в пожилом возрасте / Г. П. Малахов. М: ЗАО "Весь", 2009. – 352 с.

119. Маликова А. Н. Изменение психофизиологического состояния работниц промышленного производства в процессе использования комплексной программы физической реабилитации / А. Н. Маликова, А. А. Кузнецов, Н. В. Маликов // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. – № 4 – С. 100–102.

120. Маркина Л. Д. Определение биологического возраста человека методом В.П. Войтенко / Л. Д. Маркина. – Владивосток. – 2001. – 29 с.

121. Маркин С. П. Расстройства сна и депрессия / С. П. Маркин, В. А. Маркина // Валеология. – 2012. – № 3. – С. 43–47.

122. Марцинкевич Е. Д. Здоровье и физическая рекреация человека / Е. Д. Марцинкевич // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 482–483.

123. Маслова М. В. Влияние стрессовых ситуаций на профессиональную деятельность педагогов и пути их преодоления / М. В. Маслова // Молодой ученый. – 2015. – № 8. – С. 855–857.

124. Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я населення працездатного віку в Україні / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації: наук.-прак. видан. – К.: Українiка наукова, 2010. – Т. 14, № 2. – С. 24–33.

125. Методика оцінки рівня рекреаційної активності викладачів 55-65 років: А.с. 50831, Україна / О. В. Федорюк, С. Л. Попель. – Опубл. 21.08. 2013, Бюл. № 4. – 4 с.

126. Методология физической рекреации: взгляд на проблемы, опыт, рекомендации / В. П. Зайцев, С. В. Манучарян, К. Прусик [и др.] // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 4. – С. 13–20.

127. Мильнер Е. Г. Пути повышения оздоровительной тренировки / Е. Г. Мильнер // Теория и практика физической культуры. – 2010. – № 9. – С. 43–48.

128. Михалюк Є. Л. Переваги проби Мартіне-Кушелевського для оцінки функціонального стану школярів та студентів / Є. Л. Михалюк, С. М. Малахова // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 182–185.

129. Михальчук Т. Особливості впливу занять оздоровчою ходьбою на організм людей похилого віку / Т. Михальчук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 4. – С.

115–117.

130. Мицкан Б. М. Методи дослідження фізичного розвитку, фізичної підготовленості, фізичної працездатності та соматичного здоров’я людей різного віку / Б. М. Мицкан, С. Л. Попель, М. А. Мицкан. – Івано-Франківськ: Плай, 2000. – 32 с.

131. Мицкан Б. Здоровий спосіб життя в контексті ноосферного мислення / Б. Мицкан // Актуальні проблеми розвитку руху “Спорт для всіх” у контексті європейської інтеграції України: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. – Тернопіль, 2004. – С. 4–7.

132. Мицкан Б. М. Характеристика факторів, які впливають на ставлення до індивідуального здоров’я / Б. М. Мицкан, Я. Ф. Остафійчук, О. Я. Фотуйма // Сучасні проблеми ФВіС учнівської та людей похилого віку: тези доповідей всеукр. наук. конф. – Івано-Франківськ, 2004. – С. 184–189.

133. Мицкан Б. М. Актуальні проблеми розвитку фізичного виховання і туризму в сучасному суспільстві / Б. М. Мицкан, Т. В. Бойчук, О. Я. Фотуйма . – Івано-Франківськ: Видавничий центр Галицька Академія, 2008. – 385 с.

134. Мицкан Б. М Обґрунтування ревіталізації організму осіб “третього віку” засобами фізичного виховання / Б. М. Мицкан, Н. В. Фединяк // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 10. – С. 18–24.

135. Міхеєнко О. І. Конкретизація сутності поняття “здоров’я” як методологічне підгрунтя практики оздоровлення організму людини [Електронний ресурс] / О. І. Міхеєнко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 2. – С. 42–46. – Режим доступу: doi:10.6084/m9.figshare.639257.

136. Моделювання та впровадження програм щодо здорового способу життя / під заг. ред. І. Звєрєвої, Г. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2002. – 58 с.

137. Модифікація образу життя: фізична активність, поведінкова психотерапія, здорове харчування – головні принципи попередження ожиріння і хвороб людини / В. О. Мітюков, М. І. Томашевський, А. В. Сімарова [та ін.] //

Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 5. – С. 174–180.

138. Момот О. О. Рухова активність як запорука здорового способу життя / О. О. Момот // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт. – Чернігів: ЧНПУ, 2013. – № 112. – Т. 3. – С. 263–266.

139. Мороз О. Ефективність застосування фітнес-програм для корекції маси та складу тіла жінок / О. Мороз // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. – № 3 – С. 25–29.

140. Москаленко В. Ф. Концептуальные основы формирования общегосударственной программы «Здоровье 2020: украинское измерение» / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 71–72.

141. Москаленко В. Ф. Современные медико-социальные проблемы старения населения и подходы к их решению / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 73–74.

142. Мотылянская Р. Е. Физическая культура и возраст / Р. Е. Мотылянская, Л. И. Стогова, Ф. А. Иорданская. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 280 с.

143. Мухамед’яров Н. Н. Методологічні засади формування здорового способу життя [Електронний ресурс] / Н. Н. Мухамед’яров // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 3. – С. 36–38. – Режим доступу: doi:10.6084/m9.figshare.644981.

144. Мушенюк І. Антистарість, антиейджинг, анти хвороби, або дещо про теорію довголіття / І. Мушенюк // Medix Anti-aging. – 2010. – № 4. – С. 62–65.

145. Некоторые показатели нервной системы у подростков в различных экологических условиях на протяжении дневного бодрствования / Е. В. Будкевич, В. А. Батурин, Р. О. Будкевич [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – № 3. – С. 45–47.

146. Необходимое предисловие к использованию немедикаментозных методов коррекции нарушенного сна / А. Т. Быков, Т. Н. Маляренко, Ю. Е. Маляренко [и др.] // Валеология. – 2007. – № 1. – С. 25–31.

147. Нормативные значения спектральных характеристик ЭЭГ здоровых испытуемых от 7 до 89 лет / Е. П.Терещенко, В. А. Пономарев, А. Мюллер [и др.] // Возрастная психофизиология. – 2010. – № 4. – С. 4–7.

148. Оржеховська В. М. Формування здорового способу життя: стратегія розвитку / В. М. Оржеховська // Науковий світ. – 2008. – № 10. – С. 28–30.

149. Павленко В. Б. ЭЭГ-корреляты тревоги, тревожности и эмоциональной стабильности у взрослых здоровых испытуемых / В. Б. Павленко, С. В. Черный, Д. Г. Губкина // Нейрофизиология. – 2009. – Т. 41, № 5. – С. 400–408.

150. Павлова Ю. Фізична активність людей літнього віку / Ю. Павлова, Л. Вовканич, Б. Виноградський // Фізична активність, здоров’я і спорт. – 2010. – № 1. – С. 62–74.

151. Павлова Ю. О. Якість життя, пов’язана із здоров’ям та рухова активність жінок і чоловіків різного віку / Ю.О. Павлова // “Біомеханічні, педагогічні, психологічні аспекти фізичного виховання і спорту”: мат-ли конф.: зб. статей. – Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2012. – Т. 1, Вип. 102. – С. 277–281.

152. Павлова Ю. О. Оцінювання впливу рухової активності у прогнозуванні якості життя / Ю. О. Павлова // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 222–226.

153. Павлова Ю. Якість життя літньої людини: значення здоров’я та рухової активності / Ю. Павлова // Фізична активність здоров’я і спорт. – 2014. – Т. 15, №1. – С. 54–61.

154. Павлюковский О. Н. Биологический возраст человека / О. Н. Павлюковский. – М., 2007. – 212 с.

155. Панасюк Я. А. Фоновая гамма активность в электроэнцефалограмме как показатель уровня устойчивого (тонического) внимания / Я. А. Панасюк, О. Б. Мацелепа, Б. В. Чернышев [и др.] // Журнал высшей нервной деятельности.– 2011.– Т. 61, № 1.– С. 75–84.

156. Паначев В. Д. Актуальные аспекты физической культуры / В. Д. Паначев // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 226–230.

157. Панкратов Н. С. Общие представления о двигательной активности / Н. С. Панкратов // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 230–235.

158. Пензай С. Мотиваційні приорітети до занять фізичною культурою і спортом викладачів педагогічних вищих навчальних закладів / С. Пензай // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2011. – № 2. – С. 52–54.

159. Петанова Е. И. Факторы риска нарушений здоровья преподавателей ВУЗов / Е. И. Петанова // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 371–372.

160. Пирогова Е. А. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека / Е. А. Пирогова, Л. Я. Иващенко, Н. П. Страпко. – К.: Здоровье, 1986. – 152 с.

161. Пишнов Г. Ю. Особливості структури взаємозв'язку психофізіологічних характеристик у осіб напруженої праці з різним рівнем хронічного стомлення / Г. Ю. Пишнов, В. В. Кальниш // Журн. АМН України.– 2011.– Т. 17, № 2.– С. 31–39.

162. Пишнов Г. Ю. Концепция универсальности трансформаций функциональных состояний организма работающего человека при развитии утомления. Сообщение 1. Термины, понятия, гипотезы / Г. Ю. Пишнов, В. В. Кальниш // Український журнал з проблем медицини праці.– 2011.– Т. 26, № 2.– С. 11–19.

163. Подколзин А. А. Старение, долголетие и биоактивизация / А.А. Подколзин, В. И. Донцов. – М., 2006. – 264 с.

164. Полатайко Ю. О. Здоровий спосіб життя людей різного віку: стрес, адаптація, спорт / Ю. О. Полатайко, О. Ф. Баканова. – Харків: Нац. аерокосм. ун-т "Харк. авіац. ін-т", 2010. – 192 с.

165. Полькина Т. М. Анализ показателя жизненной удовлетворенности у людей пенсионного возраста / Т. М. Полькина, Т. С. Чуйкова // Вестник Башкирского университета. – 2012. – Т. 17, № 3. – С. 1413–1415.

166. Поп Т. Вплив деяких факторів на справність (тремор) рук у літніх осіб / Т. Поп, Й. Адамек, І. Опалінска // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2013. – Т. 11, № 1. – С. 76–82.

167. Правительство одобрило Концепцию Общегосударственной целевой социальной программы развития физической культуры и спорта на 2012-2016 годы [Электронный ресурс]. – Правительственный портал. – 02.09.2011/15:57. – Преес-служба Государственной службы молодёжи и спорта. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/ru/publish/article

168. Практическая психология в тестах или как научиться понимать себя и других / сост. Р. Римская, С. Римский. – М.: АСТ-ПРЕСС, 2009. – 394 с.

169. Презлята Г. Здоровий спосіб життя: ідеї, пошуки, досвід / Г. Презлята. – Івано-Франківськ, 2013. – 484 с.

170. Приступа Є. Рекреація, як соціально-культурне явище, різновид і результат діяльності / Є. Приступа, А. Жепка, Л. Войцех // Педагогіка, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 112–120.

171. Приступа Є. Концепція вільного часу людини, як важливої категорії рекреації / Є. Приступа, А. Жепка, Л. Войцех // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 106–112.

172. Приступа Є. Якість життя людини: категорії, компоненти та їх вимірювання / Є. Приступа, Н. Куриш // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 54–63.

173. Прокопенко Н. А. Пенсионная реформа и потенциальные возможности занятости пожилого населения на Украине / Н. А. Прокопенко // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 2. – С. 343–350.

174. Психология / [В. М. Аллахвердов, С. И. Богданова, Л. И. Вансовская [и др.]; под ред. А. А. Крылова.] – М.: Проспект, 2008. – 583 с.

175. Психологические и психофизиологические механизмы саморегуляции и дезадаптации личности. Сообщение 2. / Э. М. Казин, Е. К. Айдаркин, А. И.Федоров [и соав.] // Валеология. – 2012. – № 3. – С. 81–91.

176. Психологические и психофизиологические механизмы саморегуляции и дезадаптации личности. Сообщение 3. / Э. М. Казин, Е. К. Айдаркин, А. И. Федоров [и соав.] // Валеология. – 2012. – № 4. – С. 73–80.

177. Раевський Р. Т. Здоровье, здоровый и оздоровительный образ жизни / Р. Т. Раевский, С. М. Канишевский // Наука и техника. – 2008. – С. 25–30.

178. Разумникова О. М. Значение основных жизненных ценностей и возрастные особенности самооценки здоровья / О. М. Разумникова, Н. В. Асанова // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 493–500.

179. Ріпак М. Спосіб життя та стан здоров’я жінок-вчителів / М. Ріпак // “Молода спортивна наука України”: мат-ли наук.-практ. конф.: зб. статей. – Львів, 2014. – Т. 4, Вип. 18. – С. 136–140.

180. Робак В. Є. Проблематика старіння в інтердисциплінарному контексті: понятійно-термінологічний апарат дослідження / В. Є. Робак // Педагогічні науки. – 2011. № 1. – С. 90–98.

181. Розробка методів моніторингу, валеологічного супроводу та корекції стану здоров’я людини / М. С. Гончаренко, Т. П. Камнєва, І. О. Корженко [та ін.] // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 88–91.

182. Роль осознаваемых и неосознаваемых воздействий в коррекции функционального состояния организма человека на этапе старения / Т. Н.

Маляренко, А. Т. Быков, Ю. Е. Маляренко, Д. А. Аверин // Валеология. – 2007. – № 1. – С. 18–26.

183. Романенко Я. М. Якість життя як сучасна проблема реабілітології / Я. М. Романенко, Ю. О. Лляной // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. – № 4 – С. 91–95.

184. Рудавка С. І. Проблема здоров'я населення України та його вплив на соціально-екномічний розвиток країни / С. І. Рудавка // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2012. – Т. 16, № 1. – С. 208–214.

185. Рыбковский А. Г. Программное управление двигательной активностью / А.Г. Рыбковский, В. П. Бизин, С. М. Канишевский // Теорія і практика фізичного виховання // Науково – методичний журнал. – Донецк. – 2010. – №1. – С. 148–155.

186. Рыжкин Ю. Е. Физическая рекреация в комплексе наук о человеке / Ю. Е. Рыжкин // Вестник Балтийской педагогической академии. – 2011. – № 40. – С. 75–78.

187. Сагун І. Г. Поняття "Активного старіння" в контексті проблеми освіти людей похилого віку в Європейській спільноті / І. Г. Сагун // Вісник Хмельницького національного університету. – 2010. – № 1. – С. 45–49.

188. Самодай В. Проблематика формування здорового способу життя / В. Самодай // Спортивний вісник Придніпров'я. – Дніпропетровськ, ДДІФКіС. 2013. – № 2. – С. 88 – 92.

189. Сеймук А. О. Вивчення працездатності та стрес-факторів, які впливають на організм / А. О. Сеймук, В. А. Хаджинов, Н. Г. Чекмарьова // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 251–255.

190. Селиверстова Н. С. Мнение пожилых людей о проблемах, связанных с выходом на пенсию / Н. С. Селиверстова // Молодой ученый. – 2015. – № 1. – С. 373–375.

191. Селуянов В. Н. Технология оздоровительной физической культуры / В. Н. Селуянов. – 2-е изд. – М.: ТВТ Дивизион, 2009. – 192 с.

192. Семенкова Т. Н. Разработка и реализация комплексной программы “ВУЗ здорового образа жизни” / Т. Н. Семенкова, Н. Э. Касаткина // Валеология. – 2011. – № 2. – С. 22–30.

193. Сєногонова Г. І. Ожиріння – хвороба XXI століття / Г. І. Сєногонова // Технологічний аудит та резерви виробництва. – 2013. – Т. 5, № 4. – С. 26–27.

194. Сікура А. Й. Поняття “малорухомий спосіб життя” відповідно до впливу на здоров’я / А. Й. Сікура, В. І. Пліско // Біомеханічні, педагогічні, психологічні аспекти фізичного виховання та спорту. – 2012. – Т. 1, № 102. – С. 353–356.

195. Сікура А. Гіпокінезія як різновид залежності / А. Сікура, В. Пліско // Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк: ВНУ, 2012. – Т. 19, № 3. – С. 247–252.

196. Система физической подготовки людей зрелого и пожилого возраста / С. Ермаков, Ж. Козина, К. Прусик [и др.] // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 9. – С. 43–48.

197. Скрипник Д. В. Локус контролю в контексті здорового способу життя / Д. В. Скрипник // Стратегія формування здорового способу життя. – К., 2000. – С. 188–192.

198. Собчик Л. Н. МЦВ – метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2001. – 112 с.

199. Сорокіна С. О. Вплив занять фізичними вправами на вікові зміни та темпи старіння організму у жінок 30-50 років / С. О. Сорокіна // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 7. – С. 109–111.

200. Соціально-економічне становище України за 2014 рік // Урядовий кур’єр. – 2015. – 1 лютого. – 30 с.

201. Спортивные игры, их роль и место в оздоровительном пространстве ВУЗа / С. С. Ермаков, М. Цеслицка, Б. Станкевич [и др.] // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 105–109.

202. Спосіб визначення тремору: Пат. 29277А, Україна. МКІ А61В5/11 / Т. В. Мироненко. – № 29042235; Заявл. 30.04.1998; Опубл. 16.10.2000, Бюл. № 5. – 5 с.

203. Статистичний щорічник України за 2014 рік. – Київ: ТОВ "Август Трейд", 2015. – 323 с.

204. Строганов С. В. Корекція статури чоловіків засобами оздоровчого фітнесу / С. В. Строганов, І. Ю. Копєйко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 7. – С. 112–114.

205. Стратегія економічного і соціального розвитку України (2004-2015 рр.) "Шляхом європейської інтеграції" / [авт. кол.: А. С. Гальчинський, В. М. Геєць та ін.]; Нац. ін-т стратегічних дослідж., Ін-т екон. прогнозування НАН України, М-во екон. та з питань європ. інтегр. України. – К.: ІВЦ Держкомстату України, – 2004. – 416 с.

206. Суббота Ю. В. Оздоровчі рухові програми самостійних занять фізичною культурою і спортом / Ю. В. Суббота. – К.: КНЕУ, 2007. – Вип. 1. – 164 с.

207. Темпы старения учителей Кемеровской области / Н. А. Заруба, Н. А. Литвинова, Е. В. Броздовская [и др.] // Валеология. – 2007. – № 1. – С. 27–30.

208. Теоретико-прикладные аспекты здоровья как базовой адаптивной, личностной и социальной ценности. Сообщение 1. Социально- биологическая основа здоровья и адаптивных возможностей индивида / Э. М. Казин, Е. К. Айдаркин, А. И.Федоров [и др.] // Валеология. – 2012. – № 2. – С. 7–14.

209. Тепаева А. И. Медико-социальные параметры исследования качества жизни пациентов, страдающих избыточным весом / А. И. Тепаева, Т. И. Родионова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 23–25.

210. Тимченко А. М. Формування здоров’я в соціальному середовищі / А. М. Тимченко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 261–266.

211. Тимченко Г. М. Система моніторування здоров’я з використанням хронобіологічного підходу / Г. М. Тимченко, В. О. Темченко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 266–273.

212. Тихвинский С. Б. Здоровье человека – главная проблема общества /С. Б Тихвинский . // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 259–260.

213. Томенко О. А. Рівень соматичного здоров’я і рухової активності людей похилого віку / О. А. Томенко, С. А. Лазоренко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків, 2010. – № 2. – С. 17–20.

214. Третяк О. С. Вплив фізичної культури на життєдіяльність та здоровий спосіб життя викладачів вишу / О. С. Третьяк // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 279–283.

215. Троценко В. В. Вплив рухової активності на формування стійких навичок здорового способу життя людей похилого віку [Електронний ресурс] / В. В. Троценко // Проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 8. – С. 93–95. – Режим доступу: www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb/texts/8/10tvvhe.pdf.

216. Трубицин А. Г. Объединённая теория старения / А. Г. Трубицин // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 4. – С. 563–581.

217. Тяпин А. Н. Методика занятий плаванием круговой тренировкой с лицами зрелого и пожилого возраста при сердечно-сосудистых заболеваниях: метод. рекоменд. / А. Н. Тяпин. – М.: Сов. спорт, 2010. – 32 с.

218. Украинцы превращаются в нацию хиляков. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.facenews.ua/news/2012/84709/.

219. Унгуряну Т. Н. Программное обеспечение для статистической обработки данных STATA / Т. Н. Унгуряну, А. М. Гржибовский // Экология человека. – 2014. – № 1. – С. 60–63.

220. Фединяк Н .В. Антиеджингові властивості плавання / Н. В. Фединяк // Вісник Прикарпатського національного університету. Серія: Фізична культура. – 2013. – № 18. – С. 108–116.

221. Фединяк Н. В. Використання дозованої гіпоксії для сповільнення вікових змін організму людей старшого віку / Н. В. Фединяк // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. Т. 43, № 5 – С. 87–92.

222. Фединяк Н. В. Антиейджингова програма для чоловіків та жінок 50-60 років / Н. В. Фединяк // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. Т. 40, № 2 – С. 125–130.

223. Фізична культура як неодмінна складова формування здорового способу життя молоді / [Яременко О. О., Дубогай О. Д., Левін Р. Я., Буцька Л. В.]. – К.: Укр. ін-т соц. досліджень, 2005. – Кн. 6. – 124 с.

224. Фізична культура за місцем роботи / В. В. Афанасьєв, І. В. Бурлака, С. Є. Толмачова [та ін.] // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 1. – С. 7–10.

225. Физическая культура как составляющая часть здорового образа жизни / З. С. Архангородский, Л. Д. Востроknутов, В. В. Ерёменко [и др.] // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. – № 1. – С. 173–176.

226. Физическая культура – основной инструмент культуры здоровья / С. С. Ермаков, Г. Л. Апанасенко, Т. В. Бондаренко [и др.] // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 11. – С. 31–33.

227. Фурманов А. Г. Физическая рекреация: виды, формы и средства активного досуга /А. Г. Фурманов // “Современные экологические проблемы устойчивого развития Полесского регионами сопредельных территорий: наука, образование, культура”: мат-лы III Междунар. науч.-практ. конф., 25-27 сент. 2007 г.Мозырь. – Мозырь: МГПУ им. И. П. Шамякина, 2007. – Ч. 1. – С. 26–28.

228. Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста / Н. В. Советкина, Г. Т. Арьева, Н. А. Овсянникова [и др.] // Успехи геронтологии. – 2011. – Т. 24, № 3. – С. 438–442.

229. Хильдебрандт Г. Биологические ритмы. Медицинское применение // Г. Хильдебрандт, М. Мозер, М. Лехофер. – М.: Арнебия, 2006. – 144 с.

230. Частота тревожных и депрессивных расстройств среди преподавателей ВУЗов г. Тюмень / И. С. Калинова, О. А. Кичерова, Л. В. Рейхерт [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 45–46.

231. Шагидаева А. Б. О старости как последнем этапе онтогенеза / А. Б. Шагидаева // Молодой ученый. – 2014. – № 4. – С. 725–729.

232. Шаповал Н. С. Регуляція маси тіла як основна мотивація до активного способу життя / Н. С. Шаповал // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 3 – С. 24–27.

233. Шенделева С. В Здоровье и здоровый образ жизни как культурологическая ценность в истории педагогики / С. В. Шенделева // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка – 2007. – № 5. – С. 24–26.

234. Шейко Л. В. Влияние оздоровительного плавания на организм мужчин 50–60 лет с избыточной массой тела и ожирением / Л. В. Шейко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. – № 4 – С. 10–14.

235. Шейко Л. В. Взаимосвязь и различия спортивного, рекреативного и оздоровительного плавания / Л. В. Шейко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 314–318.

236. Шишкина А. В. Спартакиада преподавателей ВУЗов Урала и Сибири «ДРУЖБА»: опыт поколений / А. В. Шишкина // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 508–509.

237. Шиян О. І. Державна освітня політика з питань забезпечення здорового способу життя: монографія / Олена Іллівна Шиян. – Львів: Львівський державний ун-т фізичної культури, 2010. – 295 с.

238. Шмагарина П. Ю. Спортивные праздники в корпоративной культуре организации / П. Ю. Шмагарина // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 510–511.

239. Шулиндіна К. В. Особливості впливу занять оздоровчою ходьбою на людей похилого віку / К. В. Шулиндіна, О. П. Шишкін // Збірник матеріалів наукових досліджень студентів та магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. – 2012. – № 4. – С. 79–82.

240. Щекина Н. Б. Предпосылки развития идей о здоровье и здоровом образе жизни / Н. Б. Щекина // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 1. – С. 125–128.

241. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред.О. С. Мусія. –К., 2014. – 438с.

242. Якубовская А. Р. Коррекция психофизического состояния лиц пожилого возраста методом комплексного использования двигательных и психорегулирующих средств воздействия: метод. рекоменд. / А. Р. Якубовская, С. И. Изаак. – М.: Сов. спорт, 2007. – 24 с.

243. Якубовская А. Р. Профилактика негативных состояний лиц пожилого возраста за счет комплекса психорегулирующих средств / А. Р. Якубовская, О. В. Тиунова – М., 2007. – С. 135–140.

244. Ярошенко Ю. Т. Механізми зниження максимальної фізичної працездатності при старінні людини та шляхи її підвищення: автореф. дис. … докт. мед. наук, спец. 14.03.03. «Нормальна фізіологія» / Ю. Т. Ярошенко. – Київ. – 2005. – 37 с.

245. Ясько Л. В. Динамика показателей психофизиологического состояния студентов специальной медицинской группы в процессе занятий физическим воспитанием / Л. В. Ясько // Вісник Чернігівського національного

педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Т. 3, № 118. – С. 332–334.

246. Active mobility of the extremities in older subjects / J. M. Walker, D. Due, N. Miles-Elkousy [et al.] // Phys. Ther. – 2004. – Vol. 64. – P. 919–923.

247. Adeyemo K. Influence of Demographic Variables on Choice of Sports Activities in Lagos State / K. Adeyemo, Gbenga Ajibola // J. Res. & Method in Education. – 2014. – Vol. 4, № 1. – P. 26 – 29.

248. Assessment of balance control in the elderly: major issues / A. E. Patla, J. S. Frank, D. A. Winter [et al.] // Phys. Ther. Can. – 2009. – Vol. 42. – P. 89–97.

249. Backhouse S. H. Exercise makes people feel better but people are inactive: Paradox or artifact? / S. H. Backhouse, P. Ekkekakis, S. J. H. Biddle // J. Sport Exercise Psy. – 2007. – Vol. 29. – P. 498–517.

250. Bower G. H. Emotional mood and memory / G. H. Bower // American Psychologist. – 2012. –Vol. 36. – P.129–148.

251. Buchner D. M. Physical activity / D. M. Buchner, L Goldman, D Ausiello // Cecil Medicine. – Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. – 23 rd ed. – P. 64–67.

252. Cardiovascular responses of 50-69 year old men and women to exercise training / J. Harberg, J. Graves, M. Limacher [et al.] // J. Appl. Physiol. – 2009. – Vol. 66. – P. 2589–2594.

253. Chandler J. M. Exercise to improve physiologic and functional performance in old age / J. M. Chandler, E. C. Hadley / Clin. Geriatr.Med. – 2006. – № 12. – P. 761–784.

254. Changes in physical fitness profilogramach women aged 60–75 years under training health / J. Kortas, K. Prusik, K. Prusik, Z. Ossowski [et al.] // Pedagogika, psychology and medical-biology problems fisical education and sport. – 2011. – № 10. – C. 119–124.

255. Ecker D. Exercise in elderly people / D. Ecker // J. Sports Sci. & Med. – 2005. – Suppl. 7. – 50 p.

256. Effect of exercise on cardiovascular ageing / F. Kasch, J. Boyer, S. Van Camp [et al.] // Age Ageing. – 2003. – Vol. 22. – P. 5–10.

257. Effects of aerobic exercise on cognitive and psychosocial functioning in older patients with mild hypertension / T. W. Pierce, D. J. Madden, W. C. Siegel [et al.] // Health Psychol. – 2003. – № 12. – P. 286–291.

258. Effects of weight loss aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle-aged and older men / L. Katzel, E. Bleecker, E. Colman [et al.] // JAMA/ – 2005. – Vol. 274. – P. 1915–1920.

259. Effects of exercise training on 60 to 69 year old persons with essential hypertension / J. Hagberg, S. Montain, W. Martin [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2009. – Vol. 64. – P. 348–353.

260. Effects of gender, age, and fitness level on response of VO_{2max} to training in 60–71 year olds / W. Kohrt, M. Malley, A. Coggan [et al.] // J. Appl. Physiol. – 2011. – Vol. 71. – P. 2004–2011.

261. Exercise Improves Fat Metabolism in Muscle But Does Not Increase 24-h Fat Oxidation / M. L. Edward, K. McLean, J. Wittmann [et al.] // Exercise & Sport Sciences Reviews. – 2009. – Vol. 37, № 2. – P. 93–101.

262. Farchat S. Assessment of the physical health status and the quality of life among Saudi older adults / S. Farchat // Mitteilungen Klosterneuburg. – 2013. – Vol. 64, № 9. – P. 32–35.

263. Fernanda T. D. The influence of Pilates method in quality of life of practitioners / T. D. Fernanda, L. M. Faria, J. I. Wittmann // Journal of Bodywork and Movement Therapies. – 2013. – Vol. 17. – P. 483–487.

264. Kolata G. Does Exercise Really Keep Us Healthy? [Virtual Resource] / G. Kolata. – Access Mode: URL: http://www.nytimes.com/ref/health/health html 1/8/2008.

265. Kozina Zh. L. Psychophysiological possibility of mountaineers and climbers specializing in speed climbing and climbing difficulty / Zh. L. Kozina, O. A. Ryepko, Kr. Prusik, Mirosiawa Cieньlicka. – Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports. – 2013. – Vol. 10. – P. 41–46.

266. Landolt H. P. Genotype-dependent Differences in Sleep. Vigilance and Response to Stimulants / H. P. Landolt // Current Pharmaceutical Design. – 2008. – Vol. 14. – P. 3396–3407.

267. Martinmäki K. Intraindividual validation of heart rate variability indexes to measure vagal effects on heart / K. Martinmäki, H. Rusk, L. Kooistra // Am. J. Physiol. Heart and Circ. Physiol. – 2006. – Vol. 290, № 2. – P. 640–647.

268. Mechling Heinz. Special issue – socioeconomic perspective on physical activity and aging / Heinz Mechling // Eur Rev Aging Phys Act. – 2011. – № 8. – 51–67.

269. Moreno J. A. Motivation and performance in physical education: an experimental test / J. A. Moreno, D. Gonzalez-Cutre, J. Martin-Albo // Journal of Sports Science and Medicine, 2010. – Vol. 9, № 1. – P. 79–85.

270. Nikolaos S. Physical Activity, Diet, and Risk of Alzheimer Disease / S. Nikolaos, J.A. Luchsinger, N. Schupf // Original Contribution. – 2009. – Vol. 30. – P. 627–637.

271. Ntoumanis N. Motivation in physical education classes: a self-determination theory perspective / N. Ntoumanis, M. Standage // Theory and Research in Education. – Lawrence, 2011. – Vol. 7. 2. – P. 194–202.

272. Paffenbarger R. Jr. A history of physical activity, cardiovascular health and longevity: the scientific contributions of Jeremy N. Morris, DSc, DPH, FRCP / R. Jr. Paffenbarger, S. Blairc, I. Leeb // International Journal of Epidemiology. – 2011. – Vol. 30. – pp. 1184–1192.

273. Pelletier L. G. Validation of the revised sport motivation scale (SMS-II). / L. G. Pelletier, Meredith Rocchi, Robert J. Vallerand // Psychology of Sport and Exercise – 2013 – Vol. 14 – P. 329 – 341.

274. Peluso M. A. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood / M. A. Peluso, L. H. Guerra de Andrade // Clinics. – 2005. – Vol. 60, № 1. – P. 61–70.

275. Physical activity is related to timing performance in older adults / A. N. Szabo, A. S. Bangert, P. A. Reuter-Lorenz, R. D. Seidler // Aging, Neuropsychology, and Cognition. – 2012. – Vol. 20, № 3. – P. 356–369.

276. Plante T. E. Physical fitness and enhanced psychological health / T. E. Plante, J. Rodin // Curr. Psychol. Res. Revol. – 2010. – № 9. – P. 3–24.

277. Prusik K. Kryteria ilościowe i jakościowe oceny zdrowia pozytywnego kobiet w starszym wieku / K. Prusik // Pedagogyc, psychology and medical-biology problems phisical education and sports. – 2011. – № 1. – С. 130–135.

278. Prusik K. Criteria of estimation of positive health level in the longterm process of the health training of women of senior age / K. Prusik // Pedagogyc, psychology and medical-biology problems phisical education and sports. – 2011. – № 9. – С. 139–143.

279. Robin J. Aging and health: effects of the sense of control / J. Robin // Science. – 2012. – Vol. 233. – P. 1271–1276.

280. Robert H.W. Evidence of an association among age-related changes in physical, psychomotor and autonomic function / H.W. Robert, J.M. Hondzinski, C.M. Lee // Age and Ageing. – 2003. – Vol. 32. – P. 415–421.

281. Sataro G. Hormetic effects of regular exercise in aging: correlation with oxidative stress / G. Sataro, N. Hisashi, K. Takao // Appl. Physiol. Nutr. Metab. – 2007. – Vol. 32. – P. 948–953.

282. Sidman C. L. Meeting Physical Activity Goals: A Case Study of an Active Older Adult / C. L. Sidman // Int. J. Health Prom. Educ. – 2011. – Vol. 49, № 1. – P. 27–32.

283. Slater C. Behaviour, lifestyle, and socioeconomic variables as determinants of health status: implications for health policy development / C. Slater, B. Carlton // Am. J. Prevent. Med. – 2005. – № 5. – P.25.

284. Sources of cortical rhythms in adults during physiological aging: a multimetric EEG study / C. Babiloni, G. Binetti, A. Cassarino [et al.] // Human Brain Mapping. – 2006. – №. 27. – P. 162–166.

285. Stidder G. The really useful physical education / G. Stidder. – Tatlor Francis, 2010. – 216 p.

286. Stones M. Physical activity, age, and cognitive/motor performance / M. Stones, A. Kozma // Cognitive Development in Adulthood: Progress in Cognitive Development Research (M.L.Howe and C.J.Brainerd (Eds.). – NY: Springer-Verlag, 2008. – P. 273–321.

287. Suominen H. A life course approach to physical activity, health, and aging / H. Suominen, E. Heikkinen // Eur Rev Aging Phys Act. – 2011. – № 8. – P. 5–6.

288. Sykes K. Accumulating aerobic exercise for effective weight control / K. Sykes, L. C. Lau, M. Cotterrell // J. Royal. Soc. Prom. Health. – 2004. – Vol. 124. – № 1. – P. 24–28.

289. Sykes K. Institute of Medicine of the National Academies of Science: Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients) / K. Sykes. – Washington: National Academy Press, 2005. – 345 p.

290. The effects of an aerobic exercise program on psychological variables in older adults / S. Perri, D. Templar, M. Pratt [et al.] // Int. J. Hum. Revol. – 2005. – Vol. 20. – P. 162–172.

291. The effect of intensive endurance exercise training on body fat distribution in young and older men / R. Schwartx, W. Shuman, Y. Larson [et al.] // Metabolism. – 2010. – Vol. 40. – P. 545–551.

292. The effect of implementation intentions on physical activity among obese older adults: A randomised control study / A. Bélanger-Gravel, G. Godin, A. Bilodeau [et al.] // Psychology & Health. – 2012. – Vol. 28 (2). – P. 217–233.

293. The relation between risk perceptions and physical activity among older adults: A prospective study / Y. Stephan, J. Boiche, D. Trouilloud [et al.] // Psychology & Health. – 2011. – Vol. 26, № 7. – P. 887–897.

294. Tudor Iu.-D. Pilates Principles-Psychological Resources for Efficiency Increase of Fitness Programs for Adults / Iu.-D. Tudor, G. Vasilica, M. Tudor // Procedia-Social and Behavioral Sciences. – 2013. – Vol. 84. – P. 658–662.

295. Wolinsky F. D. Age and the sense of control among older adults / F. D. Wolinsky, T. E. Stump // J. Gerontol. – 2006. – Vol. 51. – P. 217–220.

296. Zaniewski I. Active and healthy tourism in the Carpathian recreation region / I. Zaniewski, L. Zaniewska // Health strengthening: factors, mechanisms, and health strategies. – Radom, 2013. – P. 398–401.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А.1
Щоденник самоспостереження

П.І.по Б., _____вік_____

Таблиця А.1.1

Встановлені норми	Аспект самоспостереження	Зазвичай я…	Тепер я буду…	Дата								
	Тривалість нічного сну,											
	Кількість годин, проведених на свіжому повітрі, год.											
	Заняття фізичними вправами, год.											
	Кількість годин, проведених за: книжками; комп'ютером; телевізором											
	Час роботи від однієї перерви до іншої											
	Час, відведений на відпочинок: активний пасивний											
	Конфлікти з оточуючими людьми											
	Кількість прийомів їжі											
	Які лікарські препарати, що активізують (заспокоюють) нервову систему ви приймаєте?											
	Які шкідливі звички притаманні Вам?											

П. І. по-Б. (необов'язково)_____
Факультет_____ Посада _____
Науковий ступінь _____
Вік _____Стать_____
Аспірант Федорюк О.В.
Дата обстеження „___" _____

ДОДАТОК А.2

Щоденник самоконтролю

П.І.по Б., _____вік_____

номер групи_____

Таблиця А.2.1

Місяць / Показники	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Пульс (вранці лежачи)											
Артеріальний тиск, вранці											
Артеріальний тиск, ввечері											
Самопочуття											
Скарги											
Сон											
Апетит											
Бажання займатися											

П. І. по-Б. (необов'язково)_____

Факультет_____ Посада _____

Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК Б.1

Анкета «Фізична рекреація і здоровий спосіб життя»

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає рівень рекреаційної активності викладачів віком 56-65 років та їх ставлення до здорового способу життя. Ваша думка допоможе розробити програму і дати практичні рекомендації для адміністрації та профспілкового комітету університету з підтримки достатнього рівня психо-соматичного здоров'я, фізичної і розумової працездатності Ваших колег. Просимо дати відповідь на запитання даної анкети.

Дякуємо за допомогу!

Інструкція. Перша частина включає 6 питань, 2 з яких носять відкритий характер і являють собою незакінчені речення, а в інших пунктах Вам слід вибрати одну із запропонованих відповідей.

Друга частина анкети складається з двох пунктів: у першому – пропонується перелік із 15 життєвих цінностей, які необхідно пронумерувати відповідно до їх значимості для Вас; в другому – зазначені складові здорового способу життя, які теж необхідно розмістити за цим принципом.

Частина А

1. Я вважаю, що здоровий спосіб життя – це ...

_____

_____

_____

_____

2. Головна ознака здорового способу життя – це ...

_____

_____

3.Як ви оцінюєте стан свого здоров'я ?

а) незадовільний;

б) задовільний;

в) відмінний;

г) важко відповісти.

4. Чи задоволені Ви в цілому рівнем своєї рухової активності ?

а) повністю задоволений;

б) не задоволений;

в) посередньо задоволений;

г). важко відповісти;

5. Я вважаю, що дотримуюсь здорового способу життя на..... %, тому що я

_____

_____

_____

6. Я хотів би вести:

Продовження додатку Б.1

а) більш здоровий спосіб життя;

б) такий самий спосіб життя, як у даний момент.

Частина Б

1. Перелік життєвих цінностей:

матеріальна забезпеченість----------( )
здоров'я----------( )
родина ----------( )
дружба----------( )
краса----------( )
щастя інших----------( )
любов----------( )
пізнання----------( )
розвиток----------( )
впевненість у собі----------( )
творчість----------( )
цікава робота----------( )
розваги----------( )
безтурботне життя----------( )
самоосвіта----------( )

2. Складові ЗСЖ:

займатися рекреацією----------( )
виключення наркотиків----------( )
вести змістовне життя ----------( )
позитивне ставлення до себе----------( )
гармонійні відносини у сім'ї----------( )
нехтування алкоголем----------( )
повноцінно і правильно харчуватися ----------( )
утвердження морально-духовних цінностей----( )
нехтування тютюнокурінням----------( )
доброзичливе відношення до інших----------( )
саморозвиток, самовдосконалення----------( )

П. І. по-Б. (необов'язково)_____

Факультет_____ Посада _____

Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК Б.2

Анкета самооцінки здоров'я (за методикою В.П.Войтенка)

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає ставлення викладачів до власного здоров'я. Ваша самооцінка здоров'я допоможе нам у розробці програми його покращення. Просимо дати відповідь на запитання даної анкети. Дякуємо за допомогу!

Інструкція: Вам пропонуються ряд запитань (табл. Б.2.1). Уважно прочитайте кожне із них і , оцінивши його стосовно себе, дайте відповідь «так» або «ні», на останнє запитання: «добрий», «задовільний», «поганий» або «дуже поганий».

Таблиця Б.2.1

Анкета самооцінки здоров'я

№ з/п	Питання	Відповідь		Оцінка
		так	ні	
1	2	3	4	5
1	Чи турбує Вас головний біль?			
2	Чи можна сказати, що ви легко прокидаєтесь від будь-якого шуму?			
3	Чи турбує вас біль у області серця?			
4	Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився зір?			
5	Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився слух?			
6	Чи намагаєтесь Ви вживати кип'ячену воду?			
7	Чи турбує Вас біль у суглобах?			
8	Ч впливає на Ваше самопочуття зміна погоди?			
9	Чи бувають у Вас періоди, коли після хвилювання вам необхідно заснути?			
10	Чи турбує Вас зниження гнучкості тіла?			
11	Чи турбує Вас біль у області печінки, в правому підребер'ї?			
12	Чи буває у Вас запаморочення?			
13	Чи стало вам складніше зосереджуватись, ніж раніше?			
14	Чи турбує Вас послаблення пам'яті?			
15	Чи відчуваєте Ви в різних частинах тіла поколювання, «ковзання мурашок»			
16	Чи турбує Вас шум або дзвін у вухах?			
17	Чи тримаєте Ви для себе в домашній аптечці один із наступних медикаментів: нітрогліцерин, валідол, серцеві краплі?			
18	Чи бувають у Вас на ногах набряки?			
19	Чи доводиться Вам відмовлятися від деяких страв?			
20	Чи турбує Вас біль в області попереку?			
21	Чи вживаєте Ви з лікувальною метою мінеральну воду?			

Продовження табл. Б.2.1

1	2	3	4	5
22	Чи буває у Вас задуха при швидкій ходьбі?			
23	Чи можна сказати, що в певній стресовій психо-емоційній ситуації Вам не важко розплакатись чи “зірватись” на оточуючих?			
24	Чи ходите Ви на пляж?			
25	Чи бувають у Вас періоди коли відчуваєте себе радісним, збудженим, щасливим?			
26	Чи вважаєте Ви, що зараз ви такі ж працездатні як і 10 років раніше?			
27	Як Ви оцінюєте стан свого здоров’я: • добрий; • задовільний; • поганий; • дуже поганий.			
	СУМА БАЛІВ			

Ключ до опитувальника: 1 бал зараховується за відповідь «так» на питання: 1-23 і «ні» на питання 24-26. На 27 питання при відповіді «поганий» і «дуже поганий» добавляється 1 бал. Підрахуйте набрану суму балів. При ідеальному стані здоров’я оцінка буде «0» і «29» при поганому самопочутті.

П. І. по-Б. (необов’язково)_____

Факультет_____ Посада _____

Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження „___” _____

ДОДАТОК Б.3

Анкета оцінки ставлення викладачів до засобів фізичної рекреації

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає ставлення викладачів до фізичного виховання і спорту для вдосконалення системи фізичної рекреації та фізичної реабілітації для професорсько-викладацького складу 56-65 років, які працюють в університеті. Просимо дати відповідь на запитання запропонованої анкети.

Перед тим, як відповісти на запитання, уважно прочитайте всі запропоновані відповіді, потім виберіть ту, що збігається з Вашою думкою. Якщо жодна з них Вас не влаштовує, то напишіть свою. Дані, які будуть отримані в ході опитування, не розголошуються і будуть використані тільки в узагальненому вигляді, прізвище вказувати не обов'язково. Дякуємо за допомогу!

1. Ваш інтерес до фізичної культури: дуже високий, високий, середній, низький, інтерес відсутній, ставлюсь негативно (підкресліть).

2. Чи займалися Ви раніше в спортивній секції? (так, ні – підкресліть).
   Якщо так, то в якій?_____

3. Чи хотіли б Ви зараз займатися в спортивній секції? (так, ні – підкресліть).
Якщо так, то в якій? _____

4. Чи маєте Ви спортивний розряд? (так, ні – підкресліть).
Якщо так, то який? _____

5. Яка, на Вашу думку, повинна бути мета фізичної реабілітації та рекреації у вищому закладі освіти? (підкресліть)

1) Зміцнення здоров'я;
2) Підтримка рухових умінь і навичок;
3) Професійно-прикладна фізична підготовка;
4) Підвищення фізичного розвитку і фізичної підготовленості;
5) Формування спеціальних знань в галузі фізичної культури і спорту;
6) Сприяння розумовому розвиткові;
7) Формування потреб і мотивів до регулярних занять фізичною культурою;
8) Розвиток моральних, вольових та естетичних якостей особистості;
9) Підготовка спортсменів-розрядників;

Інша_____

6. На Вашу думку, заняття фізичною культурою впливають на стан Вашого здоров'я? (підкресліть)

- Впливають позитивно;
- Не впливають;
- Не можу відповісти.

Продовження додатку Б.3

7. Чим, як правило, Ви займаєтесь у вільний час? (допускається декілька варіантів відповідей)

- спілкуюся з друзями;
- відпочиваю вдома в колі сім'ї;
- граю в комп'ютерні ігри;
- читаю газети, журнали, художню літературу;
- слухаю музику;
- відвідую дискотеки;
- займаюся фізичною культурою;
- відвідую концерти, кінотеатри, виставки;
- дивлюсь телевізор;
- немає вільного часу.

Інші захоплення_____

8. Чи подобається Вам займатися фізичною культурою? (підкресліть):

- йду на заняття з великим бажанням;
- йду на заняття без особливого бажання;
- йду на заняття без бажання.

9. Як часто Ви пропускаєте заняття з фізичної культури? (підкресліть):

- практично не пропускаю;
- пропускаю 3-4 рази за семестр;
- пропускаю більше 5 разів за семестр.

10. Після занять фізичною культурою Ваше самопочуття (підкресліть):

- погіршується;
- залишається без змін;
- стає кращим.

11. За останні роки Ваш стан здоров'я (підкресліть):

- покращився;
- залишився без змін;
- погіршився.

12. Чи відчуваєте Ви втому після занять у ВНЗ? (підкресліть)

- так, і досить швидко;
- так, але після тривалої і напруженої роботи;
- дуже рідко, практично ніколи.

13. Чи є у Вашій сім'ї будь-який спортивний інвентар? (допускається декілька варіантів відповідей)

- немає ніякого спортивного інвентаря;
- є лижі, ковзани;
- є гантелі, штанга, гирі;
- є велосипед;
- є туристичне спорядження;
- є тренажер;
- є інший спортивний інвентар (вкажіть)_____

Продовження додатку Б.3

14.Які показники здорового способу життя притаманні вам? (підкресліть)

Виконання ранкової гімнастики, самостійні заняття фізичними вправами протягом дня, виконання загартовуючих процедур, регулярне медичне обстеження, дотримання режиму дня, організація харчування (2, 3, 4 рази на добу), тривалість нічного сну (до 7 годин, 7-8 годин, більше 8 годин), систематичний догляд за гігієною тіла, одягу та взуття; паління, вживання алкогольних напоїв, наркотиків.

15. Ваші мотиви відвідування занять з фізичного виховання (поставте за мірою значимості, за рейтингом):

1) Зміцнити здоров'я;
2) Підвищити фізичний розвиток і фізичну підготовленість;
3) Звичка до сумлінного виконання будь-яких обов'язків взагалі;
4) Оволодіти технікою видів спорту;
5) Прагнення поспілкуватися з товаришами;
6) Прагнення уникнути неприємностей, пов'язаних із пропусками занять;
7) Інтерес до особистості викладача як до людини, спеціаліста, вченого.

Інші (вказати)_____

16. Назвіть причини, які заважають Вам займатися спортом або фізичною культурою (підкреслити):

1) Відсутність спортивної бази і споруд за місцем проживання
2) Немає вільного часу
3) Не дозволяє стан здоров'я
4) Немає можливостей оплачувати заняття
5) Немаю бажання взагалі займатися спортом
6) Немає компанії, з якими я б відвідувала заняття
7) Відсутність необхідних знань для організації самостійних занять
8) Відсутність секцій з тих видів спорту, які мене цікавлять
9) Відсутність спортивного одягу і взуття
10) Відчуваю себе здоровим, тому і не займаюсь

Інші причини_____

17. Вкажіть, будь-ласка, про себе:

П. І. по-Б. (необов'язково)_____

Факультет_____ Посада _____

Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження „___"_____

ДОДАТОК Б.4

Анкета «Спосіб та якість мого життя»

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає рівень рекреаційної активності викладачів віком 56-65 років та їх ставлення до здорового способу життя. Ваша думка допоможе розробити програму і дати практичні рекомендації для адміністрації та профспілкового комітету університету з підтримки достатнього рівня психо-соматичного здоров'я, фізичної і розумової працездатності Ваших колег. Просимо дати відповідь на запитання даної анкети.

*Дякуємо за допомогу**!***

№ з/п	Запитання анкети	Відповідь
1.	Вкажіть, будь ласка, Ваш вік (років)	
2.	Скільки Ви працюєте викладачем ВНЗ?	
3.	Середня кількість годин перебування на роботі в тиждень	
4.	Характер Вашої діяльності у вузі (лекційні, практичні, лабораторні заняття, методична робота)	
5.	Характер Вашої позаурочної роботи у ВНЗ (куратор, профспілкова робота, заступник декана, робота в методичній раді тощо)	
6.	Середня кількість годин в тиждень, яку Ви присвячуєте роботі вдома	
7.	Характер Вашої роботи вдома (навчально-методична, наукова, теоретична робота тощо)	
8.	На місце роботи Ви переважно добираєтесь: пішки, частіше пішки, на транспорті, частіше транспортом, як коли	
9.	З роботи Ви переважно добираєтесь: пішки, частіше пішки, на транспорті, частіше транспортом, як коли	
10.	Приблизна відстань до роботи від місця Вашого проживання	
11.	Чи маєте Ви додаткове місце роботи, але не у вузі	
12.	Скільки часу у Вашому добовому бюджеті часу займає рухова активність (включаючи прогулянки пішки, походи в магазин, в дитсадок, школу, дачу, прибирання вдома тощо)?	
13.	Чи займаєтесь Ви яким-небудь видом фізичних вправ (так, інколи, ні)?	
	Якщо займаєтесь фізичними вправами	
14.	Характер цих занять (самостійний, під керівництвом спеціаліста)	
15.	Скільки часу в тиждень Ви займаєтесь?	
16.	Які види фізичних вправ (аеробіка, атлетична гімнастика, танці, йога, оздоровча ходьба, оздоровче плавання, дихальні вправи тощо)	
17.	Яким видом фізичних вправ Ви хотіли-би займатись?	
18.	Яким видом спорту Ви займались раніше?	
19.	Який вид відпочинку Ви переважно вибираєте (активний, пасивний, змішаний)?	
20.	Ваш рівень рухової активності є достатнім (так, напевне так, ні, напевне ні, важко сказати)?	

Аспірант Федорюк О.В.

Дата „___”_____

ДОДАТОК Б.5

Анкета «Мій стиль життя»

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає ставлення викладачів до власного здоров'я. Ваша думка допоможе розробити програму покращення здоров'я ваших колег. Просимо дати відповідь на запитання даної анкети.

Дякуємо за допомогу!

1. Які Ви знаєте основні складові компоненти здоров'я?

   *(перерахуйте)*_____

   _____

2. Хто несе відповідальність за здоров'я людини? *(підкресліть)*
   A.
   B. держава;
   C. сім'я;
   D. лікар;
   E. сама людина.
   Інші, перерахуйте_____
3. Як Ви вважаєте, якою мірою на здоров'я кожної людини впливають вищенаведені чинники? *(оцініть по 5-бальній системі: „5" – мають найбільший вплив; „4" – впливають значною мірою; „3" – впливають незначною мірою; „2" – абсолютно не впливають; „1" – важко відповісти)*
   A. екологічна ситуація в країні (___)
   B. якість медичного обслуговування (___)
   C. спосіб життя людини (___)
   D. житлові умови (___)
   E. рівень життя, матеріальний достаток (___)
   F. структура та якість харчування (___)
   G. умови роботи, навчання (___)
   H. навколишнє середовище (___)
   I. особливості організму (___)
   J. Інше, що саме_____(___)
4. Як часто Ви хворієте?*(підкресліть)*
   A. рідко (1-2 рази на рік);
   B. не дуже часто (1-2 рази в квартал);
   C. часто (1-2 рази в місяць);
   D. не пам'ятаю, коли хворів останній раз;
   E. не пам'ятаю себе здоровим.
5. Чи є у Вас хронічні захворювання? *(якщо так, то вкажіть які)*
   A. ні;
   B. так_____

Продовження додатку Б.5

6. Що важливо для збереження власного здоров'я? *(оцініть по 5-бальній системі: „5" – найважливіше; „4" – дуже важливо; „3" – важливо; „2" – мало важливо; „1" – не важливо)*
   A. Знати слабкі і сильні сторони свого організму. (___)
   B. Вивчати методики оздоровлення організму. (___)
   C. Регулярно займатися оздоровленням свого організму. (___)
   D. Відвідувати спортивні секції, факультативи з фіз. виховання. (___)
   E. Дотримуватись правил раціонального харчування. (___)
   F. Систематично відвідувати лікарів. (___)
   G. Усвідомлювати красу свого тіла. (___)
   H. Спостерігати за самопочуттям. (___)
7. У випадку погіршення самопочуття Ви, як правило…*(підкресліть)*
   A. звертаєтесь за порадою до лікаря;
   B. звертаєтесь за порадою до батьків;
   C. консультуєтесь із знайомими;
   D. самостійно вирішуєте, як себе лікувати;
   E. чекаєте, доки все само по собі мине, і не вживаєте ніяких заходів;

Інше_____

8. Чи вважаєте за необхідне проходити регулярне медичне обстеження? *(підкресліть)*
   A так;
   B ні.
9. Що б Ви вважали за необхідне зробити для поліпшення свого здоров'я? *(підкресліть)*
   A. кинути курити;
   B. зайнятися фізкультурою та спортом;
   C. кинути пити;
   D. дотримуватися дієти;
   E. пройти курс лікування;
   Інше_____
10. Чи намагаєтесь Ви вплинути на поведінку друзів і членів сім'ї щодо зміцнення власного здоров'я? *(підкресліть)*
    A завжди;
    B часто;
    C інколи;
    D рідко;
    E ніколи.
11. Хто або що вплинуло на Ваше ставлення до здоров'я? *(оцініть по 5-бальній системі: „5" – дуже сильно; „4" – сильно; „3" – посередньо; „2" – мало; „1"– не вплинуло)*
    A. Колеги. (___)
    B. Спосіб життя сім'ї. (___)
    C. Книги, журнали, телебачення. (___)
    D. Знання з валеології, ОБЖ, заняття з фізичної культури. (___)

Продовження додатку Б.5

E. Заняття в спортивних секціях. (___)
F. Життєвий випадок. (___)
G. Власне переживання серйозних недуг, хронічні захворювання. (___)
H. Хвороби рідних і близьких людей. (___)
Інше_____

12. Наскільки успіхи в житті залежать від способу життя? *(підкресліть)*
A. повністю;
B. в більшості випадків;
C. не дуже;
D. не залежать.

13. Чи потрібен, на Вашу думку здоровий спосіб життя? *(підкресліть)*
A. Так;
B. Ні.

14. А Ваш спосіб життя сприяє збереженню здоров'я? *(підкресліть)*
A. Я веду абсолютно здоровий спосіб життя;
B. У мене є деякі шкідливі звички, але вони не шкодять здоров'ю;
C. Мій спосіб життя не можна назвати здоровим;
Інше_____

15. Для чого Ви стали б вести здоровий спосіб життя? *(підкресліть)*
A. бути сильним;
B. бути красивим;
C. бути завжди у формі;
D. бути успішним у справах;
E. розкрити свої здібності;
F. стати духовно багатою особистістю;
G. мати здорових дітей;
H. отримувати від життя радість і задоволення;
Інше_____

16. Що може примусити Вас змінити спосіб життя? *(підкресліть)*
A. важка хвороба;
B. життєва криза;
C. смерть близької людини;
D. незадовільне самопочуття;
E. невдачі у справах;
F. приклад авторитетної людини;
G. любов;
H. читання спеціальної літератури;
I. участь у лекціях або семінарах по даній тематиці;
Інше_____

Вкажіть, будь-ласка, про себе: П. І. по-Б. (необов'язково)_____
ВНЗ_____Посада_____ Науковий ступінь _____
Вік _____Стать_____
Аспірант Федорюк О.В.
Дата обстеження „___" _____

Додаток В.1

Тест “Готовність до саморозвитку і підвищення рівня РКА”
(за методикою Г. М. Коджаспірової)

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає готовність викладачів до самовдосконалення. Просимо надати допомогу у проведенні та відповісти на питання анкети (табл. В.2.1). Дякуємо за допомогу!

Таблиця В.1.1

Тест готовність до саморозвитку

№ п/п	ЗАПИТАННЯ	Відповідь	
		так	ні
1.	У мене часто з'являється бажання більше дізнатися про себе.		
2.	Я вважаю, що мені немає необхідності в чомусь змінюватись.		
3.	Я впевнений(на) в своїх силах.		
4.	Я впевнений(на), що все задумане мною здійсниться.		
5.	У мене немає бажання знати свої плюси і мінуси.		
6.	У моїх планах я частіше сподіваюся на успіх, ніж на себе.		
7.	Я хочу краще і ефективно працювати (вчитися).		
8.	Я умію примусити і змінити себе, коли це необхідно.		
9.	Мої невдачі багато в чому пов'язані з невмінням це робити.		
10.	Я цікавлюся думкою інших про мої якості і можливості.		
11.	Мені важко добитися задуманого і виховати себе.		
12.	У будь-якій справі я не боюся невдач і помилок.		
13.	Мої якості і уміння відповідають вимогам мого способу життя.		
14.	Обставини сильніші за мене, навіть якщо я дуже хочу щось зробити.		

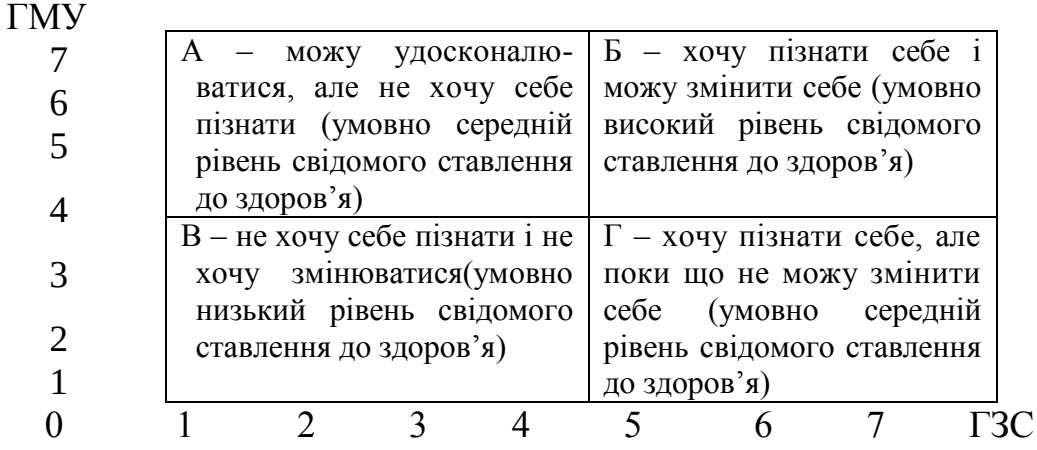
Ключ: 1)+; 2)—; 3)+; 4)+; 5)—; 6)—; 7)+ ; 8)+; 9)+; 10)+; 11)—; 12)+ ; 13)—; 14)—.

Готовність «знати себе» — ГЗС — порахуйте кількість збігів за твердженнями під № 1, 2, 5, 9, 7, 10, 13.

Готовність «можу удосконалюватися» — ГМУ — підрахуйте по збігах з ключем Ваші відповіді по № 3, 4, 6, 8, 11, 12, 14.

Відкладіть свої показники по вісям ГМУ та ГЗС. По двох координатах Ви відмічаєте точку на графіку, яка попадає в один з квадратів.

Графік готовності викладачів до саморозвитку



П. І. по-Б. (необов’язково)_____

ВНЗ_____ Посада _____Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В. Дата „___”_____

ДОДАТОК В.1.1

Діагностика рівня готовності викладачів похилого віку до підвищення рекреаційної активності

При нарахуванні балів, оцінюючи когнітивний компонент враховували:

І. Обізнаність із основними складовими здоров'я, чинниками, що впливають на здоров'я та шляхами його поліпшення. Підрахунок кількості балів здійснювалось за таким принципом:

7-9 балів – викладач має достатні знання в питаннях існуючих основних складових РКА, чинників, що впливають на підвищення її рівня.

4-6 балів – викладач ознайомлений із основними складовими РКА і СЗ та чинниками, що на них впливають.

1-3 балів – викладач має поверхневі знання в питаннях існуючих складових РКА і СЗ. Недостатньо обізнаний із чинниками, що впливають на ПФС.

ІІ. Обізнаність із сутністю поняття "рекреаційна активність", її складовими компонентами та засобами виховання навичок ЗСЖ.

Кількість балів нараховували за таким принципом:

7-9 балів – викладач має достатні знання з теоретичних і методичних питань щодо РКА і ЗСЖ.

4-6 балів – викладач орієнтується в теоретичних і методичних питаннях РКА і ЗСЖ.

1-3 балів – викладач має поверхневі знання з теоретичних і методичних питань РКА і ЗСЖ. Частково правильна відповідь.

ІІІ. Визначення цінності РКА, СЗ та самооцінка власного ПФС (додаток В.2).

Бали присвоювались за таким принципом:

7-9 балів – РКА займає перше місце серед інших життєвих цінностей. Викладач має добрий стан здоров'я, відповідальність за рівень ПФС покладає на себе. Адекватна самооцінка власного здоров'я.

Продовження додатку В.1.1

4-6 балів – РКА входить до першої трійки життєвих цінностей. Викладач має задовільний стан здоров'я, відповідальність за ПФС покладає на лікарів і частково на себе. Завищена самооцінка здоров'я.

1-3 балів – РКА не є провідною життєвою цінністю. Викладач має незадовільний стан здоров'я, за ПФС не бере на себе відповідальність. Самооцінка здоров'я занижена.

Емоційно-мотиваційний компонент оцінювали, враховуючи:

І. Ставлення ВПВ до РКА і ПФС. Нарахування балів здійснювалось за таким принципом:

9 балів – високий рівень ставлення до РКА і ПФС.

6 балів – середній рівень ставлення до РКА і ПФС.

3 бали – низький рівень ставлення до РКА і ПФС.

ІІ. Ставлення ВПВ до засобів ФРК.

Підрахунок балів здійснювався за таким принципом:

7-9 балів – викладач проявляє високий стійкий інтерес до ФРК, постійно турбується про рівень РКА.

4-6 балів – викладач проявляє середній інтерес до ФРК, який розвивається завдяки стимуляції рівня РКА. Нерегулярно займається фізичними вправами. Заходи з підвищення РКА відвідує рідко.

1-3 балів – у викладача відсутній інтерес до ФРК, фізичними вправами не займається. Заходи з підвищення рівня РКА відвідує без бажання.

ІІІ. Наявність мотивів до підвищення рівня РКА і ведення ЗСЖ. Принцип нарахування балів:

7-9 балів – у викладача переважають мотиви, які спрямовані на покращення ПФС. Вважає, що успіхи у житті повністю залежать від рівня РКА, способу та якості життя, має стійке переконання у необхідності ФРК.

4-6 балів – у викладача переважають мотиви, які визначають соціальне благополуччя, фізичне – на другому місці. Вважає, що успіхи у житті частково залежать від ЗСЖ і РКА.

1-3 балів – у викладача переважають мотиви, які визначають матеріальне благополуччя. Вважає, що РКА і ЗСЖ не впливає на життєві успіхи.

Вольовий компонент оцінювали, враховуючи:

І. Готовність до підвищення рівня РКА.

Бали присвоювали за таким принципом:

9 балів – можливості викладача співпадають із його бажаннями для підвищення рівня РКА.

6 балів – є бажання до підвищення рівня РКА, але немає можливостей.

3 бали – немає бажання вдосконалюватися, але є можливості.

0 балів – немає ні бажання, ні можливостей для підвищення рівня РКА.

ІІ. Наполегливість до виконання завдань.

Нарахування балів здійснювалось по такому принципу (додаток В.3):

9 балів – високий рівень наполегливості. Досягнення запланованого за будь-яких обставин. Вимогливо ставиться до себе. Рішучий у невизначених, складних ситуаціях, наполегливий, цілеспрямований.

6 балів – середній рівень наполегливості. Недостатньо дієво та вимогливо ставиться до себе. При появі перешкод легко поступається.

3 бали – низький рівень наполегливості. Не вимогливий до себе. Не вміє долати труднощі.

ІІІ. Відповідальність та готовність до активних дій щодо підвищення рівня РКА.

Принцип нарахування балів включав:

9 балів – інтернальний тип локалізації. Всі власні досягнення і невдачі залежать від особистих якостей, зовнішні умови не розглядаються як можливі причини досягнень або невдач.

6 балів – інтернальний тип локалізації. Всі досягнення і невдачі залежать від особистих якостей, проте є певні зовнішні обставини, які впливають на оцінку ситуації.

3 бали – екстернальний тип локалізації. Першопричиною успіхів або невдач завжди виступають зовнішні чинники (випадковість, везіння).

Продовження додатку В.1.1

Поведінковий компонент оцінювали, враховуючи:

І. Практичні дії спрямовані на турботу про власний ПФС (рівень СЗ, ЗСЖ, РА, відсутність шкідливих звичок). Нарахування балів здійснювалось за наступним принципом:

7-9 балів – викладач веде абсолютно здоровий спосіб життя. Докладає максимум зусиль для покращення власного здоров'я. Високий рівень РА. Добре організований режим роботи і відпочинку.

4-6 балів – викладач частково дотримується правил здорового способу життя. Середній рівень РА. Надає перевагу активному відпочинку.

1-3 балів – нехтує правилами здорового способу життя. Низький рівень РА. Надає перевагу пасивному відпочинку.

ІІ. Вміння визначати і підтримати рівень власного ПФС.

Принцип нарахування балів:

7-9 балів – високий та вище середнього стан СЗ викладача. Постійно турбується про власне здоров'я, хворіє рідко.

4-6 балів – середній та нижче середнього стан СЗ викладача. Відсутність хронічних, проте часта поява простудних захворювань. У випадку погіршення самопочуття звертається за порадою до лікаря.

1-3 балів – низький стан здоров'я викладача. Наявність хронічних захворювань. Турбота про власне здоров'я виникає у випадку різкого погіршення самопочуття.

ІІІ. Уміння розробляти і використовувати форми і методи підвищення рівня РКА.

Бали нараховувались за таким принципом:

9 балів – у викладача сформоване вміння планувати діяльність, щодо корекції рівня РА.

6 балів – у викладача частково сформоване вміння планувати діяльність, щодо корекції рівня РА.

3 бали – у викладача не сформоване вміння планувати діяльність, щодо корекції рівня РА.

ДОДАТОК В.2

Тест «Індекс ставлення до здоров'я»

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає ставлення викладачів до власного здоров'я і шляхи його покращення. Просимо надати допомогу у проведенні та відповісти на питання анкети. Ваша думка допоможе розробити програму покращення здоров'я ваших колег. Дякуємо за допомогу!

Інструкція: Із двох запропонованих тверджень (А і Б), які описують протилежні думки, ситуації і т.д., виберіть те, яке найбільше підходить для Вас.

Якщо Вам повністю підходить варіант А, Ви закреслюєте квадратик з літерою "А", намальований між двома реченнями.

1. А… [А] [ ] [Б] Б…

Якщо Ви більше схиляєтеся до варіанту А, але не можете повністю із ним погодитися, то в середньому порожньому квадратику Ви малюєте стрілку у бік квадратика з літерою "А".

1. А… [А] [←] [Б] Б…

Якщо Ви більше схиляєтеся до варіанту Б, але не можете повністю із ним погодитися, то в середньому порожньому квадратику Ви малюєте стрілку у бік квадратика з літерою "Б".

1. А… [А] [→] [Б] Б…

І нарешті, якщо Вам повністю підходить варіант Б, Ви закреслюєте квадратик з літерою "Б".

1. А… [А] [ ] [Б] Б…

1. А. Я можу помічати навіть невеликі відхилення в роботі моїх органів.	Б.Я реагую лише на суттєві розлади.
2. А. Коли по телевізору розпочинається чергова передача по профілактиці будь-якого захворювання, я зазвичай переключаю на іншу програму.	Б. Я відкладаю всі свої справи, щоб її подивитися
3. А. Якщо хтось із знайомих запропонує мені займатися разом оздоровчими процедурами, я із задоволенням погоджуся.	Б. Я знайду спосіб ввічливо відмовитися
4. А. Я постійно слідкую за тим, щоб моя сім'я серйозно піклувались про своє здоров'я.	Б. Я не примушую їх це робити
5. А. Коли я дивлюся на руки іншої людини, я, в першу чергу, звертаю увагу на їх форму і розмір.	Б. Я мимоволі спочатку помічаю стан і чистоту рук.
6. А. Я занотовую і збираю інформацію з газет і журналів про здоровий спосіб життя.	Б. Я ніколи цим не займався.
7. А. Якщо у мене від перевтоми болить голова, я виходжу трохи погуляти або хоча б відчиняю вікно.	Б. Для того щоб зняти головний біль, я просто випиваю таблетку.
8. А. Я зазвичай сам не купляю для членів сім'ї різні засоби догляду за здоров'ям.	Б. Всі ці засоби, в основному, купляються за моєю ініціативою.

Продовження додатку В.2

9. А. Після прийняття ванни я завжди відчуваю себе зовсім другою людиною: бадьорою та енергійною.	Б. Прийдеться зізнатися, що таке відчуття у мене з'являється дуже рідко.
10. А. Коли в громадському транспорті, черзі і т.п. виникає розмова про шляхи збереження здоров'я, я абсолютно не звертаю на це увагу.	Б. Я мимоволі прагну прислухатися до неї.
11. А. Я звертаюся до лікаря лише у тому випадку, коли мені стає вже дуже погано.	Б. Я прагну розпочати лікування при перших симптомах погіршення свого самопочуття.
12. А. Мені доводилося пропонувати знайомим рецепти або інструкції різних оздоровчих процедур.	Б. Я цього не робив, адже кожен сам повинен піклуватися про своє здоров'я.
13. А. На мою думку, люди, які купаються в ополонках у мороз трохи дивні.	Б. Я повністю розділяю їх прагнення піклуватися про своє здоров'я.
14. А. При першій можливості, я відвідую лекції, курси, семінари і т.п. про здоровий спосіб життя.	Б. Я ніколи не ходив на такі заходи, тому що ця тема мені байдужа.
15. А. Мені здається дивною людина, яка замість того, щоб додивитися пізно увечері цікавий фільм, дотримується правила "вчасно лягати спати".	Б. Я також прагну дотримуватись цього правила, щоб не завдавати шкоди своєму здоров'ю.
16. А. На жаль, я не можу сказати, що намагаюсь якось покращити ставлення моїх знайомих до свого здоров'я.	Б. Я активно пропагую здоровий спосіб життя.
17. А. Іноді у мене виникає відчуття, що мій організм ніби хоче підказати мені, чим йому допомогти, якщо в ньому виникають певні розлади.	Б. Будь-яка біль в організмі – це лише певна реакція нервової системи.
18. А. Переглядаючи книги у продавців, я в першу чергу, звертаю увагу на літературу по збереженню здоров'я.	Б. Мене приваблюють книги на іншу тематику.
19. А. Якщо мені на день народження подарують лижі, гантелі, масажер і т.п., я, мабуть, здивуюся такому подарунку.	Б. Цей подарунок був би дуже до речі: він відповідає моєму способу життя.
20. А. Мені доводилося виступати перед людьми і ділитися із ними своїм успішним досвідом зміцнення здоров'я.	Б. Я не готовий давати людям поради по цій проблемі.
21. А. Мені не зрозуміла поведінка людей, які не сідають за стіл, якщо їм не вдалося вимити руки перед їжею.	Б. Я повністю поділяю поведінку таких людей.
22. А. Я ніколи не писав до редакції журналів про здоров'я, телепередач "Зціли себе сам", "Здоров'я" і т.п.	Б. Мені доводилося задавати їм питання по темах, що цікавлять мене.
23. А. Я витрачаю значну частину своїх доходів, інколи навіть жертвуючи іншим, на засоби для підтримки власного здоров'я.	Б. Я витрачаю гроші на своє здоров'я тільки у випадку потреби
24. А. Я ніколи не вступаю в конфлікт із начальством, якщо їх дії завдавали шкоди здоров'ю людей.	Б. У мене бували подібні конфлікти.

Продовження додатку В.2

Результати тестування визначаються за допомогою ключа. За повне співпадання відповіді респондента з відповіддю в ключі дається 3 бали; за стрілку, направлену у бік відповіді – 2 бали; за стрілку спрямовану в протилежну сторону – 1 бал; за протилежну даному ключеві відповідь – 0 балів.

Ключ:

1.	А	5.	Б.	9.	А	13.	Б.	17.	А	21.	Б.
2.	Б.	6.	А.	10.	Б.	14.	А	18.	А	22.	Б.
3.	А	7.	А	11.	Б.	15.	Б.	19.	Б.	23.	А
4.	А	8.	Б.	12.	А	16.	Б.	20.	А	24.	Б.

Результати тестування вносяться в таблицю і підраховується сума набраних балів.

1.	А		Б	**5.**	А		Б	**9.**	А		Б	**13.**	А		Б	**17.**	А		Б	**21.**	А		Б	
2.	А		Б	**6.**	А		Б	**10.**	А		Б	**14.**	А		Б	**18.**	А		Б	**22.**	А		Б	
3.	А		Б	**7.**	А		Б	**11.**	А		Б	**15.**	А		Б	**19.**	А		Б	**23.**	А		Б	
4.	А		Б	**8.**	А		Б	**12.**	А		Б	**16.**	А		Б	**20.**	А		Б	**24.**	А		Б	

Загальна СУМА_____

Вкажіть, будь-ласка, про себе:
П. І. по-Б.
(необов’язково)_____
Факультет_____ Посада _____
Науковий ступінь _____
Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.
Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК В.3

Опитувальник для оцінки своєї наполегливості

(*розроблений Е. П. Ільїним і Е. К. Фещенко*)

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає рівень наполегливості викладачів у вирішенні поставлених перед ними задач. Просимо надати допомогу у проведенні опитування та відповісти на запитання даної анкети (табл. В.3.1). Дякуємо за допомогу!

Таблиця В.3.1

Опитувальник для оцінки своєї наполегливості

Текст опитувальника	Відповідь	
	так	ні
1. Я вже визначив свою мету на майбутнє і готуюся до її досягнення.		
2. Я систематично прагну до наміченої мети, якою б далекою вона не була.		
3. У мене зазвичай пропадає бажання добиватися далекої мети, якщо що-небудь цьому перешкоджає.		
4. Навіть при невдачах я упевнений, що все одно доб'юся свого.		
5. Я прагну не ставити перед собою дуже далеких цілей, оскільки вважаю, що легше жити сьогоднішнім днем.		
6. Я кілька разів намагався займатися самовдосконаленням, але з цього так нічого і не вийшло.		
7. Невдачі вибивають мене з колії, і я відмовляюся від наміру досягти чого-небудь значного.		
8. Якщо вже я поставив перед собою важливу для мене мету, то мене важко зупинити.		
9. Поразка спонукає мене діяти з подвійною силою.		
10.Я багато раз намагався спланувати свій тиждень, але так і не зміг виконати наміченого через погану самоорганізованість.		
11.При виникненні труднощів я починаю сумніватися, чи варто продовжувати розпочате.		
12.Мені часто буває важко довести справу до кінця, особливо якщо для цього потрібні тижні й місяці.		
13. Мої близькі рахують мене одержимим.		
14Я отримую велике задоволення, коли добиваюся наміченого всупереч труднощам, що виникали.		
15.Я часто кидаю на половині шляху розпочаті справи, втрачаючи до них інтерес.		
16.Я умію чекати і терпіти, тому далекі цілі мене не лякають.		
17.Перешкоди лише заохочують мене до дій, роблять мої рішення твердішими.		
18.Лінь, а не сумніви в успіху, примушує мене дуже часто відмовлятися від досягнення мети.		
Сума балів		

Продовження додатку В.3

Ключ до оцінки відповідей:

По 1 балу нараховується за відповіді «так» по позиціях: 1,2,4, 8, 9, 13,14, 16, 17 і за відповіді «ні» по позиціях: 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 18.

Чим більша сума набраних по всіх позиціях балів, тим більше у досліджуваного виражена самооцінка наполегливості, що свідчить про його схильність доводити розпочату справу до кінця.

0-6 балів – низький рівень наполегливості;

7-12 балів – середній рівень наполегливості;

13-18 балів – високий рівень наполегливості.

Вкажіть, будь-ласка, про себе:
П. І. по-Б.
(необов'язково)_____
Факультет_____ Посада _____
Науковий ступінь _____
Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.
Дата обстеження „___" _____

ДОДАТОК В.4

Методика вимірювання локусу контролю

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає рівень відповідальності людей похилого віку та готовність до активних дій щодо покращення власного здоров'я. Просимо надати допомогу у проведенні тестування та відповісти на питання анкети. Прочитавши уважно кожне з суджень, виберіть з них те, яке найбільш відповідає вашій сутності або з яким Ви просто погоджуєтесь, чи сприймаєте його як більш справедливе. У відповідності з Вашим вибором слід зробити необхідну відмітку на бланку відповідей. Відповідати треба швидко, орієнтуючись на перше рішення, на «поклик серця». Дякуємо за допомогу!

Запитальник визначення локусу контролю

1. А) викладач не має успіху тому, що керівництво безвідповідально ставиться до нього;
Б) в наш час відсутність успіху виступає наслідком недостатньої уваги профспілок;
2. А) багато проблем в житті викладача пояснюється невезінням;
Б) людські проблеми – результат їх власних помилок;
3. А) більшість недоліків у сфері фізичної рекреації пов'язані з тим, що ми погано боремось з ними;
Б) в найближчий час поліпшити сферу фізичної рекреації неможливо;
4. А) до людей відносяться так, як вони цього заслуговують;
Б) як би людина не старалась, її чесноти все одно не визнають;
5. А) "спокійне" життя викладача на факультеті залежить від його стосунків з керівництвом;
Б) у добросовісного викладача не буває конфліктів з деканатом/ректоратом;
6. А) думка про те, що викладачі несправедливі до людей похилого віку є безпідставною;
Б) більшість людей похилого віку не усвідомлюють, що їх оцінки, в основному, залежать від випадковостей;
7. А) без везіння ніхто не може досягти чогось у житті;
Б) якщо здібна людина досягає у житті незначних успіхів, то це є наслідком невикористаних можливостей;
8. А) як би ви не старались, деяким людям ви все одно не сподобаєтесь;
Б) люди, які не подобаються іншим, просто не вміють знаходити з ними спільну мову;
9. А) наполегливість відіграє основну роль у становленні особистості;
Б) сутність людини складає її життєвий досвід;
10. А) мій досвід переконує, що коли щось повинно статись, то це неминуче відбудеться;
Б) я переконався, що прийняти рішення про виконання певної дії завжди краще, ніж понадіятись на випадок;
11. А) у викладача, який завжди сумлінно виконує професійні обов'язки, майже не буває претензій до деканату/ректорату;

Продовження додатку В.4

Б) систематично готуватись необов'язково, оскільки атестаційні висновки здебільшого не пов'язані з професійною діяльністю викладача;

12. А) успіх забезпечується сумлінною роботою: він пов'язаний або мало пов'язаний з везінням;

Б) щоб одержати хорошу роботу, треба опинитись у потрібному місці в потрібний час;

13. А) думка викладачів похилого віку буде врахована, якщо вона об'єктивна;

Б) викладачі не можуть вплинути на рішення деканату;

14. А) я майже завжди впевнений, що мені вдається здійснити заплановане;

Б) планування наступних дій не завжди доречно, оскільки багато що залежить від везіння;

15. А) є люди, в яких нема нічого доброго;

Б) щось добре і приємне є у кожній людині;

16. А) якщо прийняти правильне рішення, то досягнення того, чого я хочу, мало пов'язане або зовсім не пов'язаний з везінням;

Б) дуже часто прийняття нами рішення, здійснюється методом "підкинутої вгору монети";

17. А) вибір керівника часто залежить від того, кому пощастить опинитись у потрібному місці;

Б) потрібні спеціальні здібності, щоб спонукати людей виконувати те, що необхідно. Везіння при цьому відіграє незначну роль;

18. А) світові події залежать від сил, якими ми не можемо управляти;

Б) приймаючи активну участь у політиці та громадських справах, люди можуть контролювати світові події;

19. А) якщо на роботі нецікаво, значить профком не виконує свої функції;

Б) зробити життя у ВНЗ веселим і цікавим, можуть тільки самі працівники;

20. А) більшість людей не усвідомлює в якій мірі їх життя визначається випадковістю;

Б) везіння, як таке, просто не існує;

21. А) людина, іноді, повинна визнавати свої помилки;

Б) найкраще – це приховати свої помилки;

22. А) важко дізнатись чи подобаєшся ти людям;

Б) кількість друзів залежить від особистісних якостей людини;

23. А) неприємності, які з нами трапляються збалансовані удачами;

Б) більшість невдач – результат неуцтва, лінощів або відсутності здібностей;

24. А) Викладач похилого віку – це в минулому здібна, працелюбна людина;

Б) щоб працювати викладачем, людині похилого віку потрібні зв'язки;

25. А) іноді я не можу зрозуміти, на підставі чого ректорат/декан оцінює якість роботи викладача;

Б) існує пряме співвідношення між моїми стараннями і оцінкою моєї роботи;

26. А) хороший лідер у колективі очікує, що кожен сам усвідомить свої функції;

Б) хороший лідер сам визначає, що слід кожному робити;

27. А) моя сьогоднішня добросовісна праця забезпечує мені наступні досягнення;

Продовження додатку В.4

Б) більшість важливих наукових і виробничих досягнень – результат везіння;
28. А) я багато разів відчував, що мені вдається суттєво вплинути на події, які зі мною трапляються;
Б) я не можу повірити, що везіння чи удача відіграють важливу роль у моєму житті;
29. А) люди самотні тому, що вони не намагаються бути дружелюбними;
Б) якщо тебе люди не приймають, то будь-які спроби завоювати їх прихильність будуть марними;
30. А) у вищій школі надто багато уваги приділяють рекреаційній активнсоіт викладача;
Б) фізичні навантаження – кращий засіб рекреації;
31. А) те, що зі мною трапляється це результат моїх власних дій і вчинків;
Б) відчуваю, що я недостатньо контролюю свої життєві прагнення;
32. А) звичайний викладач не спроможний зрозуміти, на підставі чого ректорат приймає свої рішення;
Б) часто викладачі самі винні у тому, що ректорат не приймає позитивне рішення.

Ключ:
Внутрішні локусні судження (інтернальний тип):
2-б, 3-а, 4-а, 5-б, 6-а, 7-б, 8-б, 10-б, 11-а, 12-а, 13-а, 14-а, 16-а, 17-б, 18-б, 19-б, 20-б, 22-б, 23-б, 24-а, 25-б, 27-а, 28-б, 29-а, 31-а, 32-б.
Зовнішні локусні судження (екстернальний тип):
2-а, 3-б, 4-б, 5-а, 6-б, 7-а, 8-а, 10-а, 11-б, 12-б, 13-б, 14-б, 16-б, 17-а, 18-а, 19-а, 20-а, 22-а, 23-а,
24-б, 25-а, 27-б, 28-а, 29-б, 31-б, 32-а.
Маскувальні пункти: 1, 9, 15, 21, 26, 30.

Тип локалізації: *а).інтернальний*

б).екстернальний

Прізвище, ім’я, по-батькові_____

Факультет_____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О. В.

Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК В.5

Орієнтовна оцінка здорової поведінки
(за методикою Г. В. Ложкіна)

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає ставлення викладачів до власного здоров'я та їх спосіб життя. Просимо Вас надати допомогу та відповісти на запитання даної анкети (табл. В.5.1). Ваша думка допоможе розробити програму покращення здоров'я ваших колег.

Таблиця В.5.1

Тест «Орієнтовна оцінка здорової поведінки»

№	Питання для оцінювання здорової поведінки	Бали
1	*Скільки разів на тиждень Ви займаєтеся фізичними вправами протягом, принаймні, 20 хвилин без перерви?*	
	• 3 дні і більше	10
	• 1 або 2 дні	4
2	*Як за часто Ви курите?*	
	• ніколи	10
	• дуже рідко	5
	• інколи	3
3	*Яку кількість алкоголю Ви споживаєте?*	
	• не споживаю взагалі	10
	• не більше 1 порції (50 гр. міцних напоїв) в тиждень	8
	• 2-3 порції в тиждень, але не більше двох в день	6
	• 4-6 порцій в тиждень, інколи більше двох в день	2
	• більше 6 порцій в тиждень	0
4	*Скільки разів в тиждень Ви снідаєте ?*	
	• ні одного	0
	• 1 або 2	2
	• 3 або 4	5
	• 5 або 6	8

Продовження таблиці В.5.1

5	*Як часто Ви перекушуєте між основними прийомами їжі?* • ніколи • 1-2 рази в тиждень • 3-4 рази в тиждень • 5-7 разів в тиждень • 8-10 разів в тиждень • більше 10 разів в тиждень	 10 8 6 4 2 0
6	*Скільки часу за добу Ви спите?* • більше 10 год. • 9-10 год. • 7-8 год. • 5-6 год. • менше 5 год.	 4 8 10 6 0
7	*Чи Ваша вага відповідає нормі, враховуючи Ваш ріст і стать?* • перевищує більш ніж на 30 % • перевищує на 21-30 % • перевищує на 11-20 % • не більше ніж на 10 % перевищує норму • менша на 11-20 %	 0 3 6 10 6
	ЗАГАЛЬНА СУМА БАЛІВ	

Інтерпретація:

60-70 балів: Ваше ставлення до здоров'я слід оцінити як відмінне (якщо тільки в одному із розділів Ви не втратили всі 10 балів).

50-59 балів: Ваша поведінка добра, але може бути і краща, є резерви.

40-49 балів: Вашу поведінку можна оцінити як середню; багато в ній слід було б змінити.

30-39 балів: Ви досить посередньо ставитесь до власного здоров'я; при правильному способі життя Ви могли б отримувати від життя більше задоволення.

Менше 30 балів: Ви зневажливо ставитесь до власного здоров'я; без сумніву, Ви заслуговуєте кращого до себе ставлення.

ДЯКУЄМО ЗА ДОПОМОГУ!

Вкажіть, будь-ласка, про себе:

П. І. по-Б. (необов'язково)_____

Факультет_____ Посада _____

Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК В.6
Анкета "**ВЕЛИЧИНА І ХАРАКТЕР РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ**"

Для фіксації результату достатньо підкреслити відповідь, яка відповідає Вашій думці найбільшою мірою.

1. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік:
2. Скільки років Ви працюєте викладачем? менше 5 р. 5-10 р. 10-15 р. 15-20 р більше 25 р.
3. Скільки годин в тиждень в середньому Ви знаходитеся на роботі? менше 8 год 8-16 год. 16-24 год 24-32 год 32-40 год. більше 40 год.
4. Характер Вашої діяльності у ВНЗ (можна відзначити декілька варіантів відповідей): теоретичні заняття лабораторні і практичні заняття робота з документами інше
5. Скільки годин в тиждень в середньому Ви додатково працюєте вдома?
менше 5 год. 5-10 год. 10-15 год 15-20 год більше 20 год.
6. Характер Вашої роботи вдома (можна відзначити декілька варіантів відповідей): навчально-методична робота наукова робота теоретична робота
7. З будинку на роботу переважно ходите пішки або добираєтеся на транспорті?
Пішки частіше пішки на транспорті частіше на транспорті коли як
8. З роботи додому Ви переважно ходите пішки або добираєтеся на транспорті?
Пішки частіше пішки на транспорті частіше на транспорті коли як
9. Середня відстань від Вашого будинку до роботи? менше 1 км 1-3 км 3-5 км більше 5 км
10. Чи є у Вас додаткова робота, крім роботи у ВНЗ? Так Так, і не одна, є непостійна немає
11. Скільки часу в день в середньому Ви рухаєтеся (включаючи піші переходи, походи в магазини, прибирання будинку тощо)? менше 1 год 1-2 год 2-3 годж 3-5 год більше 5 год
12. Чи займаєтеся Ви якими-небудь видами фізичних вправ? Так час від часу не займаюсь
13. Чи займалися Ви раніше (зокрема в дитинстві та юності) яким-небудь видом спорту?
Так періодично не займався (-лась)
14. Якщо так, то яким видом спорту Ви займалися? (вкажіть):
Гімнастикою легкою атлетикою спортивними іграми фігурним катанням танцями інше
15. Якому виду відпочинку Ви віддаєте перевагу? Активний пасивний змішаний
16. Як Ви вважаєте, чи є Ваша рухова активність для Вас достатньою?
Так швидше так ні швидше ні важко відповісти

Дякую за участь!

Аспірант Федорюк О.В.
Дата „___"_____

ДОДАТОК В.7

Карта реєстрації фізичної активності

Прізвище, ім’я_____

Рік народження (число, місяць)_____

Факультет _____посада_____

Термін проведення досліджень (число, місяць, рік)_____

День тижня: _____

Таблиця В.7.1

Карта реєстрації фізичної активності

Час початку діяльності	Короткий опис діяльності	Тривалість діяльності (хв)	Рівень фізичної активності

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК Д.1

Бланк коректурної таблиці Анфімова

С Х А В С Х Е В И Х Н А Н К М С Е В П К А Р Л О Р Г Д Р А Ь К И С Е П С В А К С И А К
С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С К И Р Е С В С Е Н И А К В М А В А М Р Л А К У
Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П Е С А В Ч А Д А В С П Е К С А Е В С А Р О Г Р А
И Т Р Н И Р О Е И Т Р А Л О Р А Н Т Р И Р Т Н О Т И А С И А И А И О Р Н Т Р Е Т А Б А С
К П Р И С В К П Н Е А И П Е А Й А М С А П М К П Р И В А П Р К С П Р О Л Г Н Е П Р А С
А М П Р И О Р Н А И М Р Н С Б Л О А С К А У В П К С А А Е П А У В И К М С Е В П К А
Р Л О Р Г Д Р А Ь К И С Е П С В А К С И А К С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С К
И Р Е С В С Е Н И А К В М А В А М Р Л А К У Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П Е
С А В Ч А Д А В С П Е К С А Е В С А Р О Г Р А И Т Р Н И Р О Е И Т Р А Л О Р А Н Т Р И Р
Т Н О Т И А С И А И А И О Р Н Т Р Е Т А Б А С К П Р И С В К П Н Е А И П Е А Й А М С А
П М К П Р И А П Р К С П Р О Л Г Н Е П Р А С А М П Р И О Р Н А И М Р Н С Б Л О А С К А
У В П К С А А Е П А У В И К М С Е В П К А Р Л О Р Г Д Р А Ь К И С Е П С В А К С И А К
С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С К И Р Е С В С Е Н И А К В М А В А М Р Л А К У
Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П Е С А В Ч А Д А В С П Е К С А Е В С А Р О Г Р А
И Т Р Н И Р О Е И Т Р А Л О Р А Н Т Р И Р Т Н О Т И А С И А И А И О Р Н Т Р Е Т А Б А С
К П Р И С В К П Н Е А И П Е А Й А М С А П М К П Р И А П Р К С П Р О Л Г Н Е В П К А Р
Л О Р Г Д Р А Ь К И С Е П С В А К С И А К С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С К И
Р Е С В С Е Н И А К В М А В А М Р Л А К У Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П Е С
А В Ч А Д А В С П Е К С А Е В С А Р О Г Р А И Т Р Н И Р О Е И Т Р А Л О Р А Н Т Р И Р Т
Н О Т И А С И А С И А И О Р Н Т Р Е Т А Б А С К П Р И С В К П Н Е А И П Е А Й А М С А
П М К П Р И А П Р К С П Р О Л Г Н Е П Р А С А М П Р И О Р Н А И М Р Н С Б Л О А С К А
У В П К С А А Е П А У В И К М С Е В П К А Р Л О Р Г Д Р А Ь К И С Е П С В А К С И А К
С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С К И Р Е С В С Е Н И А К В М А В А М Р Л А К У
Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П Е С А В Ч А Д А В С П Е К С А Е В С А Р О Г Р А
И Т Р Н И Р О Е И Т Р А Л О Р А Н Т Р И Р Т Н О Т И А С И Ас И А И О Р Н Т Р Е Т А С Б
А С К П Р И С В К П Н Е А И П Е А Й А М С А П М К П Р И А П Р К С П Р О Л Г Н Е П Р А
С А М П Р И О Р Н А И М Р Н С Б Л О А С К А У В П К С А А Е П А У В И К М С Е В П К
А Р Л О Р Г Д Р А Ь К И С Е П С В А К С И А К С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С
К И Р Е С В С Е Н И А К В М А В А М Р Л А К У Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П
Е П С В А К С И А К С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С К И Р Е С В С Е Н И А К В
М А В А М Р Л А К У Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П Е С А В Ч А Д А В С П Е К
С А Е В С А Р О Г Р А И Т Р Н И Р О Е И Т Р А Л О Р А Н Т Р И Р Т Н О Т И А С И А И А И
О Р Н Т Р Е Т А Б А С К П Р И С В К П Н Е А И П Е А Й А М С А П М К П К С А А Е П А У
В И К М С Е В П К А Р Л О Р Г Д Р А Ь К И С Е П С В А К С И А К С В Е М А С У В А А П
Е А П А С Е Р В С К И Р Е С В С Е Н И А К В М А В А М Р Л А К У Н Р С П Е В А С И Т Р
Е С В А С П Е С П Е С А В Ч А Д А В С П Е К С А Е В С А Р О Г Р А И Т Р Р И С В К П Н Е
А И П Е А Й А М С А П М К П Р И А П Р К С П Р О Л Г Н Е П Р А С А М П Р И О Р Н А И
М Р Н С Б Л О А С К А У В П К С А А Е П А У В И К М С Е В П К А Р Л О Р Г Д Р А Ь К И
С Е П С В А К С И А К С В Е М А С У В А А П Е А П А С Е Р В С К И Р Е С В С Е Н И А К
В М А В А М Р Л А К У Н Р С П Е В А С И Т Р Е С В А С П Е С П Е С А В Ч А Д А В С П Е
К С А Е В С А Р О Г Р А И Т Р Н И Р О Е И Т Р А Л О Р А Н Т Р И Р Т Н О Т И А С И А С И
А И О Р Н Т Р Е Т А Б А С К П Р И С В К П Н Е А И П Е А Й А М С А П М К П Р И А П Р К
С П Р О Л Г Н Е П Р А С А М П Р И О Р Н А И М Р Н С Б Л О А С К А У В П К С А А Е В А
Е К Н А Х Н

Вкажіть, будь-ласка, про себе: П. І. по-Б. (необов’язково)_____

ВНЗ_____Посада_____Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження ”___”___

ДОДАТОК Д.2

Тест Ландольта.

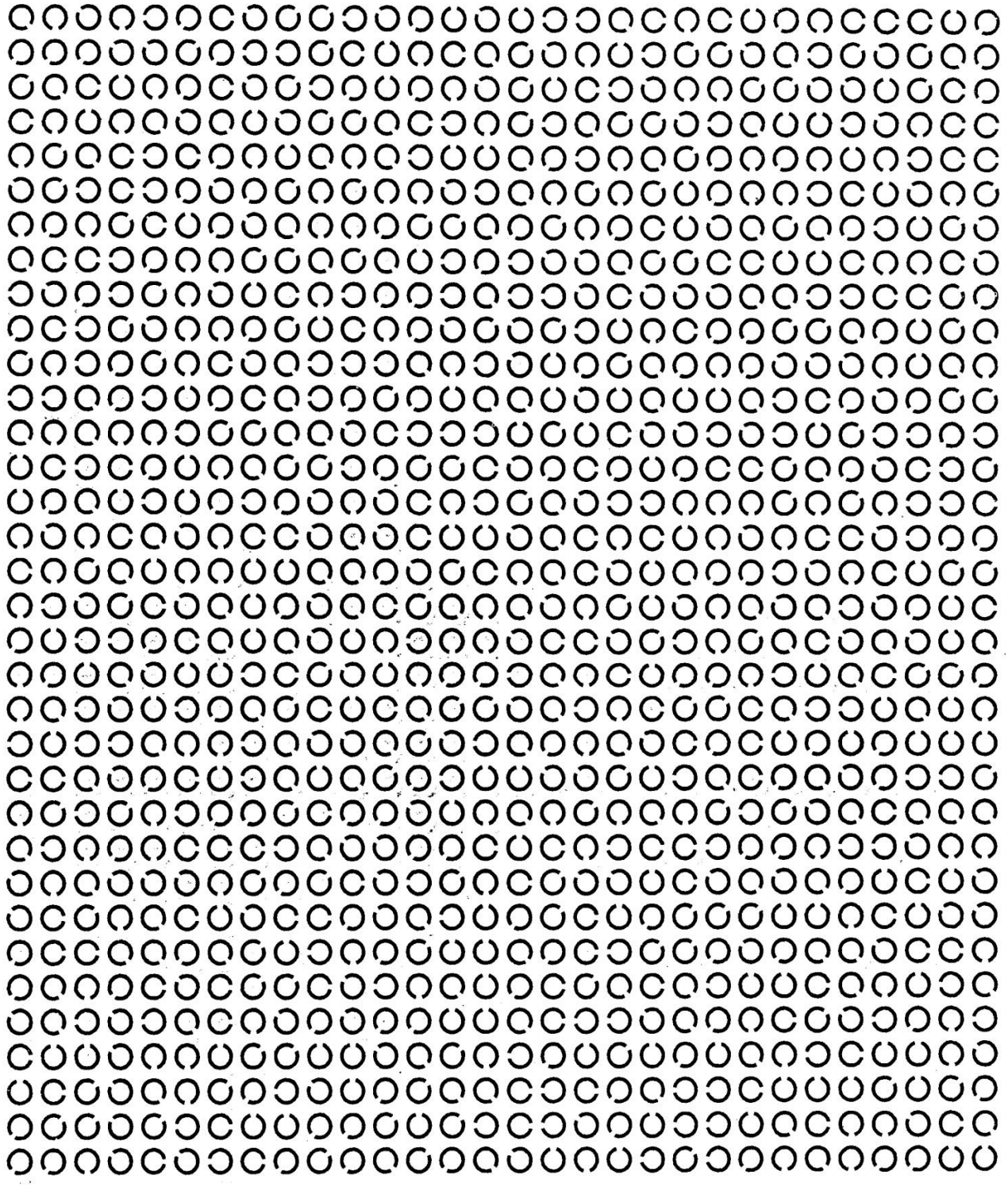
Бланк відповідей.

П.І., по Б._____Вік_____ Розрив_____ Дата_____

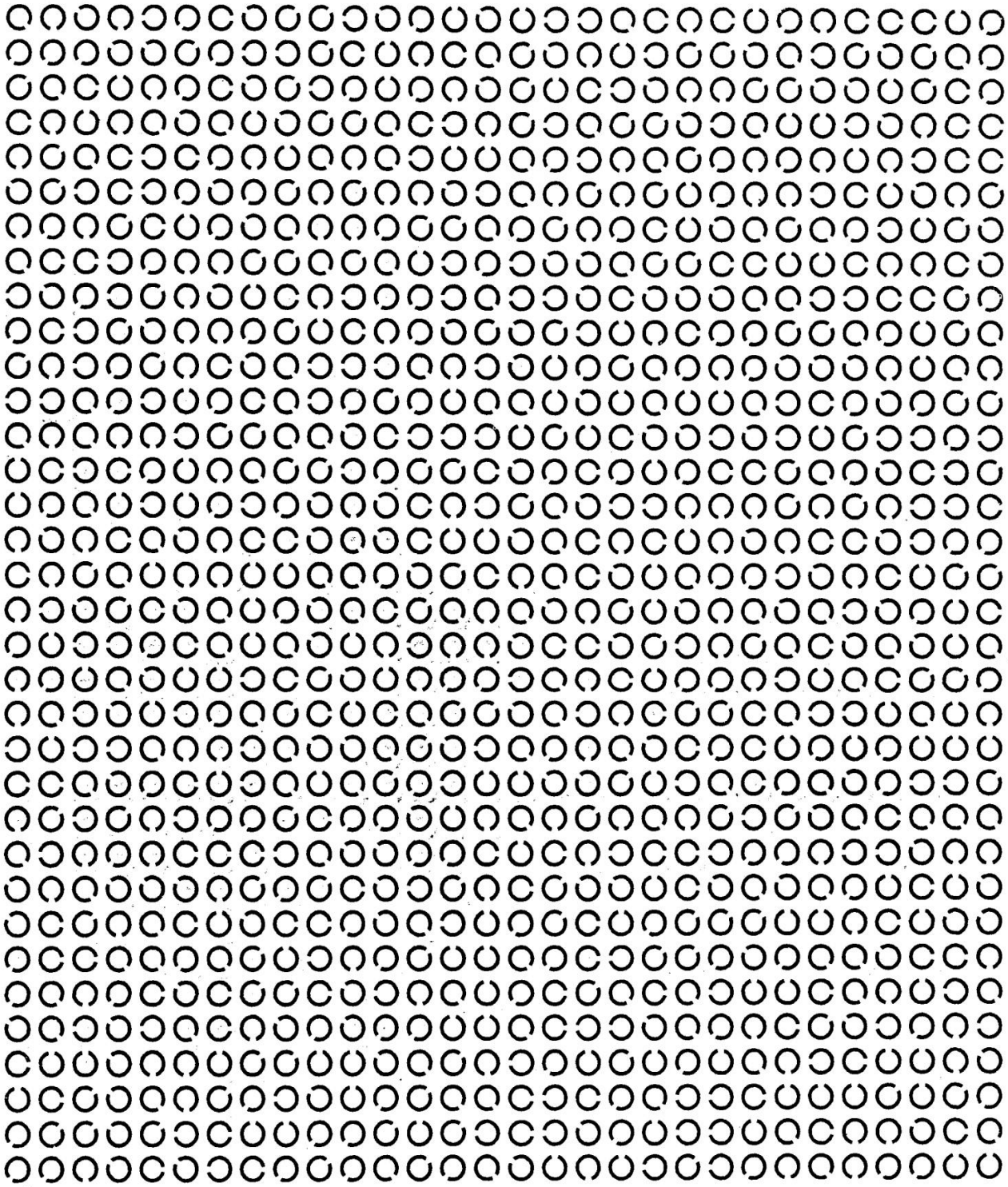
ПРОБА



Чекайте вказівок!



Переверніть сторінку і продовжуйте роботу



Вкажіть, будь-ласка, про себе: П. І. по-Б. (необов’язково)_____
ВНЗ_____Посада_____ Науковий ступінь _____
Вік _____Стать_____
Аспірант Федорюк О.В.
Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК Д.3

Бланк тесту диференціальної самооцінки САН:
самопочуття, активності, настрою

П., І. по Б._____
Вік, років_____

Твердження	БАЛИ	Твердження
1. Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
2. Відчуваю себе сильним	3 2 1 0 1 2 3	Відчуваю себе слабким
3. Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
4. Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
5. Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
6. Гарний настрій	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрій
7. Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
8. Повний сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
9. Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
10. Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
10. Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасний
11. Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
12. Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
13. Здорові	3 2 1 0 1 2 3	Хворі
14. Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
15. Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
16. Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Пасивний
17. Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
18. Відпочилий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
19. Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
20. Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
21. Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
22. Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
23. Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
24. Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
25. Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
26. Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
27. Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
28. Повний надій	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
29. Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

Дякую за участь!

Аспірант Федорюк О.В.

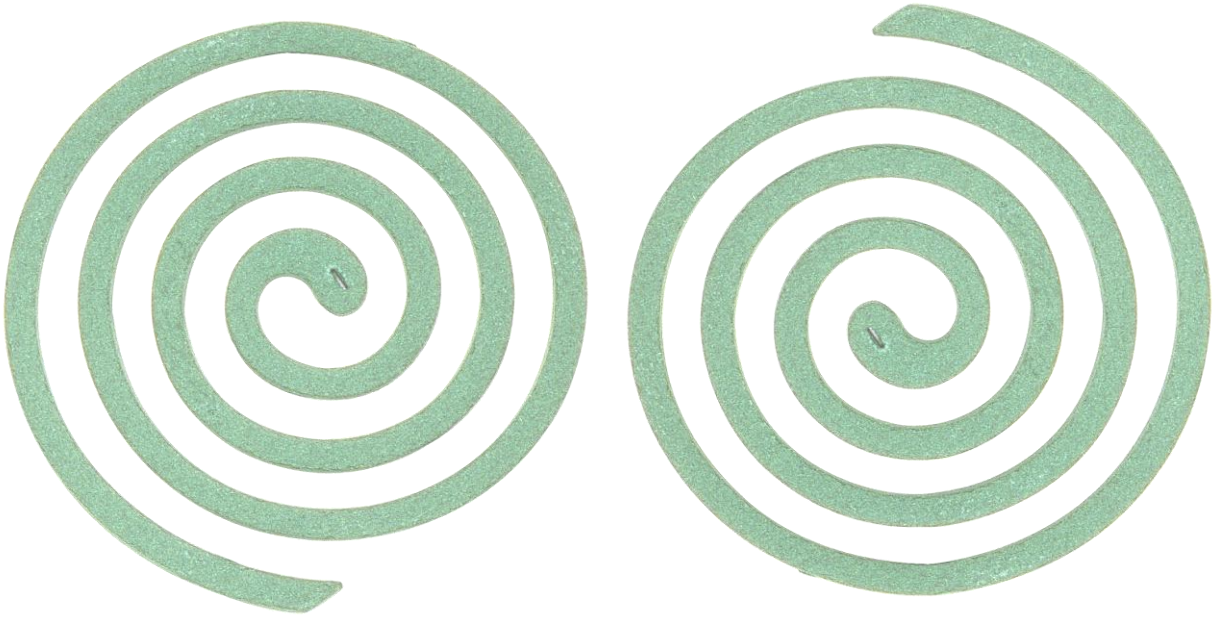
Дата „___”_____

ДОДАТОК Д.4

Тест “Треморометрія”

П.І., по Б._____ Вік_____

Університет, факультет_____



До Після

Час роботи, с_____ _____

Кількість
дотиків_____ _____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата _____

ДОДАТОК Д.5

Тест на рівень тривожності Спілбергера-Ханіна

П.І., по Б._____ Вік_____

№	Тверждение	Ні	Швидше ні	Швидше так	Так
1	Я спокійний	○	○	○	○
2	Мені ніщо не загрожує	○	○	○	○
3	Я знахожусь в напрузі	○	○	○	○
4	Я внутрішньо скований	○	○	○	○
5	Я відчуваю себе вільно	○	○	○	○
6	Я розчулений	○	○	○	○
7	Мене хвилюють можливі промахи	○	○	○	○
8	Я відчуваю душевний спокій	○	○	○	○
9	Я стривожений	○	○	○	○
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	○	○	○	○
11	Я впевнений в собі	○	○	○	○
12	Я нервиюсь	○	○	○	○
13	Я не знахожу собі місця	○	○	○	○
14	Я “заведений”	○	○	○	○
15	Я не відчуваю скованості, напруженості	○	○	○	○
16	Я задоволений	○	○	○	○
17	Я стурбований	○	○	○	○
18	Я дуже збуджений і мені не по собі	○	○	○	○
19	Мені радісно	○	○	○	○
20	Мені приємно	○	○	○	○
№	**Твердження**	**Майже ніколи**	**Іноді**	**Часто**	**Майже завжди**
21	У мене буває припіднятий настрій	○	○	○	○
22	Я буваю подразливим	○	○	○	○
23	Я легко засмучуюсь	○	○	○	○
24	Я хотів-би бути так само успішним, як інші	○	○	○	○

Продовження додатку Д.5

25	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	○	○	○	○
26	Я відчуваю приплив сил і бажання працювати	○	○	○	○
27	Я спокійний, незворушний і зібраний	○	○	○	○
28	Мене тривожать можливі труднщі	○	○	○	○
29	Я надмірно переживаю за дрібницями	○	○	○	○
30	Я буваю цілком щасливим	○	○	○	○
31	Я все приймаю близко до серця	○	○	○	○
32	Мені не хватає впевненості у собі	○	○	○	○
33	Я відчуваю себе беззахисним	○	○	○	○
34	Я стараюсь уникати критичних ситуацій і труднощів	○	○	○	○
35	У мене буває хандра	○	○	○	○
36	Я задоволений	○	○	○	○
37	Будь-які пустяки відволікають і хвилюють мене	○	○	○	○
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	○	○	○	○
39	Я врівноважена людина	○	○	○	○
40	Мене охоплює сильна тривога, коли я думаю про свої справи і турботи	○	○	○	○

Ситуативна тривожність:

Особистісна тривожність:

Аспірант Федорюк О.В.

Дата _____

ДОДАТОК 3.1

Таблиця 3.1

Експрес-оцінка рівня фізичного (соматичного) здоров'я (за Г.Л. Апанасенко, 2000)

Показники	Стать	Функціональні рівні				
		I	II	III	IV	V
		низький	нижче середнього	середній	вище середнього	високий
1. Індекс маси тіла ($кг/м^2$) $\frac{маса\ тіла}{довжина\ тіла^2}$	ч	18,9 і менше	19,0-20,0	20,1-25,0	25,1-28,0	28,1 і більше
	ж	16,9 і менше	17,0-18,6	18,7-23,8	23,9-26,0	26,1 і більше
Бали		-2	-1	0	-1	-2
2. Життєвий індекс (*мл/кг*) $\frac{ЖЄЛ}{маса\ тіла}$	ч	50 і менше	51-55	56-60	61-65	66 і більше
	ж	40 і менше	41-45	46-50	51-56	56 і більше
Бали		-1	0	1	2	3
3.Силовий індекс (%) *Динамометрія кисті, кг х100 % / маса тіла, кг*	ч	60 і менше	61-65	66-70	71-80	80 і більше
	ж	40 і менше	41-50	51-55	56-60	61 і більше
Бали		-1	0	1	2	3
4.Індекс Робінсона (*ум. од.*) $\frac{ЧСС\ х\ АТ\ систол.}{100\ \%}$	ч	111 і більше	95-110	85-94	70-84	69 і менше
	ж	111 і більше	95-110	85-94	70-84	69 і менше
Бали		-2	-1	0	3	5
5.Час відновлення ЧСС після 20 присідів за 30с	ч	3 хв. і більше	2-3 хв.	1,30-1,59 хв.	1,0-1,29 хв.	59 с і менше
	ж	3 хв. і більше	2-3 хв.	1,30-1,59 хв.	1,0-1,29 хв.	59 с і менше
Бали		-2	1	3	5	7
6.Загальна оцінка рівня здоров'я (*сума балів*)		3 і менше	4-6	7-11	12-15	16-18

Вкажіть, будь-ласка, про себе: П. І. по-Б. (необов'язково)_____

ВНЗ_____Посада_____ Науковий ступінь _____

Вік _____Стать_____

Аспірант Федорюк О.В.

Дата обстеження „___" _____

ДОДАТОК З.2

Анкета «Здоровий сон»

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає рівень рекреаційної активності викладачів віком 55-65 років та їх ставлення до здорового способу життя. Ваша думка допоможе розробити програму і дати практичні рекомендації для адміністрації та профспілкового комітету університету з підтримки достатнього рівня психо-фізіологічного стану, фізичної і розумової працездатності Ваших колег. Просимо дати відповідь на запитання даної анкети.

Таблиця 3.2.1

№ з/п	Запитання анкети	Відповідь
1.	Вкажіть, будь ласка, Ваш вік (років)	
2.	Ви не маєте проблем при засипанні ввечері? так (+), ні (-)	
3.	При безсонні у Вас був напередодні напружений день?	
4.	Ви не просипаєтесь вночі: так (+), ні (-)	
5.	Після сну Ви можете утриматись від роздумів про свої проблеми чи від відчуття невдачі напередоні? так (+), ні (-)	
6.	Під час сну Ви не відчуваєте дефіциту повітря? так (+), ні (-)	
7.	Прийом кави/ міцного чаю не впливає на характер Вашого сну? так (+), ні (-)	
8.	Перед сном Ви не приймаєте їжу? так (+), ні (-)	
9.	Ви давно припинили прийом снодійних препаратів: так (+), ні (-)	
10.	Ви працюєте з високим рівнем фізичного навантаження: так (+), ні (-)	
11.	Для релаксації підходить територія близько від місця роботи: так (+), ні (-)	
12.	Який вид релаксації перед сном Ви проводите: активний (+), пасивний (-)	
13.	Немає значення на яку сторону виходять вікна Вашої спальні: не має (+), має (-)	
14.	У Вас власний (+) чи багатоквартирний (-) будинок?	
15.	Ваші сусіди “за стінкою” сови (+) чи жайворонки (-)?	
16.	Яка музика Вам не заважає заснути: гучна (+) чи релаксаційна (-)?	
17.	Ви засипаєте при будь-якому положенні тіла: так (+), ні (-)	
18.	У Вас є своє “улюблене” ліжко без якого сон неможливий? немає (+), є (-)	
19.	Буваючи у відрядженні, відпустці, на лікуванні на якість ліжка Ви не звертаєте першочергову увагу: так (-) ні (+)	
20.	Після просипання вночі Вам нетяжко заснути знову? так (+) ні (-)	
22.	У Вас є визначений час відходу до сну? так (+), ні (-)	
23.	Перед сном Ви не вживаєте міцні чи легкі алкогольні напої? так (+), ні (-)	
24.	Ви однаково добре засипаєте у будь-який час ночі? так (+), ні (-)	
25.	Ви не спите після обіду? так (+), ні (-)	
26.	Скільки часу Ви відводите на денний сон? менше 20 хв (+), більше	
27.	Фізичні вправи Ви виконуєте: вранці (1), в першій (2), другій (3) половині дня, за 2 год до сну (4), безпосередньо перед сном (5), не виконую (6)	
28.	Інтенсивність вправ перед сном: висока (1), середня (2), низька (3), релаксуюча (4)	
29.	Для доброго сну Вам необхідна температура у приміщенні: висока (1), середня (2), низька (3), прохолодна (4)	
30.	У Вашій спальні є вентилятор (1), кондиціонер (2), великі просторі вікна (3), невеликі вікна (4)	
31.	Як швидко Ви засипаєте, коли відчуваєте внутрішню тривогу після денних життєвих турбот: швидко (1), до 1 год (2), після опівночі (3), під ранок (4), не	

	Продовження табл. 3.2.1	
	Не можу заснути взагалі(5)	
32.	У Вас є власний “передсонний” ритуал: тепла ванна (1), фізичні вправи (2), дихальна гімнастика (3), йога (4), релаксуюча музика (5)	
33.	Для засипання не має значення інтенсивність роботи чи тип Вашого темпераменту (сова, жайворонок, голуб): так (+), ні (-)	
34.	Для Вас звичний час для відходу до сну: до 24 год (+), після 24 год (-)	
35.	Тривалість засипання: до 5 хв (+), більше 5 хв (-)	
36.	Час пробуждення (год/хв)	
37.	Тривалість сну (год/хв)	
38.	Відчуття «розбитості» при пробудженні	
39.	З вечора заснув легко	
40.	Сон був глибоким, нічого не заважало	
41.	Просипаюсь вчасно, почуваю себе свіжим, відпочившим	
42.	Тривалість сну нижче норми, не висипаюсь	
43.	Сон дуже міцний	
44.	Сон поверхневий	
45.	Тяжко просипатися ранком	

Дякуємо за допомогу!

Вкажіть, будь-ласка, про себе: П. І. по-Б. (необов’язково)_____
ВНЗ_____Посада_____ Науковий ступінь __ _____
Вік _____Стать_____
Аспірант Федорюк О.В.
Дата обстеження ”___” _____

ДОДАТОК З.3

Анкета “Якщо у Вас безсоння”

Шановні викладачі!

Кафедра теорії та методики фізичної культури і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника вивчає рівень рекреаційної активності викладачів віком 50-65 років та їх ставлення до здорового способу життя. Ваша думка допоможе розробити програму і дати практичні рекомендації для адміністрації та профспілкового комітету університету з підтримки достатнього рівня психо-соматичного здоров’я, фізичної і розумової працездатності Ваших колег. Просимо дати відповідь на запитання даної анкети.

Дякуємо за допомогу!

1. На Вашу думку причиною безсоння є: _____
2. Ваш сон:

а) глибокий;
б) поверхневий;
в) фрагментарний;
г) дискомфортний;
д) інше (вказати)_____

3. Ви погано засипаєте тому, що відчуваєте

а) приступи подразливості;
б) хронічну слабість;
в) біль в шиї і спині;
г) тривогу і серцебиття;
д) інше
(вказати)_____

4. Ви просипаєтеся з відчуттям:

а) припливу енергії;
б) втоми;
в) з болями в шиї і спині;
г) тривоги за своє здоров’я;
д) інше
(вказати)_____

5. Ви пробували самостійно справитись з проблемним сном: так ні
(потрібне підкреслити)

6.Ви звернулися до лікаря і він Вам порадив:

а) нормалізувати відносини на роботі;
б) нормалізувати відносини в сім’ї;
в) призначив фармацевтичні засоби;
г) інше
(вказати)_____

7. Ваш сон супроводжується:

а) приємними снами;
б) неприємними (жахливими) снами;
в) відсутніми сновидіннями;
г) інше (вказати)_____

Продовження додатку 3.3

8. Ви засипаєте:
а) відразу;
б) через деякий час
(вказати)_____
в) в першій половині ночі;
г) в другій половині ночі;
д) під ранок;
е) інше (вказати)_____
9. Ваш сон супроводжується:
а) сильним серцебиттям;
б) загальною слабістю;
в) нехваткою повітря;
г) “неприємними відчуттями” в голові;
д) “неприємними відчуттями”в ділянці серця;
е) страхом за своє здоров’я (страхом смерті);
ж) інше (вказати)_____
10. Ліки, які Ви приймаєте проти безсоння:
а) помагають постійно;
б) помагають періодично;
в) викликають звикання;
г) не допомагають взагалі;
д) інше (вказати)_____
11. Як довго тривають проблеми із сном (вказати)_____
12. Чи завели Ви щоденник сну: так ні (потрібне підкреслити)
13. Ви відчуваєте приступи денної сонливості:
а) постійно;
б) періодично;
в) не відчуваєте;
г) інше (вказати)_____
14. Для того, щоб заснути Ви:
а) викурюєте сигарету;
б) вживаєте алкоголь;
в) приймаєте снодійне;
г) нічого не робите для цього;
д) інше (вказати)_____
15. В якому положенні Ви засипаєте найчастіше:
а) на спині;
б) на правій (лівій) стороні;
в) на животі;
г) у вимушеному положенні (вказати);
д) положення не має значення;
е) інше (вказати)_____
16. Під час засипання чи сну Ви відчуваєте:
а) мимовільні рухи всім тілом;

Продовження додатку 3.3

б) клонічні рухи рук;
в) клонічні рухи ніг;
г) клонічні рухи стопи чи окремих пальців;
д) не відчуваєте яких-небудь мимовільних рухів;
е) інше (вказати)_____
17. Ваш сон триває:
а) більше 8 год
б) 6-8 год
в) 5 год
г) менше 5 год
д) інше (вказати) _____
18. За характером зміни “бадьорість-сон” Ви:
а) сова;
б) жайворонок;
в) голуб;
д) не можете визначити
19. Ваш сон часто супроводжується:
а) храпом;
б) затримкою дихання;
в) криком;
г) частим просинанням;
д) відчуттям “повзання мурашок”;
е) інше (вказати)_____
20. Перед сном Ви обов’язково:
а) приймаєте їжу;
б) обмежуєтесь фруктами і кисломолочними продуктами;
в) лягаєте натще;
д) інше (вказати)_____
21. Звичайно Ви лягаєте в ліжко;
а) о 21 год.;
б) о 22-23 год.;
в) близько 24 год.;
г) в першій половині ночі;
д) в другій половині ночі;
е) під ранок;
ж) інше (вказати)_____

Дякуємо за допомогу!

Вкажіть, будь-ласка, про себе: П. І. по-Б. (необов’язково)_____
ВНЗ_____Посада_____ Науковий ступінь _____
Вік _____Стать_____
Аспірант Федорюк О.В.
Дата обстеження „___”_____

ДОДАТОК К

Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів вищого навчального закладу

Пояснювальна записка

Програма побудована з урахуванням концептуальних завдань Закону України “Про фізичну культуру і спорт” [62], які активізують проблеми підтримки ПФС викладачів 56-65 років з використанням різних форм ФК і засобів ФРК. При цьому брались до уваги кращі методи ФРК із резерву адаптованих до віку спортивних і рухливих ігор узагальнені у багатьох науково-педагогічних працях [42, 59, 87, 101, 251, 261].

Мета програми – сприяти корекції та підвищенню рівня ПФС викладачів віком 56-65 років засобами ФРК, підвищенню інтересу до заходів з підвищення РКА в умовах ВНЗ.

Завдання програми:

1. Ознайомити викладачів з різними формами рекреаційної роботи та видами адаптованих до віку спортивних і рухливих ігор у природному середовищі, забезпечити передачу їм кращих зразків досвіду підтримки “здорового” тіла.
2. Сприяти підвищенню рівня ПФС ігровими засобами і змісту різних форм дозвілля та активного відпочинку.
3. Підтримувати рівень основних рухових якостей з урахуванням можливостей організму викладачів 56-65 років.
4. Формувати переконання у необхідності систематичних занять фізичною культурою та внутрішню установку до підвищення рівня РКА засобами ФРК.

Для реалізації цих завдань програма пропонує такі форми роботи з підвищення рівня РКА ВПВ у ВНЗ: ранкова гімнастика з різновидами гімнастичних вправ [19, 34], обов’язковим пробіганням зранку 300 м підтюпцем [116, 119, 129]; рекреаційна гімнастика, дихальні вправи і плавання [65, 72, 234, 235]; загартовуючі процедури: обтирання та обливання холодною водою, ходінням на босу ногу, сонячні і повітряні ванни [40, 122], адаптовані до віку спортивні і рухливі ігри [20, 35, 43], прогулянки, екскурсії і туристичні походи

[57, 102, 296] з іграми на місцевості, розваги (забави) на ігрових майданчиках [60, 90], спортивно-оздоровчі свята [33, 101, 140] тощо.

ЗМІСТ ПРОГРАМИ

Програмовий матеріал подано у трьох частинах, де поданий орієнтований розподіл рухливих ігор, спрямованих на підтримку окремих фізичних, психічних та вольових якостей викладачів 56-65 років під час роботи. В процесі ігор ми намагалися різносторонньо підтримувати у них фізичні, морально-естетичні та інтелектуальні здібності.

У першій відібрані спортивно-оздоровчі заходи у режимі роботи ВНЗ. Вони покликані підвищити рівень ПФС та підняти продуктивність наукової і педагогічної праці, запобігти гіпокінезії. При цьому перевага надається індивідуальним вправам з імітаційними рухами, які за своїм змістом відповідають можливостям організму ВПВ. Це дасть можливість забезпечити в комплексі реалізацію загальних оздоровчих та рухових завдань. Туристичні походи, екскурсії, прогулянки та ігри будуть заохочувати викладачів до спільних узгоджених дій певного ритму, забезпечать розвиток моторної пам’яті, яка відіграє важливу роль у підтримці рухових функцій окремих груп м’язів і позитивно вплинуть на опорно-рухову систему в цілому, будуть запобігати порушенню постави, зміцнять систему органів дихання (збільшиться життєва ємність легенів), а їх емоційний фон стимулюватиме активність, що забезпечить удосконалення функціональних можливостей організму в цілому.

До другої частини увійшли різні види активного відпочинку та народних рухливих ігор і забав, що створюють умови для комплексної підтримки як рухових, так і психологічно-вольових якостей.

У третій частині пропонуються адаптовані до віку ігри за вибором. Вони сприятимуть підвищенню рівня РА викладачів, так як беруться до уваги можливості їх організму та ФР.

Головним завданням попереднього етапу було визначення вікової адаптації ССС до фізичних навантажень за діагностикою вихідного рівня

морфофункціональних показників при збільшенні ЧСС в діапазоні 140-145 уд/хв.

Інтенсивність (ЧСС) визначалася за формулою: 180 – вік ± 10 уд/хв. Ця зона інтенсивності фізичних вправ, крім покращення функціонального стану, була водночас достатньо адекватною для організму ВПВ, які займалися рекреаційно-оздоровчими вправами.

З метою більш точного контролю навантаження за показниками максимальної, пікової і порогової ЧСС, пропонуються формули: ЧССmax=220 – вік (роки) Нижня межа ЧСС=(220 – вік (роки))х0,6 Верхня межа ЧСС=(220 – вік (роки))х0,75

У міру адаптації організму величина навантажень може зростати і визначатися за самопочуттям, відновленням пульсу, бажанням займатися тощо.

В експериментальній групі після циклічних навантажень застосовували вправи на гнучкість тривалістю 10-20 хв. Тижневий обсяг навантаження становив від 1 години 20 хвилин (початковий обсяг) до 7 годин.

Крім того, ВПВ з рівнем здоров’я 2-3 бали двічі на тиждень включали в заняття (наприкінці основної частини) вправи на тренування силової витривалості (переважно м’язів поясу і вільної верхньої кінцівки) обсягом 5-10 хв. Вага обтяження – від 5 до 10 кг, кількість серій – 1-3, кількість повторень – 10 і більше разів.

Раціональне співвідношення затрат часу на пдтримку рівня розвитку фізичних якостей рекомендується таке: на загальну витривалість передбачати 10-30% усього часу, на силу і силову витривалість – 10%, на швидкість і швидкісну витривалість – до 10%, на гнучкість – 35%, на спритність 15% від загального часу занять.

Як свідчать результати дослідження, ефективним засобом корекції стану здоров’я і збереження його на достатньому рівні була система оздоровчого тренування, яка базувалася на методичних принципах: поступовості і безперервності фізичного навантаження, адекватності, цілеспрямованості і

ритмічності застосування засобів оздоровчого тренування.

Вся програма розрахована на 9 місяців: початковий етап (6 тижнів), втягуючий (6 тижнів), тренувальний (20 тижнів) і стабілізуючий (4 тижня) етапи. Такий розподіл забезпечує довгострокову стійку адаптацію систем організму на основі стабільного обсягу фізичних навантажень і поетапного збільшення показників проміжних рівнів адаптації. В основі технології оздоровчого тренування були закладені принципи: використання в комплексному занятті фізичних навантажень середньої інтенсивності, виконуваних протягом тривалого часу (90 хвилин) у пульсовому діапазоні 110-120 уд/хв., чергування тривалих навантажень середньої інтенсивності (130-145 уд/хв.) з навантаженнями низької інтенсивності (90-115 уд/хв). Тривалість кожного заняття за такою технологією складає 90 хв. РА в першій половині (45 хв.) комплексних занять регламентується програмою оздоровчої ритмічної гімнастики, у другий (45 хв.) – програмою рекреативного плавання. До особливостей методики виконання вправ відноситься наявність параметра фізіологічного впливу – ЧСС для кожного виду вправ: різновиду ходьби 115-150 уд/хв., бігу – 125-165 уд/хв., виконання гімнастичного комплексу потоковим способом – 130-160 уд/хв., танцювальні рухи – 125-165 уд/хв., вправи, спрямовані на відновлення у воді – 110-140 уд/хв. В таблиці К.1 запропонований орієнтовний набір рекреаційних заходів, сітка годин та величина навантаження за інтенсивністю ЧСС при виконанні різних форм ФРК для викладачів похилого віку.

Таблиця К.1

Зміст та тривалість занять різними формами та засобами фізичної рекреації для 56-65-ти річних викладачів

№ з/п	Форми фізичної культури і засоби фізичної рекреації	Тривалість Інтенсивність
Підготовчо-адаптаційний етап (2 місяці)		
1.	**Ранкова гімнастика** проводиться самостійно (корегуюча гімнастика, різновиди загальнорозвиваючих і гімнастичних вправ: в русі, з предметами, в парах, в колі, на тренажерах, елементи стрибків, ходьби та бігові вправи, дихальні вправи)	10-15 хв. 110-115 уд/хв

Продовження табл. К. 1

2.	**Загартовуючі процедури** проводяться самостійно (обтирання та обливання холодною водою, ходінням на босу ногу, сонячні і повітрянні ванни)	15-25 хв. 110-115 уд/хв
3.	**Рухливі ігри і забави** з розвитку фізичних якостей проводяться самостійно чи під керівництвом фахівця (з елементами бігу, стрибків, метання, долання опору), ігри з координації рухів, ігри з розвитку уваги, ігри на розвиток пам'яті та інтелекту і морально-вольових здібностей	1-2 год. 120-145 уд/хв
4	**Оздоровче плавання** проводиться самостійно чи під керівництвом фахівця (заняття самостійні, 1-2 р. в тиждень, в межах дозвілля)	15-20 хв. 135-145 уд/хв
5	**Оздоровчий біг** проводиться самостійно чи під керівництвом фахівця (біг підтюпцем, з обов'язковою розминкою м'язів гомілки)	10 хв. 130-145 уд/хв
Тренувальний етап (5 місяців)		
6.	**Ранкова гімнастика** проводиться самостійно (корегуюча гімнастика, різновиди загальнорозвиваючих і гімнастичних вправ: в русі, з предметами, в парах, в колі, на тренажерах, елементи стрибків, ходьби та бігові вправи, дихальні вправи)	20-25 хв. 115-130 уд/хв
7.	**Загартовуючі процедури** проводяться самостійно (обтирання та обливання холодною водою, ходінням на босу ногу, сонячні і повітрянні ванни)	до 1 год. 110-125 уд/хв
8.	**Заняття в секціях з адаптованих до віку видів спорту** проводиться під керівництвом фахівця (мініфутбол, волейбол, баскетбол, настільний теніс, бадмінтон, туризм)	45-90 хв. 125-150 уд/хв
9.	**Рекреаційне плавання** (заняття самостійні, 1-3 р. в тиждень)	30-45 хв. 110-145 уд/хв
10	**Оздоровчий біг** заняття самостійні, (підтюпцем, з розминкою м'язів гомілки	15-20 хв.
11	**Туристичні походи** заняття самостійні чи під керівництвом фахівця (одноденні і дводенні пішохідні походи)	24-48 год. 110-125 уд/хв
12	**Танцювальні вправи** заняття самостійні чи під керівництвом фахівця (1-3 р. в тиждень)	45-60 хв. 125-145 уд/хв
Підтримуючий етап (5 місяців)		
13	**Ранкова гімнастика** заняття самостійні (корегуюча гімнастика, різновиди загальнорозвиваючих і гімнастичних вправ: в русі, з предметами, в парах, в колі, на тренажерах, елементи стрибків, ходьби та бігові вправи, дихальні вправи)	20-25 хв. 110-115 уд/хв

Продовження табл. К. 1

14	**Загартовуючі процедури** заняття самостійні (обтирання та обливання холодною водою, ходінням на босу ногу, сонячні і повітрянні ванни)	до 1 год. 115-125 уд/хв
15	**Оздоровчий біг** заняття самостійні (біг підтюпцем, з обов'язковою розминкою м'язів гомілки)	10-15 хв. 125-135 уд/хв
16	**Екскурсії** заняття самостійні чи під керівництвом фахівця (з використанням різних рухливих ігор і забав на місцевості, у природному середовищі)	до 3 год. 110-125 уд/хв
17	**Прогулянки** заняття самостійні (з використанням різних рухливих ігор і забав на місцевості, у природному середовищі)	1-2 год. 110-120 уд/хв
18	**Туристичні походи** заняття самостійні чи під керівництвом фахівця (пішохідні походи вихідного дня)	1-3 год. 120-130 уд/хв
19	**Танцювальні вправи** заняття самостійні чи під керівництвом фахівця (1-2 р. в тиждень)	15-30 хв. 125-130 уд/хв
20	**Організація спортивно-оздоровчих заходів** під керівництвом фахівця (1-3 р. в тиждень, спортивні змагання, спортивні свята та вечори)	1 год. 110-120 уд/хв
Кінцевий етап (1 тиждень)		
21	**Перебування в спортивно-оздоровчому комплексі** в умовах середньогір'я (адаптовані до віку настільний теніс, футбол, волейбол, баскетбол проводяться на відкритих майданчиках самостійно 1-3 р. в тиждень), одно- і дводенний піший туристичний похід проводяться під керівництвом фахівця	1-3 год. 110-135 уд/хв
Разом		240 год.

Програма з підвищення рівня РКА складається з трьох етапів: підготовчо-адаптивного, тренувального і підтримуючого, на кожному з яких пропонується набір рекреаційних заходів, які мають антиейджинговий ефект [144, 220, 222, 254].

Усі складові компоненти особистісної компетентності викладачів похилого віку до РКА впроваджувалися через програму її корекції, зміст якої передбачав три етапи реалізації: інформаційно-змістовий (20 годин), мотиваційно-поведінковий (тренінги з формування РКА, 20 годин) і особистісно-діяльнісний (факультативні заняття, тривалістю 160 годин, та самостійні заняття, тривалістю 280 годин), що загалом склало 480 годин за навчальний рік. Реалізацію змісту зазначеної програми здійснювали впродовж

року у три етапи: інформаційно-змістовий (бесіди, міні-лекції, диспути, «круглі столи») обсягом 20 годин; мотиваційно-поведінковий (тренінги з формування високого рівня РКА) обсягом 20 годин; особистісно-діяльнісний (факультативні заняття з атлетичної та ритмічної гімнастики, плавання, адаптованих до віку рухливих і спортивних ігор) обсягом 160 годин. Також програма передбачала самостійні заняття (гігієнічною гімнастикою та оздоровчим тренуванням) обсягом 280 годин.

Передумовами для створення системи корекції психо-фізіологічного стану ВПВ стали результати констатуючого експерименту, за якими було встановлено, що 72,6% обстежених мали низький і ще 27,4% нижче середнього рівні РКА. При цьому високого рівня не було виявлено у жодного респондента. У нашому дослідженні модель була зразком цілісної системи корекції РКА, що враховувала взаємодію суб'єктів через внутрішні взаємозв'язки та дала можливість отримати інтегральний результат. Створення програми передбачало врахування сукупності заходів, що здійснювалися згідно з визначеними пріоритетами для досягнення поставлених цілей з використанням необхідних засобів. На основі аналізу спеціальної літератури, спостережень та результатів констатуючого експерименту, а також власного досвіду нами були розроблені основні шляхи реалізації інтегрованої системи корекції РКА ВПВ та її програмне забезпечення (рис. К. 1).

Реалізація когнітивного компоненту забезпечується через формування відповідних знань щодо основних складових СЗ, чинників які на нього впливають і сприяють підвищенню рівня обізнаності з сутністю поняття "здоровий спосіб життя", шляхами утвердження його пріоритетів та критеріями і показниками самооцінки власного СЗ. Для підвищення рівня даного компоненту використовувались такі форми занять як тренінги з формування ЗСЖ, диспути, семінари, міні-лекції, реферування, "круглі столи" тощо.

Емоційно-мотиваційний компонент передбачав виховання позитивного ставлення до власного СЗ та використання засобів ФРК, які сприяють його покращенню, а також наявність мотивів до підвищення рівня РКА.



Рис. К.1. Схема реалізації програми підвищення рівня рекреаційної активності викладачів похилого віку засобами рекреаційно-рухової діяльності.

Зацікавленість значно підвищує ефективність виконання заходів спрямованих на покращення власного СЗ. Реалізація когнітивного компоненту забезпечується через формування відповідних знань щодо основних складових СЗ, чинників які на нього впливають і сприяють підвищенню рівня обізнаності з сутністю поняття “здоровий спосіб життя”, шляхами утвердження його пріоритетів та критеріями і показниками самооцінки власного СЗ.

Для підвищення рівня даного компоненту використовувались такі форми як тренінги з формування ЗСЖ, диспути, семінари, міні-лекції, реферування, “круглі столи” тощо.

Емоційно-мотиваційний компонент передбачав виховання позитивного ставлення до власного СЗ та використання засобів ФРК, які сприяють його покращенню, а також наявність мотивів до підвищення рівня РКА.

Зацікавленість значно підвищує ефективність виконання заходів спрямованих на покращення власного СЗ. Відсутність інтересу вимагає від ВПВ підвищеного прояву вольових зусиль, а виконання заходів, спрямованих на зміцнення власного СЗ, стає рутинним і малоефективним.

При формуванні мотивів у ВПВ щодо підвищення рівня РКА, враховували вихідний рівень ставлення до фізичної культури та власного СЗ, обізнаність та наявність мотивів із питань покращення власного СЗ.

Проведене дослідження довело, що одним із вагомих мотивів, який спонукає ВПВ підвищувати рівень РКА, є прояв інтересу до власного СЗ.

Виявлений у 72,6% опитаних низький рівень ставлення до власного СЗ обґрунтував необхідність його підвищення через формування стійкого інтересу до рекреаційних заходів, що спрямовані на покращення власного СЗ. Це спонукало до розроблення заходів спрямованих забезпечити відповідний рівень знань, практичних умінь і навиків, щодо покращення власного СЗ та відчуття емоційного задоволення від власної здоров'язберігаючої поведінки. В цей перелік ми включили наступні заходи: постановка конкретних завдань, які викладач може виконати до закінчення робочого дня чи тижня; використання нестандартного обладнання та інвентарю; ознайомлення із різними видами гімнастичних вправ (гігієнічною, ритмічною та спрощеною гімнастикою); проведення фізичних вправ, враховуючи інтереси ВПВ; урізноманітнення способів виконання вправ; використання ігрового і змагального методу на етапі вдосконалення фізичних вправ; проведення регулярного контролю за досягненнями ВПВ (знання, вміння і навички); залучення ВПВ до процесу планування самостійних занять та самоконтролю за станом СЗ (ведення щоденника самоконтролю); приділення особливої уваги невстигаючим людям похилого віку (визначення причини невдач, переконання ВПВ у своїх силах, заохочення і відзначення навіть найменших успіхів); активація пізнавальної діяльності шляхом причинно-наслідкових зв'язків. У процесі формування інтересу ВПВ до власного СЗ використовували словесні, наочні, практичні та евристичні методи (стимулювання, прогнозування).

Для підвищення рівня інтересу у ВПВ враховували їх побажання щодо вибору адаптованих до віку рухливих ігор і видів спорту. У чоловіків це атлетична гімнастика, мініфутбол, оздоровчий біг, різні види єдиноборств, плаванням, адаптовані ігри – волейбол, баскетбол, пішохідний туризм, настільний теніс. У жінок були віднесені ритмічна гімнастика, плавання, оздоровчий біг, оздоровчий фітнес, адаптовані ігри, туризм, настільний теніс.

Емоційні прояви виражалися у позитивному ставленні до власного СЗ та ФРК, позитивних переживаннях у процесі занять. Проведені спостереження засвідчили, що позитивні емоції спонукали ВПВ до пошуку шляхів зміцнення СЗ, а інтерес до власного СЗ та ФРК стали передумовами підвищення рівня РКА.

Корекція вольового компоненту передбачала підготовку ВПВ до самовдосконалення, виховання наполегливості і цілеспрямованості до виконання поставлених завдань та відповідальності за власне СЗ й готовності до активних дій щодо його покращення.

Відомо, що вольове зусилля починається з усвідомлення мети і прагнення до неї, яке стає дієвим, перетворюючись на бажання. Самовдосконалення полягає у здатності особистості керуватися у своїх діях загальними і стійкими цілями, зумовленими її твердими переконаннями й намірами. Проведені спостереження засвідчили, що відсутність мети звільняє суб’єкта від відповідальності за власний стан СЗ. Одним із проявів самовдосконалення був рівень домагань, тобто орієнтація людини на прагнення до покращення власного стану СЗ. Для виховання цієї якості у ВПВ визначали рівень їх СЗ та РА і пропонували самостійно розробити комплекси ранкової гігієнічної гімнастики з метою підвищення їх рівня.

Для підвищення інтересу ВПВ до самовдосконалення, у авторській програмі передбачили проведення диспутів, “круглих столів”, “відвертих розмов”, тренінгів із різних питань підвищення рівня РКА. Під час виховання наполегливості вивчали її сутність, що враховує уміння активно діяти, переборюючи труднощі, енергійно добиватися мети. Виховуючи

наполегливість, проводили факультативні заняття з полегшеної ритмічної гімнастики. У роботі, яку здійснювали за розробленою програмою, систематично посилювали вольову поведінку шляхом похвали, позитивної оцінки, висловлювання надії на кращу поведінку, створювали умови для самоствердження, самореалізації та самовираження при виконанні конкретних вправ. При вихованні вольових якостей враховували дію негативних чинників, низький рівень вимогливості та інтересів ВПВ у впровадженні рекреаційних заходів.

Ставлення ВПВ до фізичної культури та власного СЗ виховували на основі достатнього обсягу знань, практичних умінь, передбачених розробленою програмою, а цілеспрямована самостійна робота ВПВ засвідчувала про їх готовність до активних дій щодо підвищення рівня РКА.

Корекція поведінкового компоненту передбачала практичні дії, спрямовані на підвищення рівня РКА та СЗ ВПВ, нехтування шкідливими звичками, вміння здійснювати самоконтроль за станом СЗ та дбати про його покращення; уміння розробляти і використовувати форми і методи ФРК.

Формуванню даного компонента слугувало підвищення рівня РКА ВПВ, шляхом залучення їх до систематичних занять спрощеною гімнастикою, виконання комплексів гігієнічної гімнастики у поєднанні із загартовуючими процедурами, самостійних оздоровчих занять за системою Г.С. Беляєва і співав. [17], покращення стану їх СЗ під впливом вище перерахованих занять та відмови від шкідливих звичок. Ведення щоденника самоспостереження сприяло формуванню у ВПВ уміння планувати свою діяльність щодо підвищення рівня РКА. Для підвищення рівня поведінкового компоненту використовували, крім словесних і наочних, також і практичні методи, а саме: сувору регламентацію вправ (безперервну і перервну), ігровий та змагальний. Усі складові компоненти РКА реалізовували через програму її корекції. Зміст програми передбачав вивчення сучасних методів і форм ФРК, ознайомлення з основними факторами впливу на спосіб життя ВПВ, формування у ВПВ власних навичок та вміння впроваджувати ідеї ФРК у щоденне життя.

Доцільність впровадження програми обумовлена, з однієї сторони, надзвичайною актуальністю в Україні проблеми індивідуального і суспільного СЗ, з іншої – актуальністю виховання у викладачів позитивного сприйняття необхідності впровадження заходів ФРК для збереження високого рівня СЗ [10]. У свою чергу, таке ставлення і розуміння цінності особистого і громадського СЗ сприятиме формуванню особистісної готовності до здоров'я зберігаючої поведінки ВПВ та використання набутих знань і практичних умінь.

Педагогічні умови реалізації змісту корекційної програми

Аналіз психолого-педагогічної літератури [9, 17, 26, 66] та власний досвід свідчать, що в процесі організації певної педагогічної діяльності для її ефективності необхідно забезпечити відповідні педагогічні умови.

У довідковій літературі надаються різні тлумачення поняття "умова", які мають багато спільного. Так, у "Філософському енциклопедичному словнику" зазначено: "умова – філософська категорія, в якій відображаються універсальні відношення речі до тих факторів, завдяки яким вона виникає та існує. Завдяки наявності відповідних умов властивості речей переходять з можливості в дійсність".

Науковці спеціально визначають термін "педагогічна умова" як певну обставину чи обстановку, яка впливає (прискорює чи гальмує) на формування та розвиток педагогічних явищ, процесів, систем, якостей особистості.

Педагогічними умовами вважають обставини, що сприяють розвитку чи гальмуванню корекційного процесу. Їх визначають як комплекс засобів, наявних у ВНЗ для ефективного здійснення рекреаційно-рухової діяльності викладачів. На думку В.Д. Кряжева [71], педагогічні умови є сукупністю об'єктивних можливостей, змісту, методів, організаційних форм і матеріальних можливостей для активізації рекреаційно-рухової діяльності викладачів, що забезпечує успішне досягнення поставленої мети.

Проте ефективність будь яких програм потребує використання педагогічних умов для їх реалізації [53]. Про необхідність створення

педагогічних умов при впровадженні програм відмічали низка вчених [36, 55, 67, 184].

Педагогічні умови – це структурна складова педагогічних технологій або педагогічних моделей, за допомогою якої реалізуються компоненти технології.

Тобто, педагогічні умови формування рівня рекреаційної активності доцільно розглядати як обставини, за яких компоненти змісту оздоровчо-рекреаційного процесу перебувають у взаємозв'язку і забезпечують співпрацю інструктора і людей, які виконують умови такої програми.

Для реалізації авторської комплексної рекреаційно-оздоровчої програми нами були запропоновані педагогічні умови покликані забезпечити ефективне використання засобів, методів, організаційних форм у процесі формування рівня рекреаційної активності у викладачів похилого віку. Найефективнішими з них у процесі експерименту виявились: використання національних традицій фізичного виховання пов'язаних із трудовими процесами; суб'єкт-суб'єктна взаємодія в процесі оздоровчого тренування у природному середовищі; режим безпеки під час занять фізичними вправами у природному середовищі; вивчення краєзнавства та пізнавально-рекреаційних можливостей рідного краю; пошук доступних для оздоровчих занять природних місць та їх збереження; використання природних чинників та комплексу загартовуючих процедур в процесі формування рівня рекреаційної активності; формування екологічних поглядів, переконань та установка на позитивний настрій.

Використання національних традицій фізичного виховання пов'язаних із трудовими процесами.

Втілюючи авторську програму підвищення рівня рекреаційної активності, широко використовували національні традиції фізичного тіловиховання. Головним чинником формування національної самосвідомості виступає діяльність спрямована на любов до "всього рідного" (краю, мови, традицій, звичаїв, героїчного чи трагічного минулого).

У подальшому у конкурсах, святах, змаганнях, туристичних та краєзнавчих походах, які пропонувались викладачам, включали фізичні вправи

та рольові ігри з фольклору й міфології. Зважаючи на те, що населення нашого краю має духовний потяг до природи, релігії, сім'ї, використовували широкий спектр ігор та забав, які традиційно є складовою релігійних свят у різні пору року. Використовували ігрища, що традиційно проводяться на Зелені свята, Великдень, Різдво Христове, Івана Купала.

Реалізація цієї педагогічної умови, крім іншого, сприяє вихованню національної свідомості, відчуття та усвідомлення гордості за приналежність до української нації.

Суб'єкт-суб'єктна взаємодія в процесі оздоровчого тренування у природному середовищі сприяла формуванню рівня рекреаційної активності оскільки у міжособистісній взаємодії в системі "інструктор-викладач" її учасники функціонують як особистості [6, 8, 22, 25].

Метою виховання культури здоров'я є гармонійне формування і всебічний розвиток особистості, повне розкриття його творчих сил, неповторної індивідуальності, становлення суб'єктом життєдіяльності, а не тільки опанування певною сукупністю знань, умінь і навичок. Все це кардинально змінює функції процесу навчання і виховання на користь самовдосконалення. Цю педагогічну умову забезпечували у всіх формах, на всіх етапах реалізації змісту системи корекції психо-фізіологічного стану у викладачів похилого віку. Актуалізація суб'єкт-суб'єктної взаємодії в процесі оздоровчого тренування у природному середовищі передбачалось усвідомлення своєї участі в процесі формування рівня рекреаційної активності шляхом їх залучення до проведення фрагментів занять з оздоровчого тренування, а також як помічників інструктора, суддів змагань, капітанів.

Впровадження суб'єкт-суб'єктної взаємодії в процесі оздоровчого тренування у природному середовищі дозволяло формувати такі особистісні якості як впевненість, рішучість, самостійність, відповідальність. При цьому, викладачі із великим задоволення і бажанням включаються у тренувально-оздоровчий процес.

Режим безпеки під час занять фізичними вправами у природному середовищі. Із прадавніх часів старше покоління передавало наступному знання і навички як уникати небезпек. Це захист від диких звірів, несприятливих погодних умов і стихійних лих. Але з'явилися небезпеки, що пов’язані з життєдіяльністю самих людей (небезпеки, що трапляються на виробництві в побуті, екологічні небезпеки). За термінологічним словником, безпека - це відсутність неприпустимого ризику, пов’язаного з можливістю завдавання будь-якої шкоди життю, здоров’ю і добробуту. Щодень життя пропонує долати певні перешкоди, проблеми і труднощі, що негативно впливають на безпеку життя людини. В більшості випадків вони породжуються самою людиною: її продуктивною діяльністю, небезпечним поводженням з природою, науково-технічним прогресом. Тому, в процесі формування рівня рекреаційної активності в оздоровчому тренуванні у природних умовах, готуючи підопічних до різноманітних життєвих ситуацій, які в тій чи іншій мірі пов’язані з небезпекою, навчали їх користуватися “моделями безпеки”: уникати можливих небезпек, передбачаючи наслідки своїх вчинків; визначати небезпеку, що наближається або виникла; аналізувати рівень небезпеки, вживати правильних заходів та свідомо діяти, щоб відвернути небезпеку або зменшити її негативні наслідки (наприклад, під час занять бігом у парку, слід обминати собак, визначати наявність нашийника та намордника; уникати небезпечних ярів та урвищ, перелазів, лавок тощо). Формували навики та правила безпечної поведінки в умовах природного середовища (в лісі, полі, на воді, кризі), як поводитися в лісі при зустрічі з дикими і бродячими тваринами, зміями; яких пересторог дотримуватися під час збирання дикорастучих рослин, ягід, грибів. Навчали безпечних прийомів виконання фізичних вправ і за дотриманням заходів безпеки, при цьому суворо дотримуючись принципів доступності і систематичності навчання. При необхідності забезпечувалось страхування, ознайомлювали з прийомами самострахування.

Вивчення краєзнавства та пізнавально-рекреаційних можливостей рідного краю. Дана педагогічна умова забезпечувалась завдяки включенню краєзнавчого матеріалу до змісту запропонових екскурсій, походів, подорожей, оскільки саме краєзнавство має значний потенціал для розширення і поглиблення знань, розвитку творчих здібностей, інтересів, формування світогляду. Наприклад, у процесі занять елементами легкої атлетики у оздоровчих тренуваннях розвивається витривалість, різні види оздоровчих гімнастик – гнучкість, сила, координаційні здібності, що є вкрай потрібно під час туристичного походу, а туристичний похід наочно показує кожному учаснику його слабкі сторони і активізує роботу на оздовчих-рекреаційних заняттях та в процесі самовдосконалення.

Пошук доступних для оздоровчих занять природних місць та їх збереження. Це так звані “місця сили” в яких проявляються всі природні стихії (земля, вода, вогонь, повітря). У деяких традиціях вважається, що в місцях з різним ландшафтом переважають різні стихії. Ці місця можуть бути створені як самою природою, так і людиною, тут немає промислових комплексів, технологічних споруд, машин (парки, ліси, лісосмуги, береги рік, ставків, озер, окраїни сіл чи міст, гориста місцевість). У процесі формування рівня рекреаційної активності, ми шукали місця, які б наповнювали тим, що необхідно для проведення оздоровчого тренування, - жвавістю і рухливістю, енергією, радістю, деколи спокоєм і творчістю. Пропонували завжди шукати красиві і практичні місця для занять, довіряти їм і собі, обмінюватись з ними енергіями, працювати над собою і запланований результат не заставив на себе чекати.

Використання природних чинників та комплексу загартовуючих процедур в процесі формування рівня рекреаційної активності.

Оздоровче тренування спрямоване також на загартовування людського організму, що підвищують резервні його можливості. Загартування – це комплекс заходів, завдяки яким підвищується опірність організму щодо впливу мінливих умов зовнішнього середовища. Зміст загартування полягає в тому, що

під впливом зовнішніх подразників (чинників) організм пристосовується до змін умов життя (впливу дощу, вітру, снігу, коливань зовнішньої температури). Загартована людина набагато легше переносить негоду, відзначається високою працездатністю у будь-яких умовах. У результаті систематичного загартовування виникають нові або вдосконалюються існуючі умовно-рефлекторні зв'язки між центральною нервовою системою, внутрішніми органами, м'язовою системою і навколишнім середовищем [8, 12, 15].

Основою для здійснення комплексу загартовуючих процедур виступає самостійність викладача. Реалізовуючи дану педагогічну умову, ми намагались, щоб комплекс загартовуючих процедур міцно увійшов в режим дня, органічно поєднувався із звичайними щоденними обов'язками. Процедури проводили регулярно, адже загартування є умовно-рефлекторною функцією організму і в її основу покладено тренування. Для дотримання систематичності виконання комплексу загартовуючих процедур рекомендуємо проводити роботу, спрямовану на організацію самостійної діяльності викладача. Даний вид роботи може і передбачати виконання комплексу загартовуючих процедур в домашніх умовах, а саме: повітряні й сонячні ванни, водні процедури (обтирання тіла холодною водою, обливання водою й купання), ходіння босоніж. Ці процедури загартування ми поєднували з різноманітними фізичними вправами, рухливими і спортивними іграми безпосередньо на заняттях з оздоровчого тренування в природному середовищі.

Загалом, здійснюючи комплекс загартовуючих заходів ми додержувались наступних принципів: безперервність і систематичність загартування; урахування індивідуальних особливостей (стать, вік, психо-фізіологічний стан, рівень здоров'я і загартованості); поступовість проведення процедур; контроль з боку лікаря чи інструктора.

Формування екологічних поглядів, переконань та установка на позитивний настрій.

Досліджуючи зв'язки між психологічним і фізичним станом, вчені прийшли до висновку, що основа нашого здоров'я, щастя і благополуччя –

думки, які впливають на психо-фізіологічний стан. На думку психотерапевтів, позитивні думки і переживання формують здорову, життєрадісну, та впевнену у своїх силах людину. І навпаки, негативні думки і пригнічені почуття спочатку проявляються як психологічний дискомфорт або стрес, а потім – як захворювання [2, 17, 223]. Тому ми під час занять фізичними вправами в природному середовищі проголошували різноманітні позитивно-стверджуючі гасла.

Додатково у програму внесений ряд заходів, методів і засобів ФРК для їх реалізації під час перебування у спортивно-оздоровчому комплексі. До них відносяться психофізичні вправи, методики зняття втоми, які включають комплекс вправ (групові та індивідуальні) для відпочинку і тренування вестибулярного апарату, зняття емоційної напруги за допомогою методів дихання, ходьби, аутогенного тренування, що є ефективним засобом подолання стресу, зняття психо-фізичного напруження. Це має велике значення для профілактики психічної перевтоми (емоційного вигорання, астенічних станів), неврозів і невротичних депресій, психосоматичних захворювань. Деякі з цих вправ можна виконувати також і під час коротких перерв у ході навчання або роботи.

Викладачам пропонували одногодинні додаткові заняття з настільного тенісу, адаптованого до віку мініфутболу, баскетболу, волейболу 3 рази на тиждень. Крім вже відомих вправ викладачам пропонували аутогенне тренування у ранковий і вечірній час.

В заключній частині програми викладачам пропонується курс кисневої терапії з використанням кисневих коктейлей з різними фіто-наповнювачами. Рекомендований курс 2 тижні, добова норма – 2 порції, одна з яких обов’язково призначалась за 20-30 хв перед сном, інша протягом дня за бажанням.

ДОДАТОК Л
АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ГНАТЮКА

вул. М.Кривоноса, 2, м. Тернопіль, 46027, тел. (0352)43-60-02, факс (0352)43-60-55,
e-mail: info@tnpu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02125544

№ 1608-33/03 від "14" 12 2015 р.
На № _____ від "_____" _____ 2015 р.

АКТ
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Федорюка Олексія Володимировича
на тему: "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності"

Ми, що нижче підписалися, проректор з наукової роботи та міжнародного співробітництва Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка проф. Буяк Б.Б., декан факультету фізичного виховання доц. Омельяненко В.Г. та завідувача кафедри фізичного виховання доцент Огнистий А.В. склали цей акт у тому, що результати наукового дослідження О. В. Федорюка на тему "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності" виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. в рамках теми 1.5. "Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності" (номер держреєстрації 0113U002430) були впроваджені протягом 2014–2015 н.р. у навчальний процес факультету фізичного виховання Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

Назва пропозиції. Форма впровадження, її характеристика	Наукова новизна, рекомендації щодо використання	Ефект від впровадження
Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів похилого віку в умовах вищого навчального закладу	Запропоновано структурно-логічну модель залучення викладачів похилого віку до спортивно-оздоровчих заходів з використанням інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності. Рекомендується для використання у науково-педагогічному процесі ВНЗ.	Впровадження комплексної програми на основі застосування інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності, розроблених О.В. Федорюком, дозволило встановити особливості формування рекреаційної культури викладачів і цілісної системи рекреаційних знань, яка включає питання креативної валеології, валеологічної психології, виховання валеолого-етичної культури, яку слід розглядати, як елемент рекреаційної активності, що сприяє підвищенню рівня знань, мотивацій та зацікавленості викладачів до рекреаційної діяльності у вищих закладах освіти.

Проректор з наукової роботи і міжнародного співробітництва, професор — Б.Б.Буяк
Декан факультету фізичного виховання, доцент — В.Г.Омельяненко
Завідувач кафедри фізичного виховання, доцент — А.В.Огнистий

Україна
Міністерство освіти і науки України
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА
код 02071240
«_____»_____20__р.
№_____
58012,м Чернівці,вул.Коцюбинського,2
тел.(0372)52-52-35 факс(0372)55-2

АКТ
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Федорюка Олексія Володимировича
на тему: "Рекреаційна активність і психо-фізичний стан людей похилого віку"

Ми, що нижче підписалися, проректор з наукової роботи Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича проф. Ушенко О. Г., декан факультету фізичної культури та здоров'я людини доц. Зорій Я.Б. та в.о. завідувача кафедри теоретичних основ і методики фізичного виховання Євстратов П.І. склали цей акт у тому, що результати наукового дослідження О. В. Федорюка на тему "Рекреаційна активність і психо-фізичний стан людей похилого віку" виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. в рамках теми 1.5. "Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності" (номер держреєстрації 0113U002430) були впроваджені протягом 2014–2015 н.р. у навчальний процес студентів факультету фізичної культури Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

Назва пропозиції. Форма впровадження, її характеристика	**Наукова новизна, рекомендації щодо використання**	**Ефект від впровадження**
Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів похилого віку в умовах вищого навчального закладу	Запропоновано структурно-логічну модель залучення вкладачів похилого віку до спортивно-оздоровчих заходів з використанням інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності. Рекомендується для використання у науково-педагогічному процесі ВНЗ.	Впровадження комлплексної програми на основі застосування інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності, розроблених О.В. Федорюком, дозволило встановити особливості формування рекреаційної культури викладачів і цілісної системи рекреаційних знань, яка включає питання креативної валеології, валеологічної психології, виховання валеолого-етичної культури, яку слід розглядати, як елемент рекреаційної активності, що сприяє підвищенню рівня знань, мотивації та зацікавленості викладачів до рекреаційної діяльності у вищих закладах освіти.

Автор — Федорюк О.В.
В.о. завідувач кафедри ТОМФВ — доц. Євстратов П.І.

Декан факультету фізичної культури та здоров'я людини — доц. Зорій Я.Б.

Проректор з наукової роботи ЧНУ імені Юрія Федьковича — проф. Ушенко О.І.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЧЕРНІГІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Т.Г.ШЕВЧЕНКА

вул. Гетьмана Полуботка, 53, м. Чернігів, 14013, Тел. 3-36-10
E-mail chnpu@chnpu.edu.ua Код ЄДРПОУ 02125674

19.02.2016 № 5 На №_____ від _____

АКТ
про впровадження результатів дисертаційного дослідження Федорюка Олексія Володимировича на тему: "Корекція психофізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності"

Ми, ректор ЧНПУ імені Т.Г. Шевченка проф. М.О. Носко та голова спортивного клубу викладач О.П. Франчук склали цей акт у тому, що результати наукового дослідження О.В. Федорюка на тему «Корекція психофізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності» виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. у рамках теми 1.5. «Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності» (номер держреєстрації 0113U002430) були впроваджені протягом 2014–2015 н.р. у навчальний процес студентів та у вигляді методичних рекомендацій щодо рекреаційної роботи з викладачами у спортивному клубі ЧНПУ імені Т.Г. Шевченка.

Назва пропозиції. Форма впровадження, її характеристика	**Наукова новизна, рекомендації щодо використання**	**Ефект від впровадження**
Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів похилого віку в умовах вищого навчального закладу	Запропоновано структурно-логічну модель залучення вкладачів похилого віку до спортивно-оздоровчих заходів з використанням інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності. Рекомендується для	Впровадження комлплексної програми на основі застосування інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності, розроблених О.В. Федорюком, дозволило встановити особливості формування

	використання у науково-педагогічному процесі ВНЗ.	рекреаційної культури викладачів і цілісної системи рекреаційних знань, яка включає питання креативної валеології, валеологічної психології, виховання валеолого-етичної культури, яку слід розглядати, як елемент рекреаційної активності, що сприяє підвищенню рівня знань, мотивації та зацікавленості викладачів до рекреаційної діяльності у вищих закладах освіти.

Ректор М.О. Носко

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

Україна, 43025, м. Луцьк, просп. Волі, 13
Тел.: +38(0332) 24-10-07
Факс: +38(0332) 72-01-23
Ел. пошта: post@eenu.edu.ua
www.eenu.edu.ua
Код ЄДРПОУ 02125102

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE

LESYA UKRAINKA EASTERN EUROPEAN NATIONAL UNIVERSITY

Prosp.Voli, 13, Lutsk 43025, Ukraine
Tel.: +38(0332) 24-10-07
Fax: +38(0332) 72-01-23
E-mail: post@eenu.edu.ua
www.eenu.edu.ua

17.06.2015 № 03-29/02/1982

на №_____ від _____

АКТ

упровадження результатів досліджень у практику навчального процесу студентів V курсу Інституту фізичної культури та здоров'я (галузь знань 0102 Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини) Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

Результати наукової роботи, виконаної Федорюком Олексієм Володимировичем на тему: "Рекреаційна активність і психо-фізичний стан людей похилого віку" виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. в рамках теми 1.5. "Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності" (номер держреєстрації 0113U002430), за період 2013/2014 навчального року впроваджені в навчальний процес кафедри спортивно-масової та туристичної роботи, зокрема в лекційний курс „Організація і методика спортивно-масової роботи".

Виконавець теми Федорюк Олексій Володимирович запропонував такі рекомендації і пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і стисла характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації для подальшого використання	Ефективність впровадження
Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів похилого віку в умовах вищого навчального закладу	Запропоновано структурно-логічну модель залучення викладачів 50-65 років до спортивно-оздоровчих заходів з використанням інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності. Рекомендується для використання ВНЗ.	Впровадження комплексної програми на основі оптимізації рекреаційної активності, дозволило розглядати її як елемент рекреаційної культури, яка сприяє підвищенню рівня знань, мотивації та зацікавленості викладачів до фізичної рекреації.

Перший проректор професор Цьось А. В.

(0332) 24-20-68 Бичук О. І.

АКТ
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Федорюка Олексія Володимировича
на тему: "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності"

Ми, що нижче підписалися, директор Івано-Франківського коледжу фізичного виховання Національного університету фізичного виховання і спорту України Пасічняк Л.В. та заступник директора з навчально-методичної роботи Жилюк В.П., склали цей акт у тому, що результати наукового дослідження О. В. Федорюка на тему "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності" виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. в рамках теми 1.5. "Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності" (номер держреєстрації 0113U002430) були впроваджені протягом 2014–2015 н. р. у систему освіти Івано-Франківського коледжу фізичного виховання Національного університету фізичного виховання і спорту України.

Назва пропозиції. Форма впровадження, її характеристика	**Наукова новизна, рекомендації щодо використання**	**Ефект від впровадження**
Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів похилого віку в умовах вищого навчального закладу	Запропоновано структурно-логічну модель залучення викладачів похилого віку до спортивно-оздоровчих заходів з використанням інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності. Рекомендується для використання у науково-педагогічному процесі інституту післядипломної освіти щодо підвищення рівня рекреаційної активності та навчальний процес курсової підготовки і різні форми методичної роботи з фахівцями фізичної культури у міжкурсовий період.	Впровадження комплексної програми на основі застосування інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності, розроблених О.В. Федорюком, дозволило встановити особливості формування рекреаційної культури викладачів і цілісної системи рекреаційних знань, яка включає питання креативної валеології, валеологічної психології, виховання валеолого-етичної культури, яку слід розглядати, як елемент рекреаційної активності, що сприяє підвищенню рівня знань, мотивації та зацікавленості викладачів до рекреаційної діяльності у вищих закладах освіти.

Автор Федорюк О.В.
Директор Івано-Франківського коледжу фізичного виховання Національного університету фізичного виховання і спорту України Пасічняк Л.В.

Заступник директора з навчально-методичної роботи Жилюк В.П.

ГАЛИЦЬКА АКАДЕМІЯ
76006, м. Івано-Франківськ, вул. Вовчинецька, 227
тел/факс 8-0342-71-51-59; тел. 8-0342-72-30-21
e-mail: academy@imega.edu.ua; www.imega.edu.ua

GALYTSKA ACADEMY
227, Vovchynetska st., Ivano-Frankivsk, 76006
tel/fax: +380-342-71-51-59; tel: +380-342-72-30-21
e-mail: academy@imega.edu.ua; www.imega.edu.ua

№ 0401/421

«07» 12 2015 р. м. Івано - Франківськ

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Федорюка Олексія Володимировича на тему: "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності"

Ми, що нижче підписалися, ректор ПВНЗ "Галицька академія" проф. В.І. Савич та голова спортивного клубу "Кристал" ст. викладач О.В. Вінтоняк склали цей акт у тому, що результати наукового дослідження О. В. Федорюка на тему "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності" виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. в рамках теми 1.5. "Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності" (номер держреєстрації 0113U002430) були впроваджені протягом 2014–2015 н.р. у навчальний процес студентів та у вигляді методичних рекомендацій щодо рекреаційної роботи з викладачами у спортивному клубі "Кристал" ПВНЗ "Галицька академія".

Назва пропозиції. Форма впровадження, її характеристика	Наукова новизна, рекомендації щодо використання	Ефект від впровадження
Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів похилого віку в умовах вищого навчального закладу	Запропоновано структурно-логічну модель залучення вкладачів похилого віку до спортивно-оздоровчих заходів з використанням інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності. Рекомендується для використання у науково-педагогічному процесі ВНЗ.	Впровадження комлплексної програми на основі застосування інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності, розроблених О.В. Федорюком, дозволило встановити особливості формування рекреаційної культури викладачів і цілісної системи рекреаційних знань, яка включає питання креативної валеології, валеологічної психології, виховання валеолого-етичної культури, яку слід розглядати, як елемент рекреаційної активності, що сприяє підвищенню рівня знань, мотивації та зацікавленості викладачів до рекреаційної діяльності у вищих закладах освіти.

Автор Федорюк О.В.
Ректор В.І. Савич
Голова спортивного клубу О.В. Вінтоняк

АКТ
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Федорюка Олексія Володимировича
на тему:
"Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності"

Ми, що нижче підписалися, ректор Івано-Франківського обласного інституту післядипломної освіти Зуб'як Р.М. та методист лабораторії дисциплін естетичного циклу та фізичного виховання Івано-Франківського обласного інституту післядипломної освіти Шпільчак А.Я., склали цей акт у тому, що результати наукового дослідження О. В. Федорюка на тему "Корекція психо-фізіологічного стану людей похилого віку в процесі рекреаційно-рухової діяльності" виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. в рамках теми 1.5. "Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності" (номер держреєстрації 0113U002430) були впроваджені протягом 2014–2015 н.р. у систему післядипломної освіти педагогічних кадрів Івано-Франківського обласного інституту післядипломної освіти.

Назва пропозиції. Форма впровадження, її характеристика	Наукова новизна, рекомендації щодо використання	Ефект від впровадження
Комплексна рекреаційно-оздоровча програма для викладачів похилого віку в умовах вищого навчального закладу	Запропоновано структурно-логічну модель залучення вкладачів похилого віку до спортивно-оздоровчих заходів з використанням інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності. Рекомендується для використання у науково-педагогічному процесі інституту післядипломної освіти щодо підвищення рівня рекреаційної активності та навчальний процес курсової підготовки і різні форми методичної роботи з фахівцями фізичної культури у міжкурсовий період.	Впровадження комплексної програми на основі застосування інноваційних елементів оптимізації рекреаційної активності, розроблених О.В. Федорюком, дозволило встановити особливості формування рекреаційної культури викладачів і цілісної системи рекреаційних знань, яка включає питання креативної валеології, валеологічної психології, виховання валеолого-етичної культури, яку слід розглядати, як елемент рекреаційної активності, що сприяє підвищенню рівня знань, мотивації та зацікавленості викладачів до рекреаційної діяльності у вищих закладах освіти.

Автор **Федорюк О.В.**

Ректор Івано-Франківського обласного інституту післядипломної освіти **Зуб'як Р.М.**

Методист Івано-Франківського обласного інституту післядипломної освіти **Шпільчак А.Я.**