

показників серед інших дисциплін [8, с.7–91]. Щодо вищих курсів учителів (діяли у Львові), то на них працювали навіть окремі групи для вчителів фізичної культури [2].

Висновок

Таким чином, у міжвоєнну добу на західноукраїнських землях існувала певна система організації фізичного виховання учнівської молоді в усіх типах навчальних закладів. Це забезпечувалося постійно зростаючою увагою до підготовки майбутніх учителів до викладання дисциплін фізичної культури та організації оздоровчо-спортивної роботи серед учнівської молоді, а також до підвищення кваліфікації вчителів, система якої передбачала не тільки активне залучення курсантів до занять фізичної культури, але й підготовку до її викладання.

1. Державна національна програма “Освіта. (Україна XXI століття)”. – К. : Райдуга, 1994. – 60 с.
2. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 273, оп. 1, од. зб. 306, арк. 20.
3. Історичний погляд на осяги вчительства // Учительське Слово. – 1938. – Ч. 7. – С. 69–71.
4. Кузьмів Я. Дальтон-план у сільській школі / Я. Кузьмів // Методика і шкільна практика: Додаток до “Шлях виховання й навчання”. – 1933. – Ч. 2–3. – С. 57–61.
5. На порозі шкільної реформи // Українська Школа. – 1932. – Ч. 6–9. – С. 81–89.
6. Dziennik urzędowy Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Rzeczypospolitej Polskiej. – Warszawa, 1930. – 55 s.
7. Kursy wakacyjne dla czynnych nauczycieli szkół powozecznych. Program kursy metodyczno-pedagogicznego. Wyd. 2. – Warszawa, 1927. – 38 s.
8. Kursy wakacyjne dla czynnych nauczycieli szkół powozecznych, i rozwój w latach organizacja od 1918 do 1922. – Warszawa, 1924. – 91 s.
9. Program nauki w państwowych seminarjach nauczycielskich. Wyd. 2 zmienione. – Warszawa, 1926 (MWiOP). – 264 s.

Рецензент: докт. біол. наук, проф. Мицкан Б. М.

УДК 796

ББК 75.2

Любомир Маланюк

МЕХАНІЗМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ЧОЛОВІКІВ

На основі проведеного емпіричного дослідження визначено пріоритетні механізми вдосконалення фізичної підготовленості чоловіків. Отримані результати мають практичне значення в площині розвитку здоров'я чоловіків.

Ключові слова: фізична підготовленість, здоров'я, рухова активність.

На основе проведенного эмпирического исследования определены приоритетные механизмы совершенствования физической подготовленности мужчин. Полученные результаты имеют практическое значение в плоскости развития здоровья мужчин.

Ключевые слова: физическая подготовленность, здоровье, двигательная активность.

Based on the empirical study identified priority mechanisms to improve physical fitness of men. The results are of practical importance in the plane of men's health.

Key words: physical fitness, health and physical activity.

Постановка проблеми та аналіз результатів останніх досліджень. В останнє п'ятнадцятиріччя прискорився темп життя, змінилися звичні стереотипи, на тлі дефіциту рухової активності зросли психоемоційні навантаження в процесі діяльності людини. В умовах соціально-економічних і політичних перетворень сучасного суспільства

особливого значення набувають питання зміцнення фізичного й духовного здоров'я людини, формування здорового способу життя.

Гіподинамія призводить до погіршення стану здоров'я різних соціально-демографічних груп населення, у тому числі юнаків і чоловіків першого зрілого віку. Молодь можна віднести до особливої соціальної групи, об'єднаної віком, специфічними умовами життя, відпочинку, які впливають на формування здоров'я та якість професійної підготовки майбутніх фахівців [2, 3, 4]. Студентство визначається як соціально-демографічна група, що має суспільне становище, роль, статус, а також як соціально-професійна група, яка характеризується спільністю інтересів, субкультурою й способом життя.

Мета дослідження – визначення механізмів вдосконалення фізичної підготовленості чоловіків.

Організація та методи дослідження. Для суб'єктивного оцінювання стану здоров'я чоловіків використовувалися вибіркові обстеження загальної захворюваності населення. У багатьох країнах світу проводиться дослідження такого фактора методом анкетування. Вивчення здоров'я населення шляхом інтерв'ювання дає можливість контролювати у динаміці рівень захворюваності, а також виявити ряд проблем, пов'язаних із здоров'ям населення та обсягами необхідної медичної допомоги. Використовувалися емпіричні інструментальні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене нами дослідження засвідчило, що в цілому чоловіки бачать власний стан здоров'я на середньому рівні. Кількість позитивних оцінок перевищувала число негативних. Зокрема, схвально відповіли 60% чоловіків, при цьому лише 18% повністю задоволені своїм станом здоров'я. Незадоволені частково або повністю – 38% респондентів.

Аналіз результатів соціологічного вивчення показав, що стан власного та здоров'я членів сім'ї був і залишається найпріоритетнішою вартісністю серед життєвих орієнтирів досліджуваної групи осіб. Це цілком природно, оскільки збереження й поліпшення здоров'я забезпечує продовження активного працездатного періоду життя [1]. Важливо, що значення здоров'я усвідомлюється сьогодні не лише населенням старших вікових груп, але й молоді. Це свідчить про позитивні тенденції формування настанов здорового способу життя та поведінки самозбереження серед молодшої частини українського населення. Так, на питання про рівень важливості стану власного здоров'я для чоловіків питома вага тих, хто відповів "дуже важливо", склала 96 %.

Проте об'єктивна оцінка рівня фізичного здоров'я і оцінка його за методикою Г.Апанасенка [2] засвідчили дещо суперечливі результати. Більшість чоловіків досліджуваної вікової групи мали низький і нижче за середній рівні фізичного здоров'я. Переважна кількість респондентів (43,6 %) практично ніколи не використовують факторів, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я. Дуже гостро в даній віковій групі постає проблема тютюнопаління – 47,0 % опитаних досить часто зловживають сигаретами. У середньому на одного курця припадає 1027 цигарок на рік.

Вживання алкоголю також є важливим чинником ризику багатьох захворювань. Серед досліджуваного контингенту 33,0 % часто вживають алкоголь (більше двох разів на тиждень).

Серед основних причин, які заважають займатися спеціально-організованою руховою активністю, респонденти виділили наступні: недостатньо вільного часу; не вважаю за необхідне; немає інтересу і бажання; велике побутове навантаження; немає матеріальних можливостей; не можу себе змусити, хоча й розумію, що заняття потрібні; просто лінь. Більшість із названих причин належать до звично-побутової гіпокінезії, яка, на жаль, досить розповсюджена в сучасному суспільстві, а також до вимуше-

ної (пов'язаної зі збільшенням навчального навантаження) та професійно-виробничої гіпокінезії (у зв'язку зі зменшенням частки ручної праці). Водночас у структурі вільного часу досліджуваного контингенту переважали пасивні види рухової активності: захоплення комп'ютерами, комп'ютерними іграми; читання художньої літератури, газет, журналів; прослуховування музики; спілкування з друзями; заняття улюбленими справами; підвищення професійного рівня; відвідування спортивних видовищ, захоплення спортивними телепередачами, публікаціями.

Більшість опитаних респондентів не знали норм рухової активності для свого віку і тільки незначна їх кількість (менше чверті) мали уявлення про значення цього критерію для здоров'я людини.

Результати вивчення показали, що енерговитрати добової рухової активності досліджуваного контингенту знаходяться в межах 2700–2800 ккал (у середньому), що на 500–800 ккал нижче від фізіологічної норми. Також спостерігалось незначне зменшення рівня рухової активності з віком.

Стан фізичного здоров'я чоловіків з метою всебічної якісної і кількісної оцінювання визначався за методикою Г.Апанасенка. Встановлено, що 58 % чоловіків досліджуваної вікової групи мають низький та нижчий від середнього рівні фізичного здоров'я, середній – 26 %, вищий за середній – 12 % і високий лише 4 %.

Ураховуючи той факт, що безпечний рівень здоров'я визначається тільки у представників вищого за середній та високого рівнів здоров'я, то можна констатувати, що серед досліджуваної вікової групи чоловіків тільки 16 % мають безпечний рівень, а решта 84 % знаходяться за його межами.

Порівнюючи адаптаційний потенціал чоловіків різного рівня фізичного здоров'я встановлено, що за кількістю осіб з напругою механізмів адаптації найбільша кількість тих, хто належить до низького та нижче від середнього рівнів фізичного здоров'я (63 особи). З його підвищенням простежується зниження відсотка чоловіків, які мають напругу механізмів адаптації. Так, у групі осіб із середнім рівнем здоров'я таких усього 16, у групах з вище середнім рівнем – 2, а в групі з високим рівнем взагалі такі чоловіки відсутні.

У схемі оцінювання рівня фізичного здоров'я представлені окремі гемокардіодинамічні показники: артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, індекси Робінсона, життєвий, маси тіла.

Щодо ІМТ, то достовірні відмінності ($P \leq 0,05$) відмічені тільки між представниками низького, нижче середнього та високого рівнів здоров'я. Для показника систолічного артеріального тиску достовірна відмінність спостерігається між групами з низьким, нижче середнього, середнім рівнями здоров'я та групою з вище середнім і високим рівнями здоров'я. У випадку показників ЧСС, індексів Робінсона, життєвого та силового, то між чоловіками різного рівня фізичного здоров'я простежуються суттєві достовірні ($P \leq 0,01$) відмінності.

Очевидна динаміка максимального значення систолічного артеріального тиску у представників з різним рівнем фізичного здоров'я від менших значень, зареєстрованих у чоловіків з безпечним рівнем здоров'я – 125 мм рт. ст. до найбільших, властивих представникам з низьким рівнем здоров'я – 140 мм рт. ст.

Діастолічний тиск мав різні середні значення за рівнями соматичного здоров'я, де спостерігалось збільшення значень зі зниженням рівня соматичного здоров'я студентів. Достовірні розходження середніх значень даного показника зафіксовані між групами чоловіків з безпечним і низьким рівнями здоров'я ($P < 0,05$). Так, діастолічний тиск чоловіків з високим рівнем здоров'я становив ($69,9 \pm 1,1$) мм рт. ст., із середнім – ($75,4 \pm 0,9$) мм рт. ст., із низьким і нижче від середнього – ($76,7 \pm 0,9$) мм рт. ст.

Серед представників чоловічої статі з рівнем здоров'я нижче безпечного 30,2% доцільно віднести до групи з чинником ризику порушення регуляції артеріального тиску, тоді як серед осіб з безпечним рівнем здоров'я таких чоловіків тільки 3,1%.

Окрім гемодинамічних показників методика включає низку таких, які оцінюють фізичну працездатність, можливості респіраторної та м'язової систем.

Від низького до високого рівнів фізичного здоров'я такі показники покращуються. Про це свідчить обернено пропорційна залежність індексу Робінсона: з підвищенням рівня фізичного здоров'я обстежених його значення знижуються з $(101,3 \pm 1,8)$ ум.од. до $(74,8 \pm 0,8)$ ум. од.

Подібна залежність спостерігається при аналізі такого показника фізичної працездатності, як індекс Руф'є – $(12,2 \pm 0,3)$ ум. од. для представників з низьким та нижче від середнього рівнями здоров'я, $(10,3 \pm 0,3)$ ум. од. – для представників із середнім рівнем здоров'я та $(7,9 \pm 0,4)$ ум. од. – для чоловіків з безпечним рівнем здоров'я.

Наведені результати переконують, що безпечний рівень здоров'я характеризується економічністю й більш ефективною роботою серцево-судинної системи, ніж у чоловіків з більш низьким рівнем соматичного здоров'я й особливо низьким – у даній групі спостерігаються значення, що граничать із нормою.

Захворюваність чоловіків 18–25 років вивчалася за такими параметрами: за кількістю звернень за медичною допомогою на рік, числом хронічних захворювань, числом лікарняних листків (пропусків занять через хворобу та днів тимчасової непрацездатності на людину на рік). Аналізуючи захворюваність, нами застосовувалася нозологічна схема ВООЗ.

У результаті розгляду звернень за медичною допомогою (за результатами аналізу медичних карток) за період з 2005 до 2008 років встановлено майже лінійний її приріст (щорічний приріст спостерігався в межах 20–33 звернень із розрахунку на 100 осіб). 2008 року кількість звернень досягла 290,3 на 100 осіб $(2,90 \pm 0,97)$ на чол., що в декілька разів вище, ніж 2005 року $(0,85 \pm 0,22)$ звернень на рік.

За показником звернення основним захворюванням у структурі загальної захворюваності були хвороби органів дихання (63,9%), серцево-судинної (14,6%), кістково-м'язової системи (12%), нервової системи та органів чуття (10%), травної (6%) і статевої систем.

Аналізуючи даний показник стосовно осіб, які мають різний рівень фізичного здоров'я, відзначається, що чим нижчий рівень здоров'я, тим більша кількість звернень.

Показник числа звернень за медичною допомогою більшою мірою характеризує гостру захворюваність, а також загострення хронічних хвороб. За даними медичних карток (диспансерний облік) досліджували хронічну захворюваність з метою подальшого її врахування при розробленні режимів рухової активності.

Важливий показник захворюваності – кількість пропущених через хворобу днів навчання (днів тимчасової непрацездатності), які відображають кількість гострих і частоту загострення хронічних захворювань та тривалість їх протікання.

Вивчаючи захворюваність чоловіків 18–25 років, доведено, що найбільше число пропусків днів спостерігається через хвороби органів дихання. Причому в осіб з високим та вище за середній рівнями здоров'я – це єдиний чинник, через який видані листки непрацездатності. Загальна захворюваність складає $(0,92 \pm 0,31)$ лікарняних листків і $(8,03 \pm 2,84)$ днів непрацездатності на рік, з котрих 64–66% приходить на хвороби органів дихання, 11,5–14,0% – серцево-судинної системи, 7,7–8,7 – кістково-м'язової системи і сполучної тканини; 5,4–6,4% – системи травлення; 3,3–4,8% – нервової системи та органів чуття.

Аналізуючи такий критерій в осіб з різним рівнем фізичного здоров'я, встановлено, що найнижчий показник гострих та хронічних захворювань спостерігається в

чоловіків з високим і вище за середній рівнями соматичного здоров'я. Виявлена тенденція погіршення якісних і кількісних характеристик захворюваності на тлі зниження рівня соматичного здоров'я чоловіків.

У зв'язку з поширеністю неінфекційних захворювань, до яких, в першу чергу, належать серцево-судинна та васкулярна патологія, нами додатково досліджено ризик розвитку захворювань серцево-судинної системи чоловіків 18–25 років.

Вивчаючи окремі фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань, виявлено, що маса тіла у 54,6% випадках була допустимою, такою, що перевищувала норму на 15% у 15,6% чоловіків, надлишкову масу тіла, яка перевищувала норму на 30% – у 6,3% осіб, а 23,5% чоловіків мали масу тіла, нижчу від ідеальної. Нікотинова залежність спостерігалась у 47% респондентів. У середньому на одного курця припадало 1027 сигарет на рік, у 11,7% курять члени родини.

Серед факторів здорового способу життя науковцями особлива увага приділяється дотриманню режиму дня та харчування. На жаль, у досліджуваного контингенту спостерігається неупорядкований режим дня і відсутність збалансованого харчування: 41,2% чоловіків не снідають, 83,3% відзначають часте вживання алкогольних напоїв (більше двох разів на тиждень). Унаслідок цього 64,7% осіб мають проблеми зі шлунково-кишковим трактом, 11,8% – виразки, коліти, захворювання жовчного міхура або печінки, 23,5% – регулярні проблеми зі сном.

Згідно з даними анкети періодично проходять медичні огляди 52,9% чоловіків. Привертає увагу факт, що 29,4% опитаних ухиляються від проходження медичного контролю, що є значним чинником ризику для здоров'я.

Аналіз захворюваності студентів виявив, що найпоширенішими серед даного контингенту є захворювання дихальної (52,9%), а також нервової систем та органів чуття.

Вивчення індивідуальних факторів засвідчило, що харчові звички більшості опитаних не відповідають раціональним нормам. Збалансованої, з низьким умістом жирів і складних вуглеводів дієти дотримуються тільки 47,0 % опитаних, а 17,6 % – чергують переїдання й недоїдання.

Позитивним фактом є добра спадковість. У більшості респондентів серед членів сім'ї відсутні захворювання серцево-судинної системи, тривалість життя родичів становила більше 70 років. Також переважна кількість опитаних декларує високий ступінь соціальної взаємодії. Все це позитивно впливає на рівень здоров'я досліджуваних і є важливим чинником підвищення тривалості життя.

Відзначається високий відсоток чоловіків, котрі періодично мають легку депресію й нестабільний психічний стан, тривожність. Більшість (70,5 %) постійно перебуває у напруженому стані через високі навчальні навантаження або сімейні проблеми. Насторожує, що в умовах соціально-економічної нестабільності половина респондентів на питання про бачення перспектив вибирає відповідь “непевність у сьогоденні й майбутньому”.

1. Апанасенко Г. Л. Рівень здоров'я і фізіологічні резерви організму /Г. Л. Апанасенко, Л. П. Долженко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 17–21.
2. Апанасенко Г. Л. Еволюція біоенергетики і здоров'я людини /Апанасенко Г. Л. – Санкт-Петербург: Петрополис, 1992. – 123 с.
3. Бальсевич В. К. Физическая активность человека /В. К. Бальсевич, В. А. Запорожанов. – К. : Здоров'я, 1987. – 226 с.
4. Державні тести і нормативи оцінювання фізичної підготовленості населення України /Державний комітет України з фіз. культури і спорту [за ред. М. Д. Зубалія]. – 2-ге вид., перер. і допов. – К., 1997. – 36 с.

Рецензент: канд. мед. наук, доц. Попель С. Л.