

Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства та природокористування

Реабілітаційні та фізкультурно- рекреаційні аспекти розвитку людини

Науковий журнал

№4

Рівне
2019

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор:

Григус І. М., доктор медичних наук, професор, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна).

Заступник головного редактора:

Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна).

Члени редакційної колегії:

Андонова Албена, доктор медичних наук, доцент, Тракійський університет (м. Стара Загора, Болгарія)

Андрійчук О. Я., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки (м. Луцьк, Україна)

Батбаатар Гунчин, доктор медичних наук, професор, Монгольський національний університет медичних наук (м. Улан-Батор, Монголія)

Богдановська Н. В., доктор біологічних наук, професор, Запорізький національний університет (м. Запоріжжя, Україна)

Клапчук В. В., доктор медичних наук, професор, Запорізький національний технічний університет (м. Запоріжжя, Україна)

Козіна Ж. Л., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди (м. Харків, Україна); Приватна вища школа охорони навколишнього середовища (м. Радом, Польща)

Лазарєва О. Б., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ, Україна)

Магльований А. В., доктор біологічних наук, професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (м. Львів, Україна), Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Майструк М. І., кандидат медичних наук, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Михалюк Є. Л., доктор медичних наук, професор, Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя, Україна)

Нагорна О. Б., кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Прусик Кшиштоф, доктор наук з фізичного виховання, професор, Академія фізичного виховання і спорту ім. Є. Снядецького (м. Гданськ, Польща)

Романчук О. П., доктор медичних наук, професор, Одеський медичний інститут (м. Одеса, Україна)

Скальські Даріуш, кандидат наук з фізичної культури, ад'юнкт, Академія фізичного виховання і спорту ім. Є. Снядецького (м. Гданськ, Польща)

Смирнов Д. В., доктор педагогічних наук, професор, Федеральна державна наукова установа «Інститут стратегії розвитку освіти Російської академії освіти» (м. Москва, Росія)

Сондак В. В., доктор біологічних наук, професор, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна).

Відповідальний секретар:

Ногас А. О., кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Ministry of Education and Science of Ukraine
National University of Water and Environmental Engineering

Rehabilitation & recreation

Scientific Journal

№4

Rivne
2019

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief

Igor Grygus, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Associate Editor-in-Chief

Nataliia Nesterchuk, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Editorial board

Albena Andonova, Trakia University, Bulgaria

Olha Andriychuk., Lesya Ukrainka Eastern European National University, Ukraine

Gunchin Batbaatar, Health Sciences University, Mongolia

Nadiia Bohdanovska, Zaporizhzhia National University, Ukraine

Vasyl Klapchuk, Zaporizhzhia National Technical University, Ukraine

Zaneta Kozina, H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University, Ukraine

Olena Lazareva, National University of Ukraine on Physical Education and Sport

Anatoliy Mahlovanyy, Danylo Galatsky Lviv National Medical University, Ukraine

Mykola Maistruk, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Evgeniy Myhaliuk, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Olha Nagorna, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Krzysztof Prusik, Gdansk University of Physical Education and Sport, Poland

Olexandr Romanchuk, Odessa Medical Institute of the International humanitarian university, Ukraine

Dariusz Skalski, Gdansk University of Physical Education and Sport, Poland

Dmitriy Smirnov, Russian Academy of Education, Russia

Vasyl Sondak, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Secretary

Angela Nogas, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Наукове видання

Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & recreation) : науковий журнал. – Рівне : НУВГП, 2019. – № 4. – 72 с.

ISSN 2522-1795

У науковому журналі подано окремі положення розвитку фізичної реабілітації, рекреації, туризму, фізичного виховання, оздоровчих технологій різних груп населення. Охарактеризовано сучасні методи та засоби відновлення здоров'я, особливості проведення діагностичних та реабілітаційних заходів, ефективність яких підтверджується педагогічними, психологічними, реабілітаційними та медико-біологічними дослідженнями.

Видається за рішенням вченої ради Національного університету водного господарства та природокористування (протокол № 4 від 19.04.2019 р.).

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ 21285-11085Р від 16.03.2015 р.

Адреса редакції: вул. Волинська, 24, м. Рівне, 33018, Україна.

ЗМІСТ

<i>Григус І. М., Ногас А. О., Березюк В. В.</i> Теоретичне обґрунтування застосування засобів фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт....	7
<i>Григус І. М., Зелінський В. М.</i> Фізична реабілітація пацієнтів після спортивних травм.....	13
<i>Клапчук В. В.</i> Використання гігієнічного масажу та респіраторних тренувань в оздоровчій групі жінок молодого віку.....	20
<i>Нестерчук Н. Є., Євтух М. І., Гамма Т. В.</i> Основні аспекти фізичної терапії за наявності гіпотонії.....	26
<i>Buchkovska A., Svystun Y., Mahlovanyu A., Kunynets O., Maglovana G., Hrynovets I., Ripetska O., Hrynovets V.</i> Influence of Physical Trainings to Rehabilitation and Health Promotion of Students-athletes and Students	31
<i>Zabolotna O., Skalski D., Formela M., Kowalski D., Nesterchuk N., Grygus I.</i> Rodzina a kultura fizyczna. Socjologiczne aspekty rodziny w kontekście edukacji zdrowotnej.....	37
<i>Zabolotna O., Skalski D., Formela M., Nesterchuk N., Grygus I.</i> Class and social determinants of participation in sport and health education	49
<i>Zabolotna O., Skalski D., Formela M., Nesterchuk N., Grygus I.</i> Physical education as a process of learning physical culture and implementation in health education.....	56
<i>Zabolotna O., Skalski D., Formela M., Nesterchuk N., Grygus I.</i> Sport jako element kultury, a edukacja zdrowotna.....	62

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

THEORETICAL SUBSTANTIATION OF APPLICATION OF MEANS OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Григус І. М., Ногас А. О., Березюк В. В.

*Інститут охорони здоров'я Національного університету водного господарства
та природокористування, м. Рівне*

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383654>

Анотації

Розглянуто сучасний стан проблеми реабілітації пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт. Аналізувалися основні причини, патогенез, прояви, різні методи лікування, реабілітації та їх наслідки за наявності ішемічного інсульту в вітчизняних та зарубіжних джерелах з метою визначення спрямованості реабілітаційного процесу і впливу методів реабілітації при даній патології. Найбільш ефективно відновлення рухових функцій проходить в перші 3 місяці, а функціональне покращення продовжується до 6–12-го місяців. Реабілітація проводиться комплексно і полягає у використанні декількох взаємопов'язаних засобів фізичної реабілітації, медикаментозної терапії, що направлені на покращення фізичного і психоемоційного стану хворого.

Ключові слова: ішемічний інсульт, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура.

Рассмотрено современное состояние проблемы реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт. Анализировались основные причины, патогенез, проявления, различные методы лечения, реабилитации и их последствия при наличии ишемического инсульта в отечественных и зарубежных источниках с целью определения направленности реабилитационного процесса и влияния методов реабилитации при данной патологии. Наиболее эффективное восстановление двигательных функций проходит в первые 3 месяца, а функциональное улучшение продолжается до 6–12-го месяцев. Реабилитация проводится комплексно и заключается в использовании нескольких взаимосвязанных средств физической реабилитации, медикаментозной терапии, направленных на улучшение физического и психоэмоционального состояния больного.

Ключевые слова: ишемический инсульт, физическая реабилитация, лечебная физическая культура.

The present state of the problem of rehabilitation of patients suffering from ischemic stroke is considered. The main causes, pathogenesis, manifestations, various methods of treatment, rehabilitation and their consequences in the presence of an ischemic stroke in domestic and foreign sources were analyzed in order to determine the direction of the rehabilitation process and the impact of rehabilitation methods in this pathology. The most effective recovery of motor functions takes place in the first 3 months, and the functional improvement continues until 6–12 months. The rehabilitation is carried out comprehensively and consists in the use of several interrelated physical rehabilitation, medical therapy aimed at improving the physical and psycho-emotional state of the patient.

Key words: ischemic stroke, physical rehabilitation, therapeutic physical culture.

Вступ. За даними ВООЗ, від інсульту помирає більше 5,3 % людей, а з 15 млн, що перенесли інсульт, більше 80 % залишилися інвалідами. Первинний вихід на інвалідність серед виживших становить 3,2 на 10 000 населення, але лише не більше 20 % повертаються до праці [2, 10]. Переважна більшість пацієнтів, які перенесли інсульт і вижили, стають неповносправними, а 20–25 % із них до кінця життя потребують сторонньої допомоги в повсякденному житті [15]. Інсульт традиційно вважається захворюванням осіб похилого та старечого віку. Більшість досліджень спрямована на вивчення захворювано-

сті інсультом у популяції в цілому без вікової орієнтації. Після 55 років можливість розвитку інсульту кожні 10 років не залежить від статі [12].

В Україні ситуація склалася вкрай небезпечна, що пов'язано з наслідками інсульту. На відміну від багатьох інших країн, де ця хвороба займає серед причин смертності третє місце, у нас він значно випередив злякисні новоутворення й упевнено займає друге місце. Смертність від інсульту серед чоловіків у віці 47–74 років становить 606, а серед жінок – 408 осіб на 100 тис населення [5]. До того ж статистика інсульту в Україні має тенденцію до подальшого погіршення, тоді

як у багатьох інших країнах ситуація суттєво покращується.

Усе це свідчить про те, що реабілітація хворих після інсульту відіграє велику роль, займає важливе місце і є актуальним напрямом розвитку неврології.

Мета дослідження – розглянути досвід різних авторів із застосування засобів фізичної реабілітації післяінсультних хворих.

Результати дослідження. Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу на одній з ділянок кровоносної системи головного мозку. Воно призводить до порушення його функцій і порушень тканин мозку. Інсульт буває двох видів – ішемічний і геморагічний. Перший термін означає безпосередньо закупорку гілки судин тромбом, значно рідше – іншим стороннім предметом в кровотоці [1].

Ішемічний інсульт найчастіше зумовлюється локальними і системними чинниками. Це в першу чергу атеросклеротичне ураження магістральних судин голови і мозку, нерідко на тлі артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, артеріїтів, остеохондрозу шийного відділу хребта. Рідше причиною захворювання є ревматизм, васкуліт, хвороби крові. З системних чинників мають значення порушення центральної гемодинаміки. Слід враховувати, що нерідко етіологічні чинники в різних формах поєднуються, взаємо впливають. Розвиток ішемічного інсульту провокують психічне і фізичне перенапруження, стреси [6].

Білянський О. Ю. [3] розглянув фактори ризику ішемічного інсульту серед пацієнтів різного віку, за результатами спостерігаємо, що серед всіх факторів ризику розвитку інсульту 1-е місце в усіх вікових групах займає артеріальна гіпертензія, частота якої складає 95,8–99,7 % як в чоловіків так і в жінок. Поширеними вважаються куріння, захворювання серця. У чоловіків молодого віку 2-е місце займає куріння; 3-є місце поділяють фактори стресу і захворювання серця. В групі середнього віку психоемоційна напруга знаходиться на п'ятому місці, а в похилому – на сьомому. Вірогідно, даний факт обумовлений сучасним темпом життя в місті, соціально-економічними умовами, напруженою розумовою роботою, малою фізичною активністю. Стрес частіше зустрічався в чолові-

ків середнього віку, а у жінок – у групі молодих.

Існують дві групи факторів ризику: модифікуючі, на які можна впливати й досягати зменшення частоти інсультів (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, ішемічна хвороба серця, порушення ліпідного обміну, куріння, зловживання алкоголем, поведінкові особливості, фізична активність), і немодифікуючі, які не можна змінити, але можна знати про них, вжити профілактичних заходів, особливо за наявності інших факторів ризику (вік, стать, інсульт у родичів першої лінії) [13].

Серед багатьох механізмів, що безпосередньо зумовлюють ішемічне порушення мозкового кровообігу, провідне місце належить тромболітичним і гемодинамічним чинникам. Ішемічний інсульт може виникати або внаслідок повної закупорки просвіту судин тромбом чи емболом і перекриття кровотоку по них, або за механізмом судинної мозкової недостатності, яка виникає в басейні стенозуючої судини і посилюється внаслідок порушення системної гемодинаміки [6].

За механізмом розвитку традиційно виділяють п'ять основних підтипів ішемічного інсульту: атеротромботичний – в основі якого лежить утворення тромбу на місці атеросклеротичної бляшки; емболічний – при якому емболи із серця або атеросклеротичної бляшки великої судини із током крові переносяться в дрібніші мозкові судини і закупорюють ці судини; лакунарний – розвивається на фоні артеріальної гіпертензії, для якої характерне звуження дрібних артерій у результаті атеросклерозу; гемодинамічний – виникає при поєднанні двох факторів: різкого зниження артеріального тиску внаслідок тимчасового погіршення серцевої діяльності й стенозу однієї з великих судин головного мозку; гемореологічна оклюзія (закупорка) мозкових судин – виникає при підвищенні згортання крові й (або) при гіперагрегації (підвищеній здатності до злипання) тромбоцитів [1].

Вираженість загально мозкової симптоматики багато в чому зумовлена масштабом ураження нервової тканини та супутнього йому набряку мозку.

Для загально мозкової симптоматики характерні такі ознаки: порушення свідомості,

суб'єктивне відчуття «неясності», затумення в голові, головний біль, шум у голові, запаморочення, закладеність у вухах, біль в очних яблуках і болючість при їхньому русі, відчуття нудоти, блювання, підвищення температури тіла [5].

До клінічних ознак належать: порушення чутливості, рухові розлади, порушення зору, порушення мови (афазія, дизартрія та ін.); порушення координації рухів (атаксія, астазія, абазія та ін.); зниження пам'яті, інтелекту, концентрації уваги (когнітивні порушення); втрата здатності впізнавати знайомі предмети, звуки, запахи, кольори та явища; порушення схеми тіла, дезорієнтація у власному тілі [9].

Рухові розлади проявляються у вигляді паралічів або парезів кінцівок або лише частини кінцівки, м'язів мимічної мускулатури обличчя, язика. При детальному неврологічному обстеженні можуть бути виявлені зміни сухожильних і шкірних рефлексів, поява патологічних рефлексів [19].

Найчастіше спостерігається параліч кінцівок однієї половини тіла (геміплегія), який спочатку млявий і незабаром переходить у типовий спастичний параліч зі згинальними контрактурами у суглобах руки і розгинальними – у нозі. Виникає поза Верніке-Манна: паралізована рука приведена до тулуба, пронована і зігнута в ліктьовому, променево-зап'ястковому суглобах, пальці зігнуті в кулак. Одночасно паралізована нога (через підвищення тону суглобів стегна, гомілки і згиначів стопи) витягнута, ротована назовні, стопа звисає і повернута всередину, пальці підігнуті. Це примушує хворого, коли він починає ходити, робити ногою коловий рух, щоб не зачепити носком за підлогу (ходьба косаря) [9].

Лікування розпочинають на самих ранніх етапах перебування в стаціонарі паралельно з виконанням діагностичних кроків. Терапевтичні заходи відразу повинні бути направлені на основні патогенетичні механізми запальних процесів ЦНС, на самих ранніх етапах мати за мету стабілізацію стану хворого, попередження і лікування можливих ускладнень [14].

Доведено, що лікарські засоби максимально ефективні в комбінації з фізіотерапевтичними методами і лікувальною фізичною

культурою. Як зазначає Путиліна М. В., реабілітація після інсульту представляє собою комплекс різноманітних заходів [17].

За даними Маркіна С. П., в теперішній час існує система етапної реабілітації післяінсультних хворих на основі інтеграції стаціонарного, поліклінічного і санаторно-курортного етапів, що відповідають трьом рівням реабілітації (відновлення, компенсація, реадаптація) [12].

Важливою умовою успішного функціонування системи етапної реабілітації є ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність лікування, послідовність і комплексність (одночасне використання різних видів відновної терапії), а також активна участь самого хворого і допомога родичів в процесі реабілітації [12]. При рухових порушеннях комплекс включає різноманітні методи кінезіотерапії (пасивна і активна гімнастика, навчання ходьбі і навичкам самообслуговування), електростимуляцію, побутову реабілітацію з елементами трудотерапії, методи, направлені на зниження спастичності. При мовних порушеннях необхідні регулярні заняття з логопедом-афазіологом для відновлення мовлення, письма, читання і рахування [17].

Реабілітація даного контингенту хворих, як і раніше, пов'язана з великими труднощами і не завжди достатньо ефективна. Багато в чому це обумовлено об'єктивними причинами, перш за все характером і тяжкістю перенесеного інсульту, віком, наявністю супутніх патологій. В сучасній медицині реабілітація є системою наукових знань і методів, реалізація яких в практичній медицині здійснюється різними спеціалістами в закладах стаціонарного, поліклінічного і санаторно-курортного типів. Період реабілітації може займати від декількох місяців до декількох років.

Реабілітація досягається поєднанням реабілітаційних заходів – медичних, психологічних, педагогічних, соціальних, трудових та інших, які становлять єдиний нерозривний комплекс [20].

Метою реабілітації є зменшення кількості ускладнень інсульту, досягнення повного або часткового відновлення втрачених неврологічних функцій, максимальної здатності хворого вести нормальний спосіб життя [6].

Після перенесеного інсульту найбільш ефективно відновлення рухових функцій проходить в перші 3 місяці, а функціональне покращення продовжується до 6–12-го місяців. Реабілітаційні заходи можуть бути ефективні у 80 % осіб, що перенесли ішемічний інсульт, ще 10 % хворих підлягають самостійному відновленню, а у 10 % реабілітаційні заходи безперспективні [7, 18].

Комплекс реабілітаційних заходів на другому етапі проводиться у відділенні реабілітації. Застосовують ЛФК, лікування положенням, методи розгальмованої терапії: пасивні та активні рухи, масаж, рефлексотерапію, електростимуляцію, фізіотерапію, психотерапію, логопедичні заняття, трудотерапію [6].

Принципи лікування положенням полягають у наданні паралізованим кінцівкам хворого, який переніс інсульт, правильного положення протягом того часу, поки хворий знаходиться в ліжку. В даний час вважають [11, 13], що розвиток геміплегічної контрактури з формуванням пози Верніке-Мана може бути зв'язаний з тривалим перебуванням паралізованих кінцівок у тому самому положенні в ранньому періоді хвороби.

Після ішемічного інсульту, за відсутності протипоказань, масаж призначають при неускладненому ішемічному варіанті – на 2–4-ій добі. Тривалість масажу поступово збільшують з 10 до 20 хв [4]. Проводячи масаж, спрямований головним чином на зниження підвищеного тону м'язів, необхідно використовувати пасивні рухи суглобів паретичних кінцівок і елементарні дихальні вправи. Використовують різні види масажу: класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий [3, 19].

Комплекси лікувальної гімнастики складаються з простих активних і пасивних вправ для здорових кінцівок і пасивних – для уражених кінцівок, а також в комбінації з диха-

льними вправами і на розслаблення, паузами для відпочинку. Виконують вправи у повільному темпі, плавно, з максимально можливою амплітудою, суворо ізольовано у кожному суглобі і повторюють спочатку 3–4 рази, а згодом – 6–10 разів [8].

Фізіотерапію призначають 2–3 рази на рік, для поліпшення кровообігу і живлення мозку; зменшення спастичності м'язів і знеболювання суглобів; сприяння відновленню рухових функцій, зміцненню ослаблених м'язів, ліквідації контрактур; підвищення загального тону і загартування пацієнта. Використовують: медикаментозний електрофорез, діадинамотерапію, УВЧ- і НВЧ-терапію, двокамерні гідрогальванічні ванни, парафіно-озокеритні аплікації у вигляді рукавичок, носків або манжетів на уражені суглоби, пелоїдотерапію, електростимуляцію ослаблених м'язів, ванни кисневі, сульфідні, радонові, обтирання [16].

Висновки. Інсульт залишається вкрай важливою медико-соціальною проблемою, оскільки є однією з найбільш частих причин інвалідизації, пов'язаної з руховими порушеннями та потребою позитивної допомоги від оточуючих. Відновне лікування при ішемічному інсульті носить комплексний характер і включає в себе як медикаментозне лікування так і засоби фізичної реабілітації. Реабілітація починається в стаціонарі і продовжується на інших етапах (реабілітаційний стаціонар, реабілітаційне відділення поліклініки, профілакторій, санаторій). Медична реабілітація включає медикаментозну терапію, психотерапію, фізіотерапію, ЛФК, масаж, рефлексотерапію, заняття з логопедом, ерготерапію.

Перспективи подальших досліджень будуть пов'язані з розробкою нових та удосконаленням вже існуючих комплексних програм фізичної реабілітації післяінсультних хворих.

Література

1. Амосов В. Н. Самое важное об инсульте / В. Н. Амосов. – СПб. : «Вектор», 2013. – 160 с.
2. Анацкая Л. Н. Инфаркт мозга у пациентов пожилого возраста / Л. Н. Анацкая // Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2011. – №8. – С. 74–79.

References

1. Amosov V. N. Sameo vazhnoe ob insulte / V. N. Amosov. – SPb. : «Vektor», 2013. – 160 s.
2. Anatskaya L. N. Infarkt mozga u patsientov pozhilogo vozrasta / L. N. Anatskaya // Nevrologiya i psichiatriya im. Korsakova. – 2011. – N8. – S. 74–79.

3. Білянський О. Ю. Фізична реабілітація осіб другого зрілого віку після мозкового ішемічного інсульту : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фізичного вих. і спорту / О. Ю. Білянський. – Львів, 2007. – 22 с.
4. Васичкин В. И. Лечебный массаж / В. И. Васичкин. – М. : АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2005. – 288 с.
5. Виничук С. М. Ишемический инсульт : эволюция взглядов на стратегию лечения / С. М. Виничук, Т. М. Чаренко. – К. : «Комполис», 2003. – 120 с.
6. Віничук С. М. Гострий ішемічний інсульт / С. М. Віничук, М. М. Прокопів. – К. : «Наукова думка», 2006. – 255 с.
7. Грушевська А. О., Григус І. М. Фізична реабілітація при ішемічному інсульті. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини=Rehabilitation & recreation. Рівне, 2018. – № 3. – С. 34–39.
8. Ершов В. И. Алгоритм ведения больных в острейшем периоде ишемического инсульта / В. И. Ершов // Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2010. – №12. – С. 18–20.
9. Золотарева Т. А. Медицинская реабилитация / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов. – К. : КИМ, 2012. – 496 с.
10. Корнацький В. М. Сучасні підходи до надання медичної допомоги хворим з інсультом / В. М. Корнацький, І. Л. Ревенько // Український кардіологічний журнал. – 2009. – №6. – С. 47–55.
11. Лукьянов А. Л. Вертикализация больных в остром периоде церебрального инсульта / А. Л. Лукьянов, Н. А. Шамалов, Г. Е. Иванова, В. И. Скворцова // Неврология и психиатрия им. Корсакова, 2010. – №4. – С. 29–34.
12. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. П. Маркин // Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2010. – №12. – С. 41–45.
13. Маркулан О. Л. Епідеміологія та чинники ризику повторного ішемічного інсульту / О. Л. Маркулан, Ю. І. Головченко // Сімейна медицина. – 2009. – № 1. – С. 37–39.
14. Мачерет Є. Л. Реабілітація осіб з наслідками після перенесеного ішемічного інсульту у відновному періоді лікування / 3. Bilianskyi O. Yu. Fizychna reabilitatsiia osib druhoho zriloho viku pislia mozkovoho ishemichnoho insultu : avtoref. dys. na zdobuttia nauk. stupenia kand. nauk z fizychnoho vykh. i sportu / O. Yu. Bilianskyi. – Lviv, 2007. – 22 s.
4. Vasichkin V. I. Lechebnyiy massazh / V. I. Vasichkin. – M. : AST-PRESS KNIGA, 2005. – 288 s.
5. Vinichuk S. M. Ishemicheskiy insult : evolyutsiya vzglyadov na strategiyu lecheniya / S. M. Vinichuk, T. M. Charenko. – K. : «Kompolis», 2003. – 120 s
6. Vynychuk S. M. Hostryi ishemichnyi insult / S. M. Vynychuk, M. M. Prokopiv. – K. : «Naukova dumka», 2006. – 255 s.
7. Hrushevska A. O., Grygus I. M. Fizychna reabilitatsiia pry ishemichnomu insulti. Reabilitatsiini ta fizkulturno-rekreatsiini aspekty rozvytku liudyny=Rehabilitation & recreation. Rivne, 2018. – № 3. – S. 34–39.
8. Ershov V. I. Algoritm vedeniya bolnyih v ostreyshe periodie ishemicheskogo insulta / V. I. Ershov // Nevrologiya i psichiatriya im. Korsakova. – 2010. – N12. – S. 18–20.
9. Zolotareva T. A. Meditsinskaya reabilitatsiya / T. A. Zolotareva, K. D. Babov. – K. : KIM, 2012. – 496 s.
10. Kornatskyi V. M. Suchasni pidkhody do nadannia medychnoi dopomohy khvorym z insultom / V. M. Kornatskyi, I. L. Revenko // Ukrainyskiy kardiologichnyi zhurnal. – 2009. – №6. – S. 47–55.
11. Lukyanov A. L. Vertikalizatsiya bolnyih v ostrom periode tserebralnogo insulta / A. L. Lukyanov, N. A. Shamalov, G. E. Ivanova, V. I. Skvortsova // Nevrologiya i psichiatriya im. Korsakova, 2010. – N4. – S. 29–34.
12. Markin S. P. Reabilitatsiya bolnyih s ostryim narusheniem mozgovogo krovoobrascheniya / S. P. Markin // Nevrologiya i psichiatriya im. Korsakova. – 2010. – #12. – S. 41–45.
13. Markulan O. L. Epidemiolohiia ta chynnyky ryzyku povtorno ho ishemichno ho insultu / O. L. Markulan, Yu. I. Holovchenko // Simeina medytsyna. – 2009. – № 1. – S. 37–39.
14. Macheret Ye. L. Reabilitatsiia osib z naslidkamy pislia perenesenoho ishemichno ho insultu u vidnovnomu periodi likuvannia / Ye. L. Macheret, A. L. Palamarchuk // Praktychna medytsyna. – 2006. – №5. – S. 25–29.
15. Mytskan B. Insult : riznovydy, faktory

Є. Л. Мачерет, А. Л. Паламарчук // Практична медицина. – 2006. – №5. – С. 25–29.

15. Мицкан Б. Інсулт : різновиди, фактори ризику, фізична реабілітація / [Б. Мицкан, Г. Єдинак, З. Остап'як, Б. Грицуляк та ін.] // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол. : А. В. Цьось та ін.]. – Луцьк, 2012. – № 3(19). – С. 295–302.

16. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація : підручник / В. П. Мурза. – К. : «Олан», 2005. – 608 с.

17. Путилина М. В. Нейропластичность как основа ранней реабилитации пациентов после инсульта / М. В. Путилина // Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2010. – №12. – С. 64–68.

18. Фадеев П. О. Інсулт / П. О. Фадеев. – Т. : Навчальна книга – Богдан, 2011. – 60 с.

19. Фісенко Л. І. Використання кліматичних факторів в комплексі санаторно-курортного лікування / Л. І. Фісенко. – К. : «СПД О. О. Купріянова», 2005. – 256 с.

20. Чупрій К. Л. Медична реабілітація та її проблеми / К. Л. Чупрій, І. К. Чупрій // Лікарська справа. – 2007. – № 1-2. – С. 75–77.

ryzyku, fizyczna rehabilitacja / [B. Mytskan, H. Yedynak, Z. Ostapiak, B. Hrytsuliak ta in.] // Fizyczne vykhovannia, sport i kultura zdorovia u suchasnomu suspilstvi : zb. nauk. pr. / M-vo osvity i nauky, molodi ta sportu Ukrainy, Volyn. nats. un-t im. Lesi Ukrainky ; [redkol. : A. V. Tsos ta in.]. – Lutsk, 2012. – № 3(19). – S. 295–302.

16. Murza V. P. Psykholoho-fizychna rehabilitatsiia : pidruchnyk / V. P. Murza. – K. : «Olan», 2005. – 608 s.

17. Putilina M. V. Neyroplastichnost kak osnova ranney rehabilitatsii patsientov posle insulta / M. V. Putilina // Nevrologiya i psihiatryia im. Korsakova. – 2010. – N12. – S. 64–68.

18. Fadieiev P. O. Insult / P. O. Fadieiev. – T. : Navchalna knyha – Bohdan, 2011. – 60 s.

19. Fisenko L. I. Vykorystannia klimatychnykh faktoriv v kompleksi sanatorno-kurortnoho likuvannia / L. I. Fisenko. – K. : «SPD O. O. Kupriianova», 2005. – 256 s.

20. Chuprii K. L. Medychna rehabilitatsiia ta yii problemy / K. L. Chuprii, I. K. Chuprii // Likarska sprava. – 2007. – № 1-2. – S. 75–77.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ СПОРТИВНИХ ТРАВМ

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SPORTS INJURY

Григус І. М., Зелінський В. М.

Інститут охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природо-користування, м. Рівне

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383687>

Анотації

У статті проаналізовано особливості реабілітації футболістів після травм задньої групи м'язів стегна. У процесі роботи застосовувались такі методи дослідження: аналіз та узагальнення наукових літературних джерел, вивчення і узагальнення досвіду фізичної реабілітації після спортивних травм. В ході дослідження встановлено, що проблема спортивного травматизму, зокрема пошкодження м'язів задньої поверхні стегна у футболістів, є актуальною та потребує вивчення. Висвітлено питання важливості профілактики травм даної ділянки та особливості її проведення. Розглянуто та обґрунтовано необхідний алгоритм дій при наданні першої медичної допомоги після травм м'язів стегна. Також можна зробити висновок, що головне завдання реабілітації – якнайшвидше повернення пацієнта до спортивної діяльності, досягається шляхом використання засобів фізичної реабілітації.

Ключові слова: фізична реабілітація, ЛФК, масаж, фізіотерапія, пошкодження, м'язи задньої групи стегна, футболісти.

В статье проанализированы особенности реабилитации футболистов после травм задней группы мышц бедра. В процессе работы применялись следующие методы исследования: анализ и синтез научных литературных источников, изучение и обобщение опыта физической реабилитации после спортивных травм. В ходе исследования установлено, что проблема спортивного травматизма, в частности повреждения мышц задней поверхности бедра у футболистов, является актуальной и требует изучения. Освещены вопросы важности профилактики травм данного участка и особенности ее проведения. Рассмотрен и обоснован необходимый алгоритм действий при оказании первой медицинской помощи после травм мышц бедра. Также можно сделать вывод, что главная задача реабилитации – скорейшее возвращение пациента к спортивной деятельности, достигается путем использования средств физической реабилитации.

Ключевые слова: физическая реабилитация, ЛФК, массаж, физиотерапия, повреждения, задняя группа мышц бедра, футболисты.

The article analyzes the features of football players rehabilitation after hamstring injuries. In the process were used the following methods: analysis and synthesis of scientific literature, examining and summarizing the experience of physical rehabilitation after sports injuries. The article explains specifics of sport injuries and their differences from overall problems with musculoskeletal system. The study found that the problem of sports injuries, including hamstring injuries in football is urgent and requires study. The article considers classification of hamstring injuries by rate of damage, information about mechanism, circumstances, localization of muscle injuries, and terms of recovery after them. The issue of the importance of prevention of injuries of this site and the peculiarities of its carrying out are highlighted. There was reviewed UEFA injury statistics season 2016/2017 and injury rate at Olympic Games in 2008 and 2010. The necessary algorithm of actions in the provision of the first medical aid after trauma of the hip muscles is considered and substantiated. The article shows features of massage at immobilization and post-immobilization periods after football player hamstring injuries. The text includes data about electrophoresis, phototherapy, mud treatment, diadynamic therapy, ultra-tonal therapy, electrostimulation, cryotherapy, hydrokinesiotherapy. Rehabilitation after hamstring injuries is divided into 3 periods, which consists from different exercises, range of motion, power loading and orientation of training sessions. Also, it can be concluded that the main task of rehabilitation – fast returning to sports activities, achieved through the use of physical rehabilitation.

Key words: physical rehabilitation, exercise, massage, physiotherapy, injury, hamstring, football.

Вступ. Сьогодні без фізичної культури і спорту неможливо уявити життя людини, вони є головними засобами збереження і

зміцнення здоров'я. Однак сучасний спорт, особливо спорт вищих досягнень характеризується жорсткою, конкурентною, а іноді і безкомпромісною боротьбою, що, звісно, призводить до отримання травм.

Серед усіх видів травматизму (промисловий, сільськогосподарський, військовий, вуличний, транспортний, побутовий і ін.) спортивний травматизм за даними різних дослідників коливається від 2 % (Миронова З. С., 1982; Башкіров В. Ф., 1984; Maskey AL, 2007) до 10 % (Франке Б. Г., 1981; Макарова Г. А., 2004) до загальної кількості травм. Незважаючи на той факт, що 91,9 % спортивних травм відносяться до травм легкого ступеня (Добровольський В. К., 1983; Макарова Г. А., 2004), вони впливають на загальну і спеціальну працездатність спортсмена. Це обумовлено припиненням тренувального процесу в гострий період травми, а також значним обмеженням навантажень в період реабілітації, що гальмує процес фізичного вдосконалення. Нерідко спостерігаються випадки розвитку хронічних захворювань опорно-рухового апарату в результаті раніше отриманого ушкодження, а при повторних травмах вони загострюються і виводять спортсмена з ладу на досить тривалий термін.

Спортивна травма – це пошкодження тканин і органів в процесі занять фізичною культурою і спортом в результаті впливу на них фізичного фактора, що перевищує їх біологічну міцність. Спортивні травми супроводжуються зміною анатомічних структур і функції травмованого органу [15].

Отже, як ми бачимо спортивний травматизм це досить поширене явище, яке впливає на результативність та власне здоров'я спортсменів, зокрема футболістів. Тому його профілактика і якомога швидше відновлення після таких травм є важливим питанням, яке потребує вивчення.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати застосування засобів фізичної реабілітації футболістів після травм стегна на прикладі пошкоджень задньої групи м'язів стегна.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація футболістів після травм стегна.

Предмет дослідження – застосування засобів фізичної реабілітації футболістів після травм задньої групи м'язів стегна.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати і узагальнити дані науково-методичної літератури.

2. Ознайомитись із загальними характеристиками спортивного травматизму та його відмінностями від звичайного травматизму, а

також з особливостями фізичної реабілітації.

3. Розглянути особливості травм задньої групи м'язів стегна у футболістів.

4. Теоретично дослідити ефективність застосування засобів фізичної реабілітації футболістів після пошкоджень задньої групи м'язів стегна.

Методи дослідження – теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел.

Вступ. Травма – порушення цілісності, структури і фізіологічних функцій тканин і органів під впливом зовнішніх агентів. Вони є: механічні, хімічні, електричні, променеві тощо [1]. Механічні травми можуть розглядатися нами як причина спортивного травматизму. У випадках механічного пошкодження травма наноситься предметом, який рухається до людини, а людина в цей час знаходиться у спокої або русі. Механічну травму також можна отримати, коли людина рухається і вдаряється об нерухомий предмет (наприклад, при падінні).

Якщо розглядати загальну класифікацію травм, то вони бувають: відкритими з порушенням цілісності шкірних покривів, а саме сосочкового шару шкіри (рани, відкриті переломи); закритими, при яких шкірний покрив не порушений (синці садна, переломи, розтягнення та розриви м'язів та зв'язок, вивихи, забої, струси). Такі пошкодження супроводжують повсякденне життя кожної людини, їх можна отримати в побуті, на виробництві, внаслідок нещасного випадку. Крім того вони часто зустрічаються в спорті [2, 9].

Спортивні травми становлять 3–5 % серед всіх травм і можуть бути отримані не тільки професійними спортсменами, але і аматорами.

Виділяють наступні види спортивних травм [5]: первинні, раптові пошкодження, що викликані механічними впливами: переломи, розриви зв'язок, забій, розтягнення, черепно-мозкові травми, травми очей; викликані перевантаженнями. Виникають при постійних перевантаженнях м'язів і кісток, зачіпають хребет і основні суглоби, задіяні при заняттях спортом: колінні, ліктьові, плечові; повторні, що виникають при неповній реабілітації після спортивних травм, коли ще не до кінця відновився організм, а вже отримано звичайне для нього навантаження [5].

За тяжкістю спортивні травми діляться на важкі, середнього ступеня тяжкості і легкі [5].

Крім того, виділяють гострі та хронічні травми. Гострі травми виникають в результаті раптового впливу того чи іншого фактора, що травмує. Хронічні травми є результатом багаторазової дії одного і того ж фактора, що травмує на певну область тіла [6].

Травма для спортсмена важке випробування і психологічного, і фізичного плану. Навіть при ефективному відновленні важка травма у багатьох дітей і підлітків відбиває бажання займатися фізичною культурою і спортом.

Отже, спортивний травматизм відрізняється від звичайного тим, що травматичні ураження виникають під час або внаслідок заняття спортом [6].

Після Зимових Олімпійських ігор 2010 року Міжнародний Олімпійський комітет зібрав інформацію щодо травматизму серед олімпійських видів. У Літніх Олімпійських іграх 2008 року взяло участь 11099 спортсменів, в Зимових Олімпійських іграх 2010 року взяло участь 2632 спортсмени. У дослідженні було виділено відсоток травм, які спричинили тимчасове припинення тренувального чи змагального процесу (Рис. 1) [17].

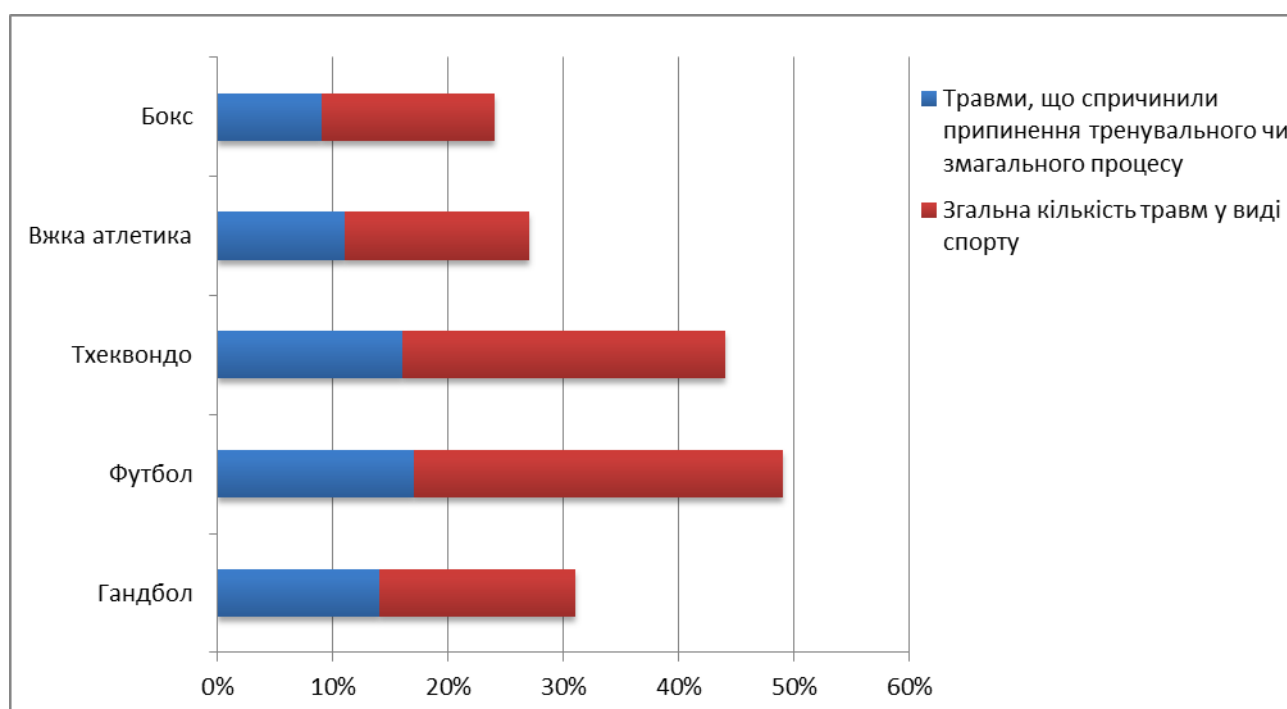


Рис. 1. Кількість травм отриманих під час проведення літніх Олімпійських ігор 2008 року та зимових Олімпійських ігор 2010 року

Як бачимо з даних дослідження, футбол знаходиться на лідируючих позиціях за кількістю травмованих спортсменів та за кількістю важких травм, які не дозволяють спортсмену тренуватись і приймати участь у змаганнях протягом певного часу [12].

У звіті УЄФА про травматизм в елітних футбольних клубах Європи сезону 2016/2017 були зібрані дані про травми серед провідних клубів Європи. В загальному, серед 21 футбольного клубу, які представили повну інформацію за сезон 2016/17, було повідомлено про 795 травм, серед них 339

(43 %) травм були отримані під час тренувального процесу та 456 (57 %) травм були отримані під час матчів. За сезон було повідомлено про 142 (18 %) важкі травми, 359 (45 %) м'язевих травм та 132 (17 %) травм зв'язок [12].

Найчастіші локалізації травм:

- Ділянка паху – 120 (16,1 %) травм
- Стегно – 212 (28,4 %) травм
- Коліно – 119 (15,9 %) травм
- Гомілка – 80 (10,7 %)
- Гомілково-ступневий суглоб – 99 (13,3 %).

Серед видів травм виділяються ушкодження м'язів – 342 (45,2 %) випадки та травми зв'язок – 124 (16,4 %) [12].

В окрему категорію було окреслено важкі травми. До них віднесли травми внаслідок яких гравець вибував із повноцінного тренувального та змагального процесу на термін більше 4-х тижнів. Найпоширенішим важким ушкодженням був надрив біцепса стегна. Було відмічено 8 таких випадків.

Серед ушкоджень м'язів однією з найчастіших травм було ушкодження задньої групи м'язів стегна. Було повідомлено про 17 таких випадків [12].

Найпоширеніші механізми отримання м'язових травм:

- Біг/прискорення – 123 (38,8 %)
- Обертання – 20 (6,3 %)
- Удари по воротам – 40 (12,6 %)
- Надмірне розтягнення – 22 (6,9 %)
- Надмірне навантаження – 50 (15,8 %)

Як зазначалося вище, ушкодження біцепсу стегна відноситься до тяжких травм і тривалість відновлення становить більше 4-х тижнів, після ушкодження півперетинчастого м'язу в загальному було пропущено 258 днів, а в середньому 13 днів. Щодо півсухожилкового м'язу статистику не подано [12].

Ушкодження задньої групи м'язів стегна поділяються на: надрив, частковий розрив або повний розрив.

Ушкодження цих м'язів класифікуються відповідно до їх тяжкості:

1 клас – відчуття судом або затвердіння та легкого відчуття болю, коли м'язи розтягуються або скорочуються.

2 клас – деформація супроводжується негайним болем, який є більш вираженим, ніж у 1 класі. Це підтверджується болями при розтягуванні і скороченні м'язів, набряками.

3 клас – важка травма. Виникає негайний пекучий або колючий біль, і людина не може рухатись без болю. М'яз повністю розірваний і над місцем розриву з'являється виражений набряк [14].

Засоби фізичної реабілітації, такі як ЛФК, масаж та фізіотерапія, дозволяють оптимізувати період відновлення та досягти повернення повного об'єму рухів у травмованому суглобі [3, 11].

Завдання фізичної реабілітації футболістів після пошкоджень задньої групи м'язів стегна:

- Зменшення болю та запалення;
- Нормалізація діапазону рухів та еластичності;
- Зміцнення м'язів нижніх кінцівок;
- Нормалізація стабільності тазу та попереку;
- Покращення швидкості, пропріорецепції, спритності і балансу, координації;
- Покращення технічних навичок, наприклад, біг, спринт, стрибки, приземлення;
- Мінімізація ризику рецидиву.

Реабілітація футболістів після травм задньої групи м'язів стегна поділяється на 3 фази. Кожна фаза має власні завдання та критеріями переходу спортсмена на наступну фазу реабілітаційного процесу. Під час першої фази передбачається мінімізація болю та набряку, при цьому не перешкоджаючи утворенню рубця, особливо в найближчі часи після травми (1–5 доба). Використовуються вправи низької інтенсивності, які не викликають больових відчуттів, що включають всю нижню кінцівку та поперекову і тазову ділянки, вправи виконуються у безпечному (обмеженому і безболісному) діапазоні рухів, щоб мінімізувати атрофію та розвинути нервово-м'язовий контроль. Під час другої фази інтенсивність і діапазон рухів під час виконання вправ збільшуються на основі відчуттів пацієнта та реакції пошкодженого м'язу на навантаження. Також починають використовуватись рухи, пов'язані з ексцентричним напруженням м'язів задньої поверхні стегна. Фаза III включає в себе інтенсивні, спортивні специфічні рухи з повною амплітудою рухів, щоб підготувати спортсмена до повернення до попереднього рівня спортивної готовності. Запропонована схема реабілітації спрямована для відновлення футболістів із пошкодженнями задньої групи м'язів стегна I та II ступеня тяжкості [7, 16].

Масаж є важливою складовою комплексної реабілітації футболістів із травмами задньої групи м'язів стегна. Він застосовується на всіх етапах реабілітації.

У випадку травм, які не потребують оперативного втручання чи накладання гіпсової пов'язки реабілітація починається відразу ж. Потім за допомогою засобів фізичної реабі-

літації, по мірі загоснення травмованої ділянки та відновлення функцій м'язів, поступово розширюється руховий режим, збільшується навантаження та тривалість занять. Якщо ж була проведена операція чи була накладена гіпсова пов'язка, то реабілітація починається одразу після операції чи накладення гіпсу.

В період іммобілізації масаж виконують на здоровій кінцівці, та на непошкоджених ділянках. В цьому періоді масаж застосовується з метою зменшення набряку тканин травмованої кінцівки, покращення крово- та лімфообігу, підтримання в тонусі м'язів як пошкодженої кінцівки так і здорової.

В післяіммобілізаційний період масаж можна проводити перед заняттям ЛФК, при цьому він має бути розігрівачим і ефективним буде поєднання з тепловими фізіотерапевтичними процедурами. Це підготує м'язи та зв'язки до заняття, збільшить амплітуду рухів у суглобі, покращить функціональні можливості суглобу та активізує крово- та лімфообіг [10].

Якщо ж масаж робиться після заняття ЛФК, то він має бути розслаблюючим, без різких рухів, а з плавними спокійними. Використовують в основному погладження і розминання. Після занять також доцільно використовувати масаж в поєднанні з тепловими фізіотерапевтичними процедурами. Таке поєднання буде сприяти кращому розслабленню м'язів та зв'язок, швидшому відновленню після тренування і буде посилювати ефект заняття [4, 13].

Фізіотерапевтичні процедури, які пропонується застосовувати: електрофорез, світлолікування, грязелікування, діадинамотерапія, ультратонотерапія, електростимуляція, кріотерапія, гідрокінезотерапія. Фізіотерапевтичні процедури можна поєднувати з масажем, перед і після занять ЛФК [8].

Таким чином, за допомогою засобів фізичної реабілітації спортсмен швидше повертається до тренувань, змагань, упереджує зниження рівня фізичних якостей, удосконалює їх під час реабілітації. В процесі реабілітації футболіст зможе повернути втрачену впевненість, а повернення до фахової спортивної активності покращить психоемоційний стан та поверне мотивацію до тренувань.

Аналіз та опрацювання даних науково-медичної літератури щодо застосування за-

собів фізичної реабілітації у відновленні футболістів після травм задньої групи м'язів стегна дозволяє стверджувати, що спортивний травматизм є актуальною та гострою проблемою з якою зустрічається кожен спортсмен, незалежно від рівня кваліфікації.

Спортивні травми виникають під час спортивної діяльності, внаслідок надмірних навантажень на організм або впливу механічних травмуючих факторів. Коли спортсмен отримує травму, йому доводиться припинити заняття спортом у звичному йому режимі та перейти на більш легкі тренування. Це негативно впливає на психологічний, емоційний стан пацієнта та на його мотивацію. З огляду на це, важливим є найшвидше повернення пацієнта до повноцінної спортивної діяльності. В цьому і полягає основна відмінність спортивного травматизму та реабілітації після спортивних травм.

Не менш важливим в цьому аспекті є питання про якомога швидше повернення до повноцінної спортивної діяльності, яке досягається застосуванням засобів фізичної реабілітації. З допомогою фізичного терапевта спортсмен швидше повернеться до тренувань та змагань, а також фахівець допоможе не лише не втратити фізичну форму, а й удосконалити її під час реабілітації.

Висновки

1. Загальновідомо, що футбол один з найтравматичніших видів спорту. Згідно звіту УЄФА про травматизм в елітних клубах Європи сезону 2016/2017 серед всіх травм футболістів, травми стегна зустрічались найчастіше. З усіх пошкоджень стегна, найчастіше зустрічались саме травми задньої групи м'язів стегна.

Залежно від складності травм відновлення може тривати від 1 тижня до кількох місяців. Основні причини таких травм: прискорення чи біг, удари по воротам, надмірне навантаження на стегно. Це призводить до обмеження у колінному та кульшовому суглобах, неможливості повноцінно опиратись на травмовану ногу, порушується рівновага та координація.

2. За допомогою засобів фізичної реабілітації досягається основна мета відновлення спортсмена після травми – найшвидше повернення до повноцінної змагальної та тренувальної діяльності. Крім того правиль-

ний підхід до реабілітаційного процесу та його поєднання із заняттями в тренажерному залі дозволить спортсмену не лише не втратити фізичну форму, а й покращити її. Також

в процесі реабілітації футболіст зможе повернути втрачену впевненість, а повернення до фізичної активності покращить психоемоційний стан та поверне мотивацію.

Література

1. Бакулин В. С. Спортивный травматизм. Профилактика и реабилитация / В. С. Бакулин, И. Б. Горецкая, М. М. Богомолова, А. Н. Богачев – Волгоград, 2013. – 133 с.
2. Большая медицинская энциклопедия // М. : Астрель; АСТ, 2002 – 734 с.
3. Валецька Р. О. Основи медичних знань. Підручник / Р. О. Валецька – Луцьк : Волинська книга, 2007. – 245 с.
4. Ренстрём П. А. Спортивные травмы. Клиническая практика предупреждения и лечения / П. А. Ренстрём. – К. : «Олимпийская литература», 2003. – 472 с.
5. Мельникова Н. А. Основи медичних знань та здорового способу життя / Н. А. Мельникова, Е. А. Шамрова, Н. В. Громова. – 2007. – 148 с.
6. Петров С. В. Игровые виды спорта / С.В. Петров. – М. : Спорт, 2004. – 768 с.
7. Попов С. Н. ЛФК: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений / С. М. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева и др. Под ред. С. Н. Попова. – М. – Издательский центр «Академия», 2004. – 156 с.
8. Транквиллитати А. Н. Восстановить здоровье. – 2-е изд., перераб. – М. : ФиС, 1999. – 301 с.
9. Arnason A., Andersen T. E., Holme I., Engebretsen L., Bahr R. Prevention of hamstring strains in elite soccer: an intervention study. *Scand J Med Sci Sports*. 2008. – 132.
10. Cameron ML Effect of the Hamspring Drills training programme on lower limb neuromuscular control in Australian football players. *Cameron ML, Adams RD, Maher CG, Mission DJ Sci Med Sport*. 2009. – 230.
11. Dawn Comstock R. National high school sports-related injury surveillance / R. Dawn Comstock, Lauren A. Pierpoint, Alexandria N. Erkenbeck, Jonathan Bihl. – Colorado, 2017. – 127.
12. Ekstrand J. UEFA Elite Club Injury Study Report 2016/17 / Ekstrand J. – Linkoping, 2016. – 34 s.
13. Soni SN, McDonald E, Marino C. Rhabdomyolysis after exercise. 1993,

References

1. Bakulin, V. S., Goretskaya, I. B., Bogomolova, M. M., & Bogachev, A. N. (2013). *Sports injuries. Prevention and rehabilitation*. Volgograd.
2. *The Great Medical Encyclopedia*. (2002). Moscow : Astrel.
3. Valetska, R. O. (2007). *Bases of medical knowledge*. Lutsk: Volyn book.
4. Ranstrom, P. A. (2003). *Sports injuries. Clinical practice of prevention and treatment*. Kiev: Olimpiyskaya literatura.
5. Melnykova, N. A., Shamrova, E. A. & Hromova, N. V. (2007). *Bases of medical knowledge and healthy lifestyle*.
6. Petrov, V. S. (2004). *Gaming sports* Moscow: Sport.
7. Popov, S. M., Valeev, N. M., & Garaseva, T. S. (2004). *LFK: Textbook for students of higher educational institutions (S. N. LFK: Textbook for students of higher educational institutions, Ed.)*. Moscow: Academy.
8. Trancvillitati, A. N. (1999). *Regain health*. (2nd ed.). Moscow: FiS.
9. Arnason A., Andersen T., Holme I., Engebretsen L., & Bahr R. (2008). *Prevention of hamstring strains in elite soccer*. *Scand j Med Sci Sports*.
10. Cameron M., Adams R., & Maher C. (2009). *Effects of the Hamspring Drills training program on the Australian football players*. *Mission DJ Sci Med Sport*.
11. Comstock D., Pierpoint L., Erkenbeck A., & Bihl J. (2017). *National high school sports-related injury surveillance*. Colorado.
12. Ekstrand J. (2016). *UEFA Elite Club Injury Study Report 2016/17*. Linkoping.
13. Soni, S., McDonald, E., & Marino, C. (1993). *Rhabdomyolysis after exercise* (Vol. 94, Ser. 6). *Postgard Med*.
14. Verrall G., Slavotinek J., & Barnes P. (2005). *Australian Rules for football players*. *Br j Sports Med*.
15. <http://knee.su/hamstring-muscle-injuries>
16. <http://www.yrsa.ca/fifa-11.html>
17. <https://do4a.net/threads/>

Postgrad Med. vol. 94, №6, pp. – 212.

14. The effect of sports specific training on reducing the incidence of hamstring injuries in professional Australian Rules football players. Verrall GM, Slavotinek JP, Barnes PGBr J Sports Med. 2005 Jun; 39(6):353–59.

15. <http://knee.su/hamstring-muscle-injuries/> (дата звернення 11.02.19).

16. <http://www.yrsa.ca/fifa-11.html> (дата звернення 11.02.19).

17. <https://do4a.net/threads/>(дата звернення 11.02.19).

ВИКОРИСТАННЯ ГІГІЄНИЧНОГО МАСАЖУ ТА РЕСПІРАТОРНИХ ТРЕНУВАНЬ В ОЗДОРОВЧІЙ ГРУПІ ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ

USING OF HYGIENIC MASSAGE AND RESPIRATORY TRAININGS IN THE HEALTH GROUP OF YOUNG AGE WOMEN

Клапчук В. В.

Запорізький національний технічний університет

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383691>

Анотації

У роботі узагальнені літературні відомості щодо використання жінками молодого віку оздоровчої фізичної культури з такими складовими як гігієнічний масаж та дихальні вправи. Обстежено 19 жінок віком від 25 до 45 років, які за станом здоров'я були віднесені до першої (основної) медичної групи і мали стаж занять упродовж 2–4 років. Вони регулярно відвідували заняття оздоровчої групи, які проводилися 3 рази на тиждень протягом 45–60 хв, де поряд з загальнорозвиваючими фізичними вправами за їх бажанням і фізкультурно-спортивними інтересами застосовували сеанси гігієнічного масажу та раціональні дихальні вправи з системи Хатха-йога. У числі методів дослідження були анкетування для вивчення фізкультурно-спортивних інтересів, гіпоксичні проби Штанге та Генча з розрахунком інспіраторного та експіраторного гіпоксичних індексів. За допомогою сухого портативного спірометра (ССП) вимірювали життєву ємність легенів (ЖЄЛ). Розраховували індекс Скібінської. Показано, що 50 % обстежених жінок виконують фізичні вправи з метою зміцнення здоров'я та отримання позитивних емоцій, 37 % – для корекції фігури, 18 % – для зняття стресу, втоми та спілкування з друзями. При цьому 51 % обстежених на питання «Чи дотримуетесь ви здорового способу життя?» відповіли «Скоріше так, чим ні», а 25 % з повною впевненістю стверджують, що дотримуються повністю, і лише 13 % жінок зізналися, що вони його не дотримуються. Після 6-місячного реабілітаційного курсу, який містив гігієнічний масаж та респіраторні тренування, достовірно підвищи-

В работе обобщены литературные сведения относительно использования женщинами молодого возраста оздоровительной физической культуры с такими составляющими как гигиенический массаж и дыхательные упражнения. Обследовано 19 женщин в возрасте от 25 до 45 лет, которые по состоянию здоровья были отнесены к первой (основной) медицинской группе и имели стаж занятий на протяжении 2–4 лет. Они регулярно посещали занятия оздоровительной группы, которые проводились 3 раза в неделю в течение 45–60 мин, где наряду с общеразвивающими физическими упражнениями с учетом их желания и физкультурно-спортивных интересов применяли сеансы гигиенического массажа и рациональные дыхательные упражнения из системы Хатха-йога. В числе методов исследования были анкетирование для изучения физкультурно-спортивных интересов, гипоксические пробы Штанге и Генча с расчетом инспираторного и экспираторного гипоксических индексов. С помощью сухого портативного спирометра измеряли жизненную емкость легких. Рассчитывали индекс Скибинской. Показано, что 50 % обследованных женщин выполняют физические упражнения с целью укрепления здоровья и получения позитивных эмоций, 37 % – для коррекции фигуры, 18 % – для снятия стресса, усталости и общения с друзьями. При этом 51 % обследованных на вопрос «Придерживаетесь ли вы здорового образа жизни?» ответили «Скорее да, чем нет», а 25 % с полной уверенностью утверждают, что придерживаются полностью, и только 13 % женщин сознались, что они его не придерживаются.

The paper summarizes the literary information about the use of health-improving physical culture by women of young age with such components as hygienic massage and breathing exercises. We examined 19 women aged 25 to 45 years who, for health reasons, were assigned to the first (main) medical group and had a length of study for 2–4 years. They regularly visited the group of health, which was held 3 times a week for 45–60 minutes, where along with general physical exercises, taking into account their desire and sports interests, they applied sessions of hygienic massage and rational breathing exercises from Hatha Yoga. Among the methods of research were questionnaires for the study of sports interests, hypoxic tests of Stange and Gentch. Using a dry portable spirometer, the vital capacity of the lungs was measured. The Skibinsky index was calculated. It is shown that 50 % of the surveyed women perform physical exercises in order to strengthen health and receive positive emotions, 37 % – to correct the figure, 18 % – to relieve stress, fatigue and communication with friends. At the same time, 51 % of those surveyed for the question "Do you stick to a healthy lifestyle?" Answered "Rather yes than no", and 25 % with full confidence assert that they adhere completely, and only 13 % of women confessed that they do not adhere to it. After a 6-month rehabilitation course, which contained hygienic massage and respiratory training, the parameters of the Stange's hypoxic test significantly increased from 43.9 ± 2.19 s to 59.2 ± 2.93 s ($p < 0.001$), Gentcha test from $30, 7 \pm 1.54$ s to 38.5 ± 1.89 s ($p < 0.001$), the vital capacity of the lungs - from 83.4 ± 4.23 % to 95.7 ± 4.37 % ($p < 0.05$) and the Skibinsky

лись показники гіпоксичної проби Штанге з $43,9 \pm 2,19$ с до $59,2 \pm 2,93$ с ($p < 0,001$), проби Генча – з $30,7 \pm 1,54$ с до $38,5 \pm 1,89$ с ($p < 0,001$), життєвої ємності легенів – з $83,44, \pm 4,23$ % до $95,7 \pm 4,37$ % ($p < 0,05$) та індексу Скібінської – з $22,4 \pm 1,13$ усл. од. до $33,31 \pm 1,67$ усл. од. ($p < 0,001$), що свідчить про ефективність застосованого методичного підходу. Результати проведеного дослідження дозволяють з підставою рекомендувати жінкам молодого віку заняття оздоровчою фізичною культурою з використанням у реабілітаційному комплексі загального гігієнічного масажу та раціональних дихальних вправ з оздоровчої системи Хатха-йога.

Ключові слова: жінки, молодий вік, гігієнічний масаж, дихальні вправи.

Вступ. Масаж та дихальні вправи – один з найкращих засобів для підтримки сили та енергійності жінок від молодого до похилого віку. Але у молодому віці жінки цим цікавляться більше, тому немає сумнівів, що оздоровчі програми, які містять такі складові, з часом будуть знаходити все більше послідовниць [4]. При цьому як гігієнічний застосовують один із популярних видів масажу не тільки для зміцнення захисних сил організму, але і для зняття нервової та емоційної напруги, фізичної та розумової втоми [2, 9]. Щодо респіраторних тренувань, то особливу увагу привертають до себе східні оздоровчі системи і, зокрема, – дихальні вправи (пранаями) з Хатха-йоги [1, 3, 6, 7].

При динамічному спостереженні за молодими людьми, що займаються по системі Хатха-йога, виявлено ряд позитивних змін в організмі. Так, відзначено зниження ЧСС та артеріального тиску у стані спокою, збільшення ЖЄЛ (в середньому з 4,3 до 4,8 л), а також збільшення змісту у крові еритроцитів та гемоглобіну і часу затримки дихання. Найбільшою мірою покращились показники гнучкості – з 4,4 до 11,2 см [6]. У результаті занять йогою виробляється досконалий тип дихання: воно стає глибоким та повним, а

После 6-тимисячного реабилитационного курса, который содержал гигиенический массаж и респираторные тренировки, достоверно повысились показатели гипоксической пробы Штанге с $43,9 \pm 2,19$ с до $59,2 \pm 2,93$ с ($p < 0,001$), пробы Генча – с $30,7 \pm 1,54$ с до $38,5 \pm 1,89$ с ($p < 0,001$), жизненной емкости легких – с $83,4 \pm 4,23$ % до $95,7 \pm 4,37$ % ($p < 0,05$) и индекса Скибинской – с $22,4 \pm 1,13$ усл. ед. до $33,31 \pm 1,67$ усл. ед. ($p < 0,001$), что свидетельствует об эффективности примененного методического подхода. Результаты проведенного исследования позволяют с основанием рекомендовать женщинам молодого возраста занятия оздоровительной физической культурой с использованием в реабилитационном комплексе общего гигиенического массажа и рациональных дыхательных упражнений из оздоровительной системы Хатха-йога.

Ключевые слова: женщины, молодой возраст, гигиенический массаж, дыхательные упражнения.

при спокійному диханні – економним і тому більш рідким. Звичайно доросла людина в спокої виконує в хвилину 14–16 дихальних циклів, а ті, що займаються йогою, – 7–8. При такій частоті дихання зменшуються енерговитрати на респіраторну функцію [3, 6]. Під час занять йогою збільшується еластичність легенів, тренуються бронхи та альвеоли, кількість останніх зростає; збільшується розмір грудної клітини, відповідно зростає об'єм легенів. У осіб, що займаються йогою, резервні можливості системи дихання у 2–3 рази вище, ніж у людей, що ведуть малорухливий спосіб життя [1, 7]. Усе зазначене має істотне значення для жіночого організму, але у сучасних умовах життєдіяльності було вивчено недостатньо.

Метою дослідження було підвищення ефективності фізичної реабілітації при оздоровчих тренуваннях жінок молодого віку.

Матеріал та методи дослідження. В дослідженні, проведеному за участю Г. М. Бондаренко, приймали участь 19 жінок віком від 25 до 45 років, які за станом здоров'я були віднесені до першої (основної) медичної групи і мали стаж занять упродовж 2–4 років. Вони регулярно відвідували заняття оздоровчої групи, які проводилися 3 рази на

тиждень протягом 45–60 хв, де поряд з загальноорозвиваючими фізичними вправами за їх бажанням і фізкультурно-спортивними інтересами застосовували сеанси гігієнічного масажу та раціональні дихальні вправи з системи Хатха-йога.

У числі методів дослідження були анкетування для вивчення фізкультурно-спортивних інтересів, гіпоксичні проби Штанге та Генча з розрахунком інспіраторного та експіраторного гіпоксичних індексів як відношення до частоти пульсу у стані спокою. За допомогою сухого портативного спірометра (ССП) вимірювали життєву ємність легенів (ЖЄЛ). Розраховували індекс Скібінської [3, 10].

Розроблена і застосована нами анкета включала в себе питання, відповіді на які дозволяли визначити особливості мотивації до оздоровчих занять дихальними вправами з системи та до гігієнічного масажу, і установити фактори, що сприяють її підтриманню в процесі оздоровчих тренувань жінок молодого віку. Вивчались головні та другорядні фактори, що визивають мотиви або безпосередньо спонукають займатися в оздоровчій групі.

З числа прямих мотивів це: укріплення здоров'я, корекція фігури, активний відпочинок, розвага, спілкування с друзями. Крім них були непрямі мотиви: знання про користь оздоровчих тренувань, приклад друзів та вплив засобів масової інформації.

Оскільки абсолютні значення ЖЄЛ мало показові через індивідуальні коливання, при оцінці цього показника зовнішнього дихання у обстежуваних жінок розраховувати належні величини [3, 10]. Застосовували формулу Anthony і Vernath (1961), у основу якої покладена величина основного обміну (ккал/24 год). Її знаходили за таблицями Гарріс-Бенедикта відповідно до статі, віку та маси тіла. Належна ЖЄЛ дорівнювала величині основного обміну (ккал) помноженій на коефіцієнт, який у жінок складає 2,3. Для вираження відносин у процентах фактичної ЖЄЛ до належної використовували формулу: фактична ЖЄЛ/належна ЖЄЛ x 100. Оцінюючи результати дослідження ЖЄЛ, враховували, що в нормі у здорових осіб ЖЄЛ може бути нижче належної величини на 10–15 %, тобто зіставляти 90–85 % від належної ЖЄЛ [10].

Визначення індексу Скібінської дозволяло в певній мірі оцінити функцію не тільки системи дихання, а й серцево-судинної системи. Для цього після 5-хвилинного відпочинку у положенні сидячи визначали частоту пульсу та ЖЄЛ; через 5 хв після цього пропонували затримати дихання після спокійного вдиху і визначали тривалість затримки. Величину індексу обчислювали за формулою: $0,01 \text{ЖЄЛ (мл)} \times A : B$, де А – тривалість затримки дихання (с), В – частота пульсу (уд./хв). Оцінку проводили за наступними градаціями: більше 60 – відмінно (функціональні резерви кардіо-респіраторної системи у відмінній формі), 30–60 – добре (коли вони в нормі), 10–30 – середнє (недостатність функціональних можливостей органів дихання та кровообігу), 5–10 – погано (функціональні можливості слабкі, знижена стійкість до гіпоксії), менше 5 – дуже погано (функціональні можливості органів дихання та кровообігу дуже слабкі) [3, 10].

При статистичній обробці матеріалу розраховували середнє (М), його стандартну помилку (m). Достовірність різниці (p) оцінювали за t-критерієм Стьюдента. При $p < 0,05$ її вважали статистично достовірною [5].

У оздоровчій групі проводили первинні та прикінцеві обстеження після 6-місячного реабілітаційного курсу, де були застосовані такі засоби фізичної реабілітації, як гігієнічний масаж та дихальні вправи.

Загальний гігієнічний масаж проводили за наступною схемою: масаж голови, шиї, рук, спини, живота, ніг і області тазу. Прийоми самомасажу виконували у повільному темпі, без зусиль, не заподіюючи біль тканинам. Окремі сегменти тіла масували від периферії до центру і найближчих лімфатичних вузлів. Кожен прийом повторювали 3–5 разів. На загальний масаж відводили 30–40 хв, які розподіляли так: спина і шия (8–12 хв), руки (6–8 хв), область тазу (3 хв), ноги (9–12 хв), груди і живіт (4–5 хв). Час між окремими прийомами розподіляли наступним чином: вижимання – 20 %, розминання – 62 %, розтирання – 15 %, погладжування і ударні прийоми – 3 %. При необхідності приділити більше уваги суглобам або хребту відповідно відводили більше часу на розтирання, розминання і т.д. З прийомів розминання частіше використовували ординарне,

подвійне кільцеве, «подвійний гриф», фалангами пальців, стислих в кулак; з прийомів розминання – поперечне і ребром долоні; з прийомів розтирання – подушечками пальців (прямолинійне, зигзагоподібне, колоподібне), долонею та інше [2, 9].

В якості дихальних вправ із системи Хатха-йога використовували комплекс з 6 «Маленьких пранаям» [1, 7]. В їх числу були такі, що сприяють збільшенню вентиляційної спроможності окремих частин легень та величини ЖЄЛ, покращенню механіки дихання за рахунок збільшення екскурсії грудної клітини та діафрагми, зміцненню дихальних м'язів. Поряд з ними використовували дихальні вправи у затримках дихання для підвищення стійкості до гіпоксії та для вдосконалення вольового керування диханням [3].

Результати дослідження. Дискусія. При первинному обстеженні тих, що займалися в оздоровчій групі, та у кінці реабілітаційного курсу отримані такі результати.

Анкетування, що було проведено серед обстежених жінок, дозволило вивчити їх мотиви та інтереси до оздоровчих занять, а також корегувати побудову програми фізичної реабілітації. З'ясувалося, що практично кож-

на із жінок підтримує активний руховий режим. Із них більш половини займаються фітнесом, 12 % – плаванням, 6 % – танцями, 12 % – аквафітнесом. Стаж таких занять у 63 % жінок був до 1 року, у 25 % – 1–2 роки, а у 12 % – більше 3 років. Протягом тижня 62 % опитаних для цього виділяють 3–4 години, інші – більше 4 годин. З анкетування стало відомо, що 50 % жінок виконують фізичні вправи з метою зміцнення здоров'я та отримання позитивних емоцій, 37 % – для корекції фігури, 18 % – для зняття стресу, втоми та спілкування з друзями. З числа опитаних жінок 43 % зізналися що курять, 25 % впевнені у тому, що дотримуються правильного режиму харчування, 50 % – це роблять частково, а 25 % жінок харчуються неправильно. При цьому 51 % обстежених на питання «Чи дотримуетесь ви здорового способу життя?» відповіли «Скоріше так, чим ні», а 25 % з повною впевненістю стверджують, що дотримуються повністю, і лише 13 % жінок зізналися, що вони його не дотримуються.

Отримані результати дослідження зовнішнього дихання наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка показників зовнішнього дихання жінок молодого віку під впливом реабілітаційних занять у оздоровчій групі

Функціональні показники	Первинне обстеження	Прикінцеве обстеження	Статистичні показники: t; p
Інсп. гіпоксичний індекс, ум. од.	0,56±0,03	0,78±0,04	4,40; <0,001
Експ. гіпоксичний індекс, ум. од.	0,39±0,02	0,51±0,03	3,33; <0,001
Життєва ємність легенів, %	83,4±4,23	95,7±4,37	2,02; <0,05
Індекс Скібінської, ум. од.	22,4±1,13	33,3±1,67	5,39; <0,001

З таблиці видно, що після 6-тимісячного реабілітаційного курсу, який містив гігієнічний масаж та респіраторні тренування, достовірно підвищились показники інспіраторного гіпоксичного індексу – з 0,56±0,03 ум. од. до 0,78±0,04 ум. од. (p<0,001), експіраторного гіпоксичного індексу – з 0,39±0,02 ум. од. до 0,51±0,03 ум. од. (p<0,001), життєвої ємності легенів – з 83,44, ±4,23 % до 95,7±4,37 % (p<0,05) та індексу Скібінської – з 22,4±1,13 ум. од. до 33,31±1,67 ум. од. (p<0,001), що свідчить про ефективність застосованого методичного підходу. Також достовірно підвищились показники гіпоксичної проби Штанге з 43,9±2,19 с до

59,2±2,93 с (p<0,001) та проби Генча – з 30,7±1,54 с до 38,5±1,89 с (p<0,001).

Обговорюючи отримані результати досліджень, слід зазначити що усі жінки регулярно тренувались у одній оздоровчій групі за розробленою програмою, яка їх задовольняла, відповідаючи фізкультурно-спортивним інтересам та мотивації до фізичного вдосконалення. Досить помітними стали позитивні результати функціональних проб, що свідчить про покращення функціонального стану кардіо-респіраторної системи. Це стало можливим і завдяки тому, що до прийняття участі в експерименті вони упродовж певно-

го часу вже займались оздоровчою фізичною культурою.

Висновки

1. Анкетування, проведене в групі жінок молодого віку, які відвідують заняття в оздоровчій групі, показало, що 50 % жінок виконують фізичні вправи з метою зміцнення здоров'я та отримання позитивних емоцій, 37 % – для корекції фігури, 18 % – для зняття стресу, втоми та спілкування з друзями. При цьому 51 % обстежених на питання «Чи дотримуєтесь ви здорового способу життя?» відповіли «Скоріше так, чим ні», а 25 % з повною впевненістю стверджують, що дотримуються повністю, і лише 13 % жінок зізналися, що вони його не дотримуються.

2. Після 6-тимісячного реабілітаційного курсу, який містив гігієнічний масаж та респіраторні тренування, достовірно підвищились показники гіпоксичної проби Штанге з $43,9 \pm 2,19$ с до $59,2 \pm 2,93$ с ($p < 0,001$), проби Генча – з $30,7 \pm 1,54$ с до $38,5 \pm 1,89$ с ($p < 0,001$), інспіраторного гіпоксичного індексу – з $0,56 \pm 0,03$ ум. од. до $0,78 \pm 0,04$ ум. од. ($p < 0,001$), експіраторного гіпоксичного індексу – з $0,39 \pm 0,02$ ум. од. до $0,51 \pm 0,03$ ум. од. ($p < 0,001$), життєвої ємності легенів – з $83,44$,

$\pm 4,23$ % до $95,7 \pm 4,37$ % ($p < 0,05$) та індексу Скібінської – з $22,4 \pm 1,13$ ум. од. до $33,31 \pm 1,67$ ум. од. ($p < 0,001$), що свідчить про ефективність застосованого методичного підходу.

3. Результати проведеного дослідження дозволяють з підставою рекомендувати жінкам молодого віку заняття оздоровчою фізичною культурою з використанням у реабілітаційному комплексі загального гігієнічного масажу та раціональних дихальних вправ з оздоровчої системи Хатха-йога, що сприяють збільшенню вентиляційної спроможності окремих частин легень та величини ЖЄЛ, покращенню механіки дихання за рахунок збільшення екскурсії грудної клітки та діафрагми, зміцненню дихальних м'язів, а також вдосконаленню здібностей до вольового керування диханням.

У подальшому при заняттях оздоровчою фізичною культурою жінок молодого віку доцільні дослідження порівняльної ефективності різних оздоровчих програм за морфофункціональними показниками фізичного стану та рухових можливостей тих, що тренуються.

Література

1. Айенгар, Б. К. С. Прояснение йоги. Йога Дипика / Б. К. С. Айенгар. – М. : Фланта, 2009. – 46 с.
2. Васичкин В. И. Омолаживающий массаж / В. И. Васичкин. – Москва: Эксмо-Пресс, 2002. – 96 с.
3. Клапчук В. В. Волевое управление дыханием в медицинской и спортивной практике / В. В. Клапчук, А. В. Курята, С. В. Маргитич. – Днепр : Изд. ФОП Половко, 2018. – 120 с.
4. Козакова К. Г. Физическое состояние женщин 1 зрелого возраста и его коррекция в условиях различных форм физкультурно-оздоровительных занятий (13.00.04) / К. Г. Козакова // Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / УГУ ФВС. – К., 1993. – 208 с.
5. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA / О. Ю. Реброва. – М. : Медиа Сфера, 2002. – 312 с.

References

1. Ayengar, B. K. S. Proyasnenie yogi. Yoga Dipika / B. K. S. Ayengar. – M. : Flinta, 2009. – 46 s.
2. Vasichkin V. I. Omolazhivayuschiy massazh / V. I. Vasichkin. – Moskva: Eksmo-Press, 2002. – 96 s.
3. Klapchuk V. V. Volevoe upravlenie dyhaniem v meditsinskoy i sportivnoy praktike / V. V. Klapchuk, A. V. Kuryata, S. V. Margitich. – Dnepr : Izd. FOP Polovko, 2018. – 120 s.
4. Kozakova K. G. Fizicheskoe sostoyanie zhenshin 1 zrelogo vozrasta i ego korrektsiya v usloviyah razlichnyih form fizkulturno-ozdorovitelnyih zanyatiy (13.00.04) / K. G. Kozakova // Dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata pedagogicheskikh nauk / UGU FVS. – K., 1993. – 208 s.
5. Rebrova O. Yu. Statisticheskiy analiz medi-tsinских dannyih. Primenenie paketa prikladnyih programm STATISTIKA / O. Yu. Rebrova. – M. : Media Sfera, 2002. – 312 s.
6. Safronov A. G. Yoga: fiziologiya, psihosomatika, bioenergetika / A. G. Safronov. –

6. Сафронов А. Г. Йога: физиология, психосоматика, биоэнергетика / А. Г. Сафронов. – Харьков: Индиго, 2008. – 25 с.
7. Спэрроу Л. Практическая энциклопедия йоги / Л. Спэрроу, П. Уолден. – М.: Изд-во Эксмо. 2004. – 400 с.
8. Фізична реабілітація. Спортивна медицина / Абрамов В. В., Клапчук В. В., Неханевич О. Б. та ін. / За ред. проф. В. В. Абрамова та доц. О. Л. Смирнової. – Дніпропетровськ : Журфонд, 2014. – 456 с.
9. Фокин, В. Н. Полный курс массажа : учебное пособие / В. Н. Фокин. – Москва: ФАИР-ПРЕСС, 2004. – 254 с.
10. Хасис Г. Л. Показатели внешнего дыхания здорового человека, ч. 1–2 / Г. Л. Хасис. – Кемерово, 2004. – 328 с.
- Harkov: Indigo, 2008. – 25 s.
7. Sperrou L. Prakticheskaya entsiklopediya yogi / L. Sperrou, P. Uolden. – M.: Izd-vo Eksmo. 2004. – 400 s.
8. Fizychna reabilitatsiia. Sportyvna medytsyna / Abramov V. V., Klapchuk V. V., Nekhanevych O. B. ta in. / Za red. prof. V. V. Abramova ta dots. O. L. Smyrnovoi. – Dnipropetrovsk : Zhur-fond, 2014. – 456 s.
9. Fokin, V. N. Polnyiy kurs massazha : uchebnoe posobie / V. N. Fokin. – Moskva: FAIR-PRESS, 2004. – 254 s.
10. Hasis G. L. Pokazateli vneshnego dyihaniya zdorovogo cheloveka, ch. 1–2 / G. L. Hasis. – Kemerovo, 2004. – 328 s.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЗА НАЯВНОСТІ ГІПОТОНІЇ THE MAIN ASPECTS OF PHYSICAL THERAPY FOR HYPOTENSION

Нестерчук Н. Є., Євтух М. І., Гамма Т. В.

Інститут охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування, м. Рівне

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383704>

Анотації

У статті досліджуються основні аспекти застосування фізичної терапії за наявності гіпотонії. Метою дослідження було довести необхідність застосування фізичної терапії за наявності гіпотонії. На основі аналізу науково-методичної літератури були визначені основні компоненти програми фізичної терапії за наявності гіпотонічної хвороби, яка базувалася на алгоритмі розробки програми. Процес терапії хворих на гіпотонію повинен включати комплекс відновних заходів, спрямованих на досягнення стійкої компенсації захворювання, нормалізації або поліпшення показників артеріального тиску, окремо взятих органів і систем, стабілізації загального стану, самопочуття, фізичної і професійної працездатності. Доведено, що при регулярних заняттях лікувальною фізичною культурою відбуваються підвищення та нормалізація артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, збільшується сила і продуктивність серцевого м'яза.

Ключові слова: фізична терапія, гіпотонія, програма, алгоритм.

В статье исследуются основные аспекты применения физической терапии при наличии гипотонии. Целью исследования было доказать необходимость применения физической терапии при наличии гипотонии. На основе анализа научной методической литературы были определены основные компоненты программы физической терапии при наличии гипотонической болезни, которая базировалась на алгоритме разработки программы. Процесс терапии больных гипотонией должен включать комплекс восстановительных мероприятий, направленных на достижение стойкой компенсации заболевания, нормализации или улучшения показателей артериального давления, отдельно взятых органов и систем, стабилизации общего состояния, самочувствия, физической и профессиональной трудоспособности. Доказано, что при регулярных занятиях лечебной физической культурой происходят повышение и нормализация артериального давления, частоты сердечных сокращений, увеличивается сила и производительность сердечной мышцы.

Ключевые слова: физическая терапия, гипотония, программа, алгоритм.

The article explores the main aspects of the use of physical therapy in the presence of hypotension. The aim of the study was to prove the need for physical therapy in the presence of hypotension. Based on the analysis of scientific and methodological literature, the main components of the physical therapy program were determined in the presence of a hypotonic disease, which was based on the program development algorithm. The process of therapy for patients with hypotension should include a set of recovery measures aimed at achieving persistent compensation for the disease, normalizing or improving blood pressure, individual organs and systems, stabilizing the general condition, well-being, physical and professional disability. It is proved that with regular physical therapy, an increase and normalization of blood pressure, heart rate occur, and the strength and productivity of the heart muscle increases.

Key words: physical therapy, hypotension, program, algorithm.

Вступ. Низький тиск призводить до того, що головний мозок погано постачається кров'ю, і в зв'язку з цим отримує мало кисню і це може стати причиною ішемічного інсульту. Для літніх пацієнтів це особливо небезпечно, тому що у них навіть фізіологічна гіпотонія під час сну може викликати порушення кровопостачання в окремих ділянках мозку, відповідальних за слух і зір, що

може стати причиною глухоти та зниження зору [3, 6, 8].

Такі захворювання, як вади серця, кардіосклероз, стенокардія в умовах гіпотонії прогресують значно швидше, так як коронарні артерії, які живлять серце, у стані гіпотонії не можуть забезпечити достатній кровоток серцевому м'язу [4, 7].

Гіпотонія особливо небезпечна для вагітних, тому що з причини гіпотонії органи плоду не отримують достатню кількість поживних речовин і кисню через плацентарне коло кровообігу від матері. У зв'язку з цим у

малюка при народженні можуть бути діагностовані вроджені вади розвитку. Гіпотонія також небезпечна, тому що може стати причиною передчасних пологів.

Аналіз науково-методичної, спеціальної літератури з проблеми дослідження показав, що на даний час викладені результати застосування комплексної програми фізичної реабілітації у жінок 21–35 років, що страждають на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом на поліклінічному етапі реабілітації з використанням різних немедикаментозних засобів реабілітації. Програма фізичної реабілітації містила: лікувальну гімнастику, заняття на велотренажері, дозовану ходьбу, лікувальний масаж, дихальні вправи, самомасаж вдома [2].

Доведено, що застосування розробленого комплексу реабілітаційних заходів серед працівників промислового підприємства умовно «критичних» вікових груп (26–30, 36–40 і 41–45 років) сприяло вираженій оптимізації адаптивних можливостей серцево-судинної системи їх організму [5].

Зазначено актуальність питання про розповсюдження нейроциркуляторної дистонії серед населення. Описано значення засобів фізичної реабілітації при нейроциркуляторній дистонії. Розкрито завдання та методики лікувальної фізичної культури при нейроциркуляторній дистонії за гіпертензивним та гіпотензивним типами [9].

Визначено вплив аматорської методики фізичної реабілітації на ставлення студенток,

хворих на нейроциркуляторну дистонію за кардіальним типом, до оздоровчих фізичних вправ [1].

Матеріал і методи. З метою ознайомлення зі станом досліджуваного питання було проведено аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, опрацювання науково-методичної літератури, теоретичні та практичні положення з питань фізичної терапії за наявності гіпотонії. Аналізуючи науково-методичну літературу, були розглянуті питання, щодо виникнення даної патології, особливостями протікання гіпотонії та її вплив на стан хворого.

Встановлено, що останнім часом в загальному комплексі заходів з метою реабілітації за наявності гіпотонії більшу увагу заслуговують різні новітні технології покращення функціонального стану.

Мета дослідження: довести необхідність застосування фізичної терапії за наявності гіпотонії.

Завдання дослідження: вивчити досвід лікування, профілактики гіпотонії та обґрунтувати позитивний вплив застосування фізичної терапії за наявності гіпотонії.

Результати дослідження. На основі аналізу науково-методичної літератури були визначені основні компоненти програми фізичної терапії за наявності гіпотонічної хвороби, яка базувалася на алгоритмі розробки програми (рис. 1, 2).

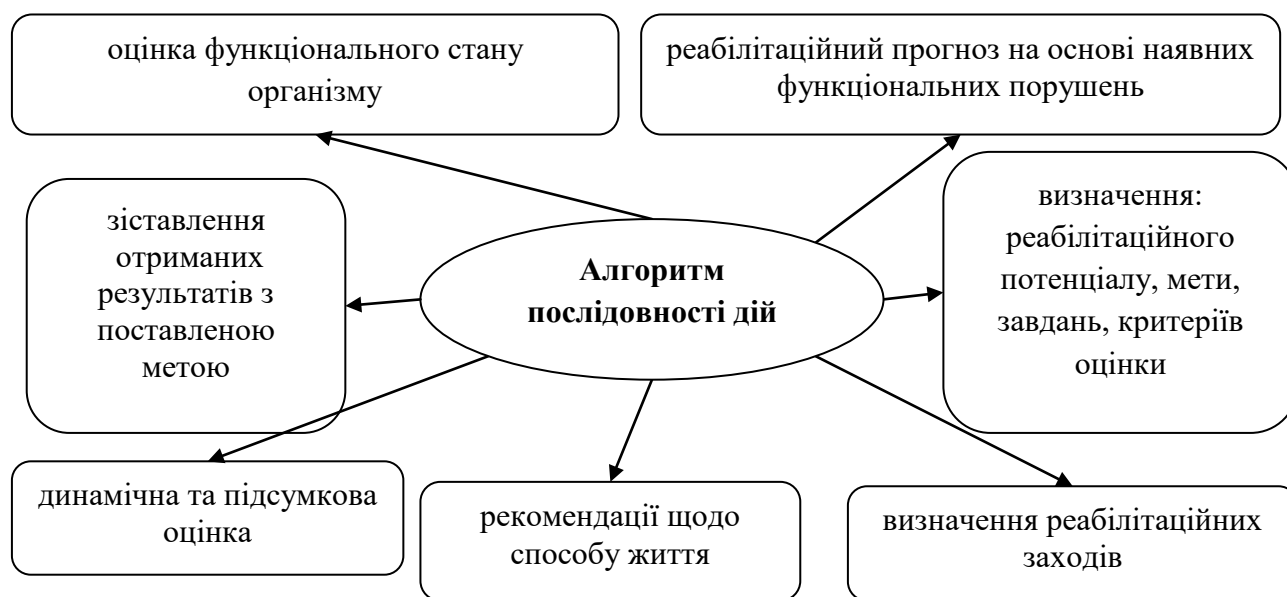


Рис. 1. Алгоритм розробки програми фізичної терапії за наявності гіпотонії



Рис. 2. Компоненти програми фізичної терапії за наявності гіпотонії

З метою стабілізації АТ і досягнення тривалої ремісії при гіпотонічній хворобі необхідний комплексний підхід у виборі методів лікування та терапії хворих:

- ✓ медикаментозна терапія;
- ✓ фітотерапія;
- ✓ дієтотерапія;
- ✓ працетерапія;
- ✓ дотримання щадного психоемоційного режиму;
- ✓ лікувальний масаж.

Фізична терапія в умовах лікувально-профілактичних установ має у своєму розпорядженні арсенал засобів активного впливу на функціональні системи організму. Своєчасні заходи адекватної активізації хворих за допомогою дозованих тренувальних режимів, які впливають безпосередньо та опосередковано на серцево-судинну, дихальну та інші системи, сприяють підвищенню толерантності до фізичного навантаження і поліп-

шують загальний функціональний стан усього організму.

В основі первинної артеріальної гіпотонії лежить підвищення тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, порушення функції вищих вегетативних центрів вазомоторної регуляції, що веде до стійкого зменшення загального периферичного опору потоку крові. Тому завданням будь-яких терапевтичних дій є нормалізація порушених функцій. Перед початком впровадження фізичної терапії були поставлені наступні завдання:

- 1) усунення факторів, що сприяють розвитку гіпотонічної хвороби (використання нефармакологічних методів лікування);
- 2) вплив на основні ланки патогенезу;
- 3) боротьба з ускладненнями.

Нефармакологічні методи лікування гіпотонічної хвороби включають:

1) індивідуальні дозовані фізичні навантаження.

2) відмова від паління тютюну та вживання алкоголю.

3) організація здорового способу життя, відпочинку і нормальної трудової діяльності з виключенням факторів, що травмують психічну сферу; нормалізація сну.

Дискусія. Таким чином, за даними ряду авторів, основним механізмом впливу фізичних вправ на організм хворих на гіпотонічну хворобу є нейрорефлекторно-гуморальний. Застосування фізичних вправ при гіпотонічній хворобі дозволяє використовувати всі чотири механізми їх лікувальної дії:

- ✓ тонізуючого впливу,
- ✓ трофічної дії,
- ✓ формування компенсацій,
- ✓ нормалізації функцій.

Процес терапії хворих на гіпотонічну хворобу включає комплекс відновних заходів, направлених на досягнення стійкої компенсації захворювання, одужання, нормалізації або поліпшення показників артеріального тиску, окремо взятих органів і систем, фізичної і професійної працездатності. При регулярних заняттях лікувальною фізичною культурою відбувається підвищення та нормалізація артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, збільшується сила і продуктивність серцевого м'яза.

Під впливом циклу тренувальних навантажень настає узгодження величин серцевого викиду і судинного опору, що лежить в основі нормалізації артеріального тиску при гіпотонічній хворобі. Основною метою фізичної терапії при гіпотонічній хворобі є відновлення рівноваги між пресорними та депресорними механізмами регуляції артеріального тиску.

Лікування гіпотензії ведеться у трьох напрямках: нормалізація порушеної регуляції тиску судин, підвищення артеріального тиску і загальне зміцнення організму. При належному режимі гіпотонію можна вилікува-

ти, у деяких випадках навіть досить швидко. Нерідко відбувається самолікування за рахунок включення регулюючих тиск механізмів у організмі хворого.

Фізіологічну гіпотонію лікувати не потрібно, але за такими пацієнтами спостереження необхідно проводити, тому що знижений тиск може сигналізувати про те, що у внутрішніх органах відбувається патологічний процес, що поки ще не виявився.

Хворим на гіпотонію лікарі настійно рекомендують відмовитися від паління. Спеціальної дієти для хворих, що страждають зниженням тиску, не існує. Вони можуть їсти все, що хочеться, намагаючись не переїдати. Дуже часто хворі на гіпотонію рятуються за допомогою міцного чаю й кави. У чаї, каві, какао і шоколаді міститься кофеїн – речовина, що робить збудливу дію на нервову систему, підсилює викид крові серцем і тонус артеріол, у результаті чого піднімається тиск.

Висновки. Фізична терапія має у своєму розпорядженні арсенал засобів активного впливу на функціональні системи організму. Своєчасні заходи адекватної активізації хворих за допомогою дозованих тренувальних режимів, які впливають безпосередньо та опосередковано на серцево-судинну, дихальну та інші системи, сприяють підвищенню толерантності до фізичного навантаження і поліпшують загальний функціональний стан усього організму. Процес фізичної терапії хворих на гіпотонічну хворобу включає комплекс відновних заходів, направлених на досягнення стійкої компенсації захворювання, одужання, нормалізації або поліпшення показників артеріального тиску, окремо взятих органів і систем, фізичної та професійної працездатності. При регулярних заняттях лікувальною фізичною культурою відбувається підвищення та нормалізація артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, збільшується сила та продуктивність серцевого м'яза.

Література

1. Безгребельна Є. Ставлення студенток, хворих на нейроциркуляторну дистонію за кардіальним типом, до оздоровчих фізичних вправ / Євгенія Безгребельна, Сергій Возний, Любов Гаврильченко // Актуальні проблеми

References

1. Bezghrebelna Ye. Stavlennia studentok, khvorykh na neirotsyrkulatornu dystoniiu za kardialnym typom, do ozdorovchykh fizychnykh vprav / Yevheniia Bezghrebelna, Serhii Voznyi, Liubov Havrylchenko // Aktualni problemy

юнацького спорту : матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф. – Херсон, 2008. – С. 186–191.

2. Бисмак Е. В. Комплексная физическая реабилитация женщин 21–35 лет, страдающих вегето-сосудистой дистонией по гипотоническому типу на поликлиническом этапе / Е. В. Бисмак // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. / под ред. С. С. Ермакова. – Х., 2008. – № 2. – С. 97–103.

3. Богдановская Н. В. Динамика адаптивных возможностей организма под влиянием средств физической реабилитации / Н. В. Богдановская, Н. В. Маликов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2005. – № 21. – С. 80–87.

4. Дзяк В. Н. Медицинская реабилитация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / В. Н. Дзяк. – К.: Здоров'я, 2006. – 208 с.

5. Калмыков С. А. Оценка эффективности методик лечебной физкультуры при гипертонической болезни / С. А. Калмыков, Ю. С. Калмыкова, Л. Г. Поруччи́кова // Проблеми безперервної медичної науки та освіти. – 2015. – № 1(17). – С. 19–24.

6. Медицинская реабилитация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / В. Н. Дзяк, И. И. Крижановская, З. К. Алексее́нко и др. – 2-е изд. – К. : Здоров'я, 2010. – 208 с.

7. Назаренко Л. Д. Оздоровительные основы физических упражнений / Л. Д. Назаренко. – М. : Владос пресс, 2003. – 240 с.

8. Нестерчук Н. Є. Методологічні аспекти фізичної реабілітації хворих на гіпотонічну хворобу / Н. Є. Нестерчук // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – 2017. – Вип. 27–28. – С. 204–209.

9. Таможанська Г. В. Використання засобів фізичної реабілітації при нейроциркуляторній дистонії на стаціонарному етапі / Г. В. Таможанська, О. І. Сміркус // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. – № 1. – С. 71–74.

yunatskoho sportu : materialy VI Vseukr. nauk.-prakt. konf. – Kherson, 2008. – S. 186–191.

2. Bismak E. V. Kompleksnaya fizicheskaya reabilitacziya zhenshhin 21–35 let, stradayushhikh vegeto-sosudistoj distoniej po gipotonicheskomu tipu na poliklinicheskom e`tape / E. V. Bismak // Fizicheskoe vospitanie studentov tvorcheskikh speczial`nostej : sb. nauch. tr. / pod red. S. S. Ermakova. – Kh., 2008. – N 2. – S. 97–103.

3. Bogdanovskaya N. V. Dinamika adaptivny`kh vozmozhnostej organizma pod vliyaniem sredstv fizicheskoy reabilitaczii / N. V. Bogdanovskaya, N. V. Malikov // Pedagogi`ka, psikhologi`ya ta mediko-bi`ologični` problemi fi`zichnogo vikhovannya i` sportu : nauk. monogr. / za red. S. S. Yermakova. – Kh., 2005. – N 21. – S. 80–87.

4. Dzyak V. N. Mediczinskaya reabilitacziya bol`ny`kh serdechno-sosudisty`mi zabolevaniyami / V. N. Dzyak. – K.: Zdorov`ya, 2006. – 208 s.

5. Kalmikov S. A. Ocenka e`ffektivnosti metodik lechebnoj fizkul`tury` pri gipertonicheskoj bolezni / S. A. Kalmikov, Yu. S. Kalmy`kova, L. G. Poruchchikova // Problemi bezperervnoyi medichnoyi nauki ta osvı`ti. – 2015. – N 1(17). – S. 19–24.

6. Mediczinskaya reabilitacziya bol`ny`kh serdechno-sosudisty`mi zabolevaniyami / V. N. Dzyak, I. I. Krizhanovskaya, Z. K. Alexseenko i dr. – 2-e izd. – K. : Zdorov`ya, 2010. – 208 s.

7. Nazarenko L. D. Ozdorovitel`ny`e osnovy` fizicheskikh uprazhnenij / L. D. Nazarenko. – M. : Vladoss press, 2003. – 240 s.

8. Nesterchuk N. Ye. Metodolohichni aspekty fizychnoi rehabilitatsii khvorykh na hipotonichnu khvorobu / N. Ye. Nesterchuk // Visnyk Prykarpatskoho universytetu. Serii: Fizychna kultura. – 2017. – Vyp. 27–28. – S. 204–209.

9. Tamozhanska H. V. Vykorystannia zasobiv fizychnoi rehabilitatsii pry neirotsyrkuliatornii dystonii na statsionarnomu etapi / H. V. Tamozhanska, O. I. Smirkus // Slobozhanskyi naukovo-sportyvnyi visnyk. – 2011. – № 1. – S. 71–74.

INFLUENCE OF PHYSICAL TRAININGS TO REHABILITATION AND HEALTH PROMOTION OF STUDENTS-ATHLETES AND STUDENTS

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ТРЕНУВАНЬ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ І ПРОМОЦІЮ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ-АТЛЕТІВ І УЧНІВ

Buchkovska A.¹, Svystun Y.², Mahlovanyu A.¹, Kunynets O.¹, Maglovana G.¹, Hrynovets I.¹, Ripetska O.¹, Hrynovets V.¹

¹*Danylo Halatsky Lviv National Medical University*

²*Health Department, Lviv State University of Physical Culture, Lviv, Ukraine*

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383719>

Анотації

The phenomenon of physical training in strength and ability to influence the preservation and improvement of human health is one of the most important. The aim of present investigation was the examination of physical condition of students-athletes and students in regular classes of non-sporting group. 68 persons 14–16 years old were under our observation. Students were divided in two groups. Group one (36 persons) consisted of students who studied in special sport classes, group two (32 persons) included students of regular classes and formed the group of control. The numerical data proved the high functional indices of physical and functional condition of young players that are significantly higher than their peers data from non-sporting class. Physical education is not only a means of education and improving the physical fitness of students, but often the major factor in rehabilitation and health promotion in making and shaping of the body, the source and improving overall mental performance.

Key words: physical training, students-athletes, functional indices, Life capacity of Lungs (ml), Trunks power (kg).

Феномен фізичного виховання в силі та здатності впливати на збереження та поліпшення здоров'я людини є одним із найважливіших. Метою даного дослідження було вивчення фізичного стану учнів-спортсменів та студентів на регулярних заняттях неспортивної групи. Під нашим спостереженням перебували 68 осіб 14–16 років. Учні поділялися на дві групи. До першої групи (36 осіб) входили учні, які навчалися у спеціальних спортивних класах, друга група (32 особи) включала учнів регулярних занять та формувала групу контролю. Числові дані довели високі функціональні показники фізичного та функціонального стану юних гравців, що значно перевищують дані їхніх однолітків з неспортивного класу. Фізичне виховання – це не лише засіб виховання та вдосконалення фізичної підготовленості учнів, але часто є головним фактором реабілітації та зміцнення здоров'я у створенні та формуванні тіла, джерелом та вдосконаленням загальної розумової працездатності.

Ключевые слова: физическая культура, учащиеся-спортсмены, функциональные показатели, жизненная емкость легких (мл), становая сила (кг).

Явище фізичної підготовки в силі та здатності впливати на збереження та поліпшення здоров'я людини є одним із найважливіших. Метою даного дослідження було вивчення фізичного стану учнів-спортсменів та студентів на регулярних заняттях неспортивної групи. Під нашим спостереженням перебували 68 осіб 14–16 років. Учні поділялися на дві групи. До першої групи (36 осіб) входили учні, які навчалися у спеціальних спортивних класах, друга група (32 особи) включала учнів регулярних занять та формувала групу контролю. Числові дані довели високі функціональні показники фізичного та функціонального стану юних гравців, що значно перевищують дані їхніх однолітків з неспортивного класу. Фізичне виховання – це не лише засіб виховання та вдосконалення фізичної підготовленості учнів, але часто є головним фактором реабілітації та зміцнення здоров'я у створенні та формуванні тіла, джерелом та вдосконаленням загальної розумової працездатності.

Ключові слова: фізична підготовка, учні-спортсмени, функціональні показники, життєва ємність легень (мл), становая сила (кг).

Introduction. Over the past decade, trends of development of the Ukrainian society made the scientists to direct their eyes to the formation of health components, especially in the

younger generation. It should be emphasized that these issues are in the center of attention of different sciences, e.g.: medicine, hygiene, health care, ecology, pedagogy, psychology, sociology, physical education and others [1, 7, 8].

Global science has developed a holistic view of health as a phenomenon that integrates at

least four components, i.e. physical, psychological (mental), social and spiritual. All these components are inseparable from one another; they are closely interconnected and together determine the health status of the person. In order to comfort the learning, to ease the research of methodology of phenomenon of health, scientists differentiate the concept of physical, mental, social and spiritual health. This principle of differentiation was founded in grouping indicators survey based on content of each area [7, 8].

Recently, the limitation of a purely medical approach concerning health was revealed that defines it as the absence of disease. According to modern concepts, health is considered to be not only a medical, but a complex problem, a complex phenomenon of global importance. So, health is defined as the philosophical, social, economic, biological, medical category as the object of consumption, capital contribution, individual and social value, the phenomenon of systemic, dynamic, that constantly interacts with the environment. The condition of health care system makes itself on average only about 10 % of the complex influences. The remaining 90 % is due to the environment (20 %), heredity (20 %), and the most – to the conditions and lifestyle (approximately 50 %) [1, 7, 8].

At present, it is exactly the dominant standpoint according to which health is determined by the interaction of biological and social factors that mediated external influences of body functions' peculiarities and features of their regulatory systems. There is a definition of health as a state of optimal human life [1, 8, 12]. There are many reasons for the deterioration of the nation's health: instability in all spheres, decrease in the standard of living conditions of the population, adverse environmental conditions, and dissolution of cultural and moral values.

Strengthening and preservation of health is a priority for major legislation and legal documents. The essence of the Ukraine's state policy on education of healthy person is recorded in

the Constitution, "Concept of education of children and youth in the national education system", State National Program "Education in Ukraine in XXI century". Successful implementation of these legal documents depends not only on financial and material conditions, but primarily on the formation of culture of health of each person. [2, 3, 5]. The urgency of this problem promotes the basic research of the phenomenon of human health, its components, the search of new ways of positive impact [6]. The lack of physical activity in physical education classes that only 25–30 % of the hygienic standards meet the need for movement, the study highlights various forms and means of physical education. Classes in sections in out-of-school hours (extracurricular) can be considered as an opportunity to get the optimal amount of motor load. So, the positive health effects of swimming on the cardiovascular, respiratory, muscular systems compared with peers set are established [14].

The aim of present investigation is the examination of physical condition of students-athletes and students in regular classes of non-sporting group.

Materials and methods. 68 persons 14–16 years old were under our observation. Students were divided in two groups. Group one (36 persons) consisted of students who studied in special sport classes, group two (32 persons) included students of regular classes and formed the group of control.

Objective of the research. We studied the performance of physical condition of Lviv students who studied in special classes Sports Coach (football) and another group of students in regular classes of non-sporting. Physical development of the students was estimated according to their weight (kg), height (cm), life capacity of lungs (ml), trunks power (kg).

The research results. The following table 1 presents the physical condition of students-athletes.

Table 1

The physical condition of students-athletes

No	Type of readiness	Control indices (Benchmarks)	Indicators of training at age		
			14 years	15 years	16 years
1	Physical development	Weight (kg)	55,9±3,2	55,9±2,8	65,5±2,5
		Height (cm)	165,0±2,3	170,0±3,1	176,0±1,2
		Life capacity of Lungs (ml)	3900-4100	4500-4600	4800-5000
		Trunks power (kg)	100-120	120-140	15-160

In the Table, the numerical data attract attention due to the high functional indices of physical and functional condition of young players that are significantly higher than their peers data from non-sporting class. The restoration of the heart beat rate (HR) to baseline values after the measured loads (20 squats for 30 seconds) in this group of students was on average 1 min – 1 min 30 seconds). The index of general physical fitness in the race at 30 meters was 4,5–4,9 sec. The non-attendance in this group of schoolchildren was equal to 2–4 % and mainly because of colds [15]. In pupils from regular schools the indicators of physical development and functional status was significantly worse. VC Indicators 3500–3800 ml ran a distance of 30 m by $5,5 \pm 0,4$ s. Dynamometry oxygen index was $35 \pm 1,8$ kg. Results of heart rate recovery after the above-mentioned dosed stress were from 2 to 3 minutes.

The high levels of respiratory diseases, eye diseases and gastrointestinal tract were notable in the structure of morbidity in this group. Non-attendance was observed in 22 % of pupils. Therefore, when exercising the above-mentioned data must be considered.

Discussion. In the study of physical health, it was found that most pupils (the 9th grade senior schoolchildren) possess the low and below the average level of physical health [9].

Motor activity as a characteristic functionality of the human body is the criterion that determines compliance with its real value in the hands biological needs [10, 11].

In the study of morbidity with temporary disability of pupils and students, it was found that in a developed program of optimal motor activity the sick-days' disease (the duration of disease) decreased from 645.71 to 505.81 per 100 persons while the health index increased from 32.0 to 48,0 % [11].

The phenomenon of physical training in strength and ability to influence the preservation and improvement of human health is one of the most important, because in one way or another it causes positive changes [14].

The problem of health has been and still remains relevant. Its importance and interest in it have increased and, at present, attract the attention of specialists in different fields. Up till now, the health care system has not developed a concept due to which a person, in large meas-

ure, could be sufficiently guaranteed the right to be healthy. Scientists are in constant search of new pharmacotherapy and technical facilities, but they fail to develop effective methods and means of prophylaxis [1, 12].

Annual prophylactic dental examinations in young patients are important task in the general medical health control system. They help to reveal not only diseases of teeth but also periodontal diseases. It is also an important ethical problem to persuade young persons how important is to control the condition of oral health. In the Department of Therapeutic Dentistry of National Medical University in Lviv we practice preventive annual check-ups of the condition of students' oral health. Each person has to understand the direct influence of bad hygiene of oral cavity and general health. Problems with teeth and the periodontium especially proved to be one of the reasons not only of bad state of health but also of the low level of the persons' self-confidence. Underestimating the importance of explanation to the population the fundamentals of general health care and oral health in particular, medical practitioners would not be successful in prophylactic work.

The number of drug addicts and those people who take other psychotropic drugs increases in the country. This leads to disastrous health of young people, indices of degradation of physical development. Destructive factors are also alcohol and tobacco. The younger the body, the more destructive their performance. According to U. Bakiko 39.2 % of students have bad habits, 49.7 % do not have them, 11.1 % are undecided [9].

The problem of physical education of children and adolescents, its hygienic aspects are of practical and scientific value. Health promotion, improvement of physical fitness of children and teenagers are one of the most acute problems of social policy. Improving the health of schoolchildren in most cases determined by the level of physical qualities, the formation of which usually takes place in physical education classes. In recent years, the school system of physical education has no meaningful positive changes in this direction [13, 15, 16]. Physical education is not only a means of education and improving the physical fitness of students, but often the major factor in rehabilitation and health promotion in making and shaping of the body,

the source and improving overall mental performance. Improved physical education of students – important task of theory and practice of physical education. At present in school practice, unfortunately, there is a significant deviation from the targets of physical education and bringing them to a purely regulatory approach, worsening health of pupils and contradict the idea of forming harmoniously developed personality.

In the foreign media, the use of new technologies and the creation of the basis of the data bank on the physical condition of the child for the planning exercise, developing individual programs for self independent studies are reported [3, 8]. The health of children and adolescents should be considered as a criterion for readiness to perform labor and social functions [6, 12, 13].

The research of several authors [6, 9] indicate that the choice of physical activity and regulation of physical and health classes must meet both physical health and physical fitness of students. Attempts were made to resolve it by many domestic and foreign scientists, experts, managers and individual teachers [9].

Important is the problem of social adaptation of pupils, which is possible only in case of a high level of care that requires the creation of health – reservation of educational technology under conditions of high school. It is necessary to focus on the elements that contribute to the formation of students, the need for health promotion, healthy lifestyles, physical improvements, to promote interest in the use of exercise as one of the main factors of a healthy lifestyle. Equally important is the organization of educational process on physical training taking into account the region of residence – in rural areas where socio-economic and environmental conditions differ from the living conditions in cities [10, 13].

Peculiarities of the organization and the conducting of practical classes on physical culture are defined by government program. Improving the educational software subject "physical culture" is one of the main ways to improve the quality of the lesson of physical culture. In recent years, a lot of research with the account of the hygienic requirements for physical education of students, based on physiological laws of influence of motor activity on the body are ded-

icated to the issue of improvement of software physical education of students. In the process of education the new training programs for students of 1–4 and 5–9 are implemented. Therefore, functions and expertise of the teacher of physical culture must firstly be aimed at maintaining the health of students. Of particular concern is the health of children. In 30–40 % of students the nasopharyngeal disease was revealed; 20–40 % – posture; 50 % – defects of vision (literature). Experts say that the lack of evidence-based system of physical education students is one of the main causes of poor health in students of secondary schools and their level of physical fitness [4, 5]. In view of Vaskovo Y. this is due to the fact that there is neither a holistic concept of the system, nor the ways of its reconstruction.

The emotional sphere is of great importance for health. The scientific and technological revolution, the growth of all kinds of information, global environmental changes increase the demands on psychophysiological potential of man, his health, whose role in the social values of society increases. Our mood, in many cases, depends on the mood of others, their emotional reactions, their attitude towards us. Unfortunately, tactlessness, hooliganism, misbehavior, bureaucracy are still present and have an adversely affect on health. So, any exceed in the limits of specific emotional relationship somehow mysteriously leads to the deviations in the functions of internal organs. Long lasting nervous stress can cause abnormalities in the heart, the gastrointestinal tract or other organs.

The crucial point is that the body has not stopped working, but its usual program of activities is somehow violated and the organism fails to return to its working rhythm. Naturally, it is necessary in such cases, if possible to switch the emotional excitement of the motor zone of the brain. Thus, the movement becomes an obstacle for the development of the cardiovascular, nervous and other diseases [12].

The condition of health of Ukrainians is influenced by the emission of harmful substances. According to the statistical data of the Ukrainian Scientific Hygienic Center, Ministry of Health of Ukraine, 800 thousand tons of solids, 1305 thousand tons of carbon monoxide, 375.000 tons of nitrogen oxide are emitted into the environment. About 20 million people in

Ukraine live in the areas of chemical pollution. Over the past 10 years, the incidence of the morbidity of population in the Lviv region increased from 81,536 to 124,450, and in the Carpathian region from 72,235 to 87535. The medical and demographic situation in Ukraine become worse especially after the Chornobyl disaster [3].

The low health level among the recruits testifies to the poor health of young people in general. Over the past 10 years, the number of healthy recruits dropped by half. Among them there is a lag in physical development, but the most common are respiratory diseases, eye diseases, gastrointestinal and musculoskeletal system. These data entry are from the areas of Transcarpathian region, where the incidence of morbidity rate ranges from 179,26 to 408,25 % [4, 17].

References

1. Apanasenko H.L. Sanolohiia (medychni aspekty valeolohii) : pidruch. dlia likariv-slukhachiv zakl. (f-tiv) pislidyplomnoi osvity / H. L. Apanasenko, L. A. Popova, A. V. Mahlovanyi. – Lviv : PP «Kvart», 2011. – 303 s.
2. Bakiko U. Mistse zhubnykh zvychoh ta rukhovoï aktyvnosti u zhytti suchasnoho studenta / U.Bakiko // Fizychna kultura, sport ta zdorovia natsii. – 2011. – S. 86–90.
3. Datsenko U.U. Hihiiena ta ekolohiia medytsyny. – Lviv, Afisha, 2000. – 247s.
4. Fera O.V., Mykyta Kh.I., Sofiikanych H.I. Analiz pokaznykiv zakhvoriuvanosti pryzovnykiv vikom 18–24 roky peredhirskykh raioniv endemichnoho rehionu Zakarpatskoi oblasti // Naukovi visnyk UzhDU – Uzhhorod. – 2009. – №35. – S. 137–142.
5. Grad Rafal / Physical activity and leisure time amond 13–15 yar-old teenagers living in Biala Podlaska. Physical Education of Students 2013, vol. 2, pp. 74–79 doi: 10. 6084/ m.9. figshare 156385.
6. Kostiuk P.M. Otsinka stanu zdorovia shkolariv Ukrainy ta faktoriv, shcho na noho vplyvaiut / P.M. Kostiuk, E. I. Lapkovskiy. Fizychna kultura, sport ta zdorovia natsii: Zbirnyk naukovykh prats. Vinnytsia – 2011. – S. 202–206.
7. Mahlovanyi A.V. Orhanizm i osobystist. Diahnostyka ta keruvannia / A.V. Mahlovanyi, V. M. Belov, A. V. Kotova. – Lviv : «Medychna hazeta Ukrainy», 1998. – 250 s.
8. Mahlovanyi A. V. Osnovy informatsiinoho polia zdorovia osobystosti / A.V. Mahlovanyi // Visnyk Chernihivskoho natsionalnoho pedahohichnoho un-tu im. T.H. Shevchenka. – 2010. – Vyp. 81. – S. 285–289.
9. Palchuk M.B. Poperednii kontrol pokaznykiv fizychnoho rozvytku shkolariv 9–kh klasiv yak nevidiemna skladova navchalnoho protsesu / M.B. Palchuk. – Fizychna kultura, sport ta zdorovia natsii. – Vinnytsia, 2011. S. 283–287.
10. Panhelova N. Faktory, yaki vplyvaiut na orhanizatsiiu fizychnoho vykhovannia molodshykh shkolariv u miskii ta silskii mistsevosti / N. Panhelova, V. Ruban // Sportyvnyi visnyk Prydnistrovia: naukovo-praktychnyi zhurnal. – 2016. - №1. – S. 211-214.
11. Serheta U.V. Rukhova aktyvnist ta yii rol u pidvyshchenni pratsezdatsnosti ta zberzhenni zdorovia osib pidlitkovoho ta yunatskoho viku / U. V. Serheta, U. L. Dunets // Fizychna kultura, sport ta zdorovia natsii. – Vinnytsia, 2011. – S. 247–352.
12. Skakun V. Zdorovje – eto nahrada za mudrost // V. Skakun. Nauka v olymпыiskom sporte. – 2012. – №1. – S. 98–103.
13. Shyian O. Porivnialnyi analiz pokaznykiv fizychnoho stanu uchniv serednoho

viky, yaki navchaiutsia u silskykh i miskykh zahalnoosvitnikh shkolakh / O. Shyian. Sportyvnyi visnyk Prydniprovia: naukovo-praktychnyi zhurnal. – 2016. – №1. – S. 235–240.

14. Sybil M.H. Vplyv plavannia na fizychnyi rozvytok i somatyчне zdorovia shkoliariv / Sybil M., Bodnar U., Kobryn V. // Fizychna kultura, sport ta zdorovia natsii. – Vinnytsia, 2011. – S. 360–368.

15. Svystun Yu.D. Fizychna pidhotovlenist ta otsinka funktsionalnoho stanu yunykht futbolistiv u zmahalnomu periodi / Yu.D. Svys-

tun, V.M. Trach, I.M Chornobai, Kh.Ie. Shavel // Pedagogika, psykholohiia ta medyko-biolohichni problemy fizychnoho vykhovannia ta sportu. – 2014. – №1. – S. 54–59.

16. Trifonova M. Competency in ICT of students in “pre-school and primary school pedagogy” – educational qualification degree bachelor and educational qualification degree master / Trakia journal of Sciences 2010, vol. 8/3, pp. 316–319.

17. Zaporozhchenko V.H. Obraz zhyzny y vrednye pryvyhky / V.H. Zaporozhchenko. – M. : Medytsyna, 2004. – 32 s.

RODZINA A KULTURA FIZYCZNA. SOCJOLOGICZNE ASPEKTY RODZINY W KONTEKŚCIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

FAMILY AND PHYSICAL CULTURE. SOCIOLOGICAL ASPECTS OF THE FAMILY IN THE CONTEXT OF HEALTH EDUCATION

СІМ'Я ТА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА. СОЦІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СІМ'Ї В КОНТЕКСТІ ОЗДОРОВЧОЇ ОСВІТИ

Zabolotna O.¹, Skalski D.², Formela M.³, Kowalski D.², Nesterchuk N.⁴, Grygus I.⁴

¹*Umański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tyuczyny*

²*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Wydział Wychowania Fizycznego – Zakład Sportów Wodnych*

³*Akademia Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni, Wydział Dowodzenia i Operacji Morskich*

⁴*Narodowy Uniwersytet Gospodarki Wodnej i Wykorzystania Zasobów Naturalnych, Instytut Ochrony Zdrowia*

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383723>

Анотації

Niniejszy artykuł traktuje o roli rodziny we wdrażaniu do szeroko rozumianej kultury fizycznej. Rodzina jako podstawowa jednostka socjologiczna wpływa na kształtowanie postaw wobec własnego ciała, a także zdrowych nawyków. Wzorce zaobserwowane u rodziców już od najmłodszych lat kształtują postawy prozdrowotne. Ważną rolę odgrywa również środowisko oraz wzorce edukacyjne zaczerpnięte w procesie kształcenia i wychowania. Rolę kształcenia fizycznego podczas edukacji pełni przedmiot „Wychowanie Fizyczne”, które uczy, jak dbać o własny organizm oraz zdrowe nawyki. Przykładem są rodzice dzieciom wyrażający się w aktywnym spędzaniu czasu wolnego oraz nauce prozdrowotnych postaw wypełniają wszystkie funkcje rodziny. Rodzice są pierwszymi nauczycielami, którzy kształtują nawyki oraz charakter dziecka, a aktywność fizyczna jest nieodzownym elementem wychowania.

Słowa kluczowe: rodzina, kultura fizyczna, edukacja zdrowotna, sprawność fizyczna.

Wstęp. Rodzina od samego początku swojego istnienia należała do podstawowych instytucji we wszystkich społeczeństwach. Każdy człowiek jako przedstawiciel homo sapiens jest i żyje w rodzinie tak zakorzenionej, że przyjmuje ją jak coś oczywistego. Rodzimy

This article deals with the role of the family in implementing broadly understood physical culture. The family as the basic sociological unit influences shaping attitudes towards one's own body as well as healthy habits. Patterns observed at parents from an early age shape pro-health attitudes. An important role is also played by the environment and educational patterns taken in the process of education and upbringing. The role of physical education during education is the subject of "Physical Education" which teaches how to care for your own body and healthy habits. The example that parents give to children expressing themselves in active leisure and pro-health education fulfill all the functions of the family. Parents are the first teachers who shape the first habits and character, nothing is a better tool than physical activity.

Key words: family, physical culture, health education, physical fitness.

У цій статті йдеться про роль сім'ї у впровадженні загальновищаної фізичної культури. Сім'я як основна соціологічна одиниця впливає на формування ставлення до власного тіла, а також на здорові звички. Шаблони, які спостерігаються у батьків з раннього віку, формують ставлення до здоров'я. Важливу роль відіграють також довкілля та освітні зразки, прийняті в процесі навчання та виховання. Ролі фізичного виховання під час навчання вчить предмет «Фізичне виховання», як дбати про власний організм та здорові звички. Приклад, який батьки дають дітям, що виражають себе в активному дозвіллі та оздоровчій освіті, виконують усі функції сім'ї. Батьки - це перші вчителі, які формують перші звички та характер, ніщо не є кращим інструментом, ніж фізичні навантаження.

Ключові слова: сім'я, фізична культура, оздоровче виховання, фізична підготовка.

сім'ю в родині, приймаємо в родині першу соціалізацію, перше dostosowanie się do życia w społeczeństwie łączymy z rodziną, przeżywamy również pierwszą w rodzinie instytucjonalizację. Użyteczność rodziny jako głównej agendy, instytucji funkcjonującej w społeczeństwie należy do ważnych zagadnień socjologii. Rola rodziny

powinna być rozpatrywana i omawiana pod wieloma aspektami, zarówno pozytywnymi jak i negatywnymi. Próba definicji rodziny w rzeczy samej jest niełatwym zabiegiem racjonalnym. Socjologowie wciąż komplikują sprawę, nawet wtedy, gdy zabierają się do wyjaśnienia, czym jest rodzina. Zazwyczaj po ich wyjaśnieniach sprawa zdecydowanie się zaciemnia. A przecież to takie proste: „każda rodzina w powszechnej opinii, powinna być oparta na związku seksualnym między kobietą, a mężczyzną, jej członkowie powinni wspólnie mieszkać, w rodzinie powinny być też dzieci i musi być ona w miarę trwała, żeby te dzieci bezboleśnie doprowadzić do dorosłości”¹. Wszystkim ludziom wydaje się, że wiedzą, czym jest rodzina i czym ona powinna być oraz z jakich elementów powinna się składać. Rodzina to podstawowa komórka społeczna, a więc fundamentalny, konstytutywny element każdego społeczeństwa, jego główny budulec. To jedna z milionów cegiełek, z których złożone jest każde społeczeństwo. Społeczeństwo składa się z rodzin, tak jak każde ciało składa się z komórek. Jeśli komórki są zdrowe – zdrowe jest też ciało. Jeśli rodzina jest zdrowa – zdrowe jest społeczeństwo”².

Wprowadzenie. Wśród licznych definicji rodzin, występujących w literaturze socjologicznej, J. Szczepański definiuje rodzinę jako małą grupę pierwotną złożoną z osób, które łączy stosunek małżeński i rodzicielski oraz silna więź międzyosobnicza. W tym przypadku chodzi tu o stosunek rodzicielski w szerokim, społeczno-prawnym rozumieniu tego terminu, umacniany z reguły prawem naturalnym, obyczajami i kontekstem kulturowym”³. Stanisław Kawula rodzinę potocznie definiuje jako parę małżeńską posiadającą dzieci”⁴. Psycholog społeczny M. Sherif określa rodzinę „jako grupę, która jest formacją społeczną i składa się z pewnej liczby jednostek pozostających w określonych pozycjach, rolach w stosunku do siebie i która ma własny system

wartości oraz normy regulujące zachowanie jednostek w sprawach ważnych dla grupy, a zatem rodzice i dzieci występują w określonych rolach i zajmują określone pozycje w strukturze wewnętrznej rodziny”⁵. W słowniku społecznym przeczytamy, że rodzina w ujęciu socjologicznym to podstawowa grupa społeczna. Chodzi o rodzinę małą – nuklearną, która obejmuje męża, żonę i dzieci, a która jest swego rodzaju pierwszą formą życia społecznego. Słownik pedagogiczny także ujmuje rodzinę jako małą grupę społeczną, zbudowaną z rodziców i ich dzieci oraz krewnych. O rodzinie poszerzonej mówimy, że składa się z więcej niż dwóch pokoleń, żyjących i zamieszkujących razem. Do takiej rodziny zaliczamy dziadków, ciotki, wujków oraz kuzynostwo. Najczęściej są to rodziny zamieszkujące na wsi, w wiejskich gospodarstwach domowych. Coraz częściej przy obecnie zachodzących zmianach i sytuacji wewnątrz-migracyjnej na wsi spotykamy małe rodziny. Rodzinę rozpatrujemy również jako instytucję wychowawczą. „Jeśli przez instytucje rozumiemy urządzenie „czegoś”, co służy jakiemuś celowi i osiąga go w sposób dla siebie charakterystyczny, to również rodzina może być uznana jako instytucja wychowawcza”⁶. Ta grupa społeczna m.in. wychowuje własne dzieci, w niej również wychowują się dorośli członkowie grupy, czyli rodzice. Najczęściej określa się rodzinę „jako instytucje wychowania naturalnego, obok dziecięcych i młodzieżowych grup rówieśniczych oraz społeczności lokalnej, instytucje te mają wspólnie z instytucjami wychowania bezpośredniego (np. szkołą) i wychowania pośredniego (np. zakładami pracy, środkami masowego przekazu) stanowić skoordynowany system wychowawczy w społeczeństwie”⁷. Instytucja ta jest przyrównywana grupą celowym i instytucją, tworzonych z celowym założeniem, gdyż będą zmierzały do osiągnięcia wyznaczonych przez społeczeństwo celów. W przypadku instytucji wychowawczych będą to np. szkoły, domy dziecka, instytucje wychowania pozaszkolnego itd. Natomiast instytucje wychowania naturalnego spełniają pewne zadania wycho-

¹ T. Szlendak, *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, różnicowanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 94

² Tamże s. 95

³ J. Szczepański, *Elementarne pojęcie socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1970, s. 70

⁴ S. Kuwała, J. Brągiel, A. W. Janke, *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 13

⁵ Tamże

⁶ Tamże s. 53

⁷ Tamże s. 54

wawcze, zdobywają określone skutki wychowawcze w trakcie wykonywania różnych czynności życiowych. Różny charakter ma działalność ludzka w konkretnym środowisku i miejscu. Można uznać, że każdy rodzaj tej działalności może mieć wpływ wychowawczy na dzieci, młodzież, a także dorosłych, aczkolwiek dana działalność ma odmienny cel życiowy niż wychowanie. Zazwyczaj mogą to być czynności uwzględniające cele ekonomiczne, organizacyjne, towarzyskie, obronne, porządkowe itp. Zazwyczaj z tymi procesami i zjawiskami życiowymi łączą się pewne skutki wychowawcze. „Są to jakby „uboczne produkty” wynikające z warunków i sposobów życia społecznego, w których jednostka przebywa i formuje swoją osobowość. Ten rodzaj wychowania nazywa się wychowaniem bezrefleksyjnym, niezamierzonym lub pośrednim”⁸. Oprócz działalności wychowawczej w każdym środowisku społecznym występuje działalność ściśle wychowawcza. O wychowaniu refleksyjnym mówimy wówczas, gdy towarzyszy mu wysiłek myślowy i świadoma działalność osób wychowujących. Organizacje społeczne bądź osoby te dążą umyślnie do uzyskania określonych wcześniej zadań wychowawczych. Wymienione rodzaje wychowania w danym środowisku zawsze występują i uzupełniają się wzajemnie. Fragmenty wychowania refleksyjnego i bezrefleksyjnego pojawiają się w funkcjonowaniu ogółu środowiska społecznego, także działalności rodziny i szkoły. Natomiast skutki wychowania refleksyjnego i bezrefleksyjnego mają prawdziwy współdział w doskonaleniu się osobowości dzieci oraz młodzieży. Mówimy o przewadze wychowania refleksyjnego w jednej instytucji np. w szkole lub wychowania naturalnego, niezamierzonego np. w młodzieżowych grupach rówieśniczych.

System wychowania w rodzinie. W rodzinie przeważa wychowanie naturalne, także wychowanie zamierzone, celowe i planowane. Zagadnienie przedstawia i ocenia Komitet Ekspertów dla Opracowania Raportu o Stanie Oświaty w Polsce z roku 1972, gdzie ustala, że: (za: Kawula, Brągiel, Janke, 2009, s. 55) rodzina jest pierwszą i ostatnią instytucją wychowania i kształcenia jednostki. Jest ona nie

tylko instytucją wychowania naturalnego, lecz spełnia podstawowe funkcje w przedszkolnym i późniejszym rozwoju osobowości człowieka. Przyjmuje się więc zasadę, że trzeba dokonać wyraźnego określenia intencjonalnego zadań rodziny w tym zakresie, że trzeba w ramach systemu oświatowego dać rodzicom niezbędne przygotowanie do wykonania tych zadań. Nierówność poziomu wychowania i kształcenia młodzieży przez rodzinę w okresie przedszkolnym jest ważnym czynnikiem utrwalenia nierówności jej pozycji społecznej, opóźnieniem startu życiowego człowieka, bardzo często nie dającego się już wyrównać przez oddziaływanie szkolnictwa. Wynika stąd zasada, że każda rodzina ma prawo, aby swoim dzieciom dać pewne wyrównane wykształcenie i wychowanie, umożliwiające wszystkim dzieciom równy start w szkole i w życiu. Rodzina przynależy do tych instytucji, które obejmują w sobie bogatą zewnętrzną i wewnętrzną strukturę. Do wszelkich podrodziców rodziny oraz jej modeli odnosi się struktura. O rodzinie myśli się dzisiaj jako o systemie, którego wewnętrznym ujęciem jest struktura. Wskazuje się dwa rodzaje struktury ze względu na pozycję i rolę społeczną w rodzinie; autorytet i władzę. Natomiast biorąc za założenie podziału status społeczny, wyodrębniamy rodzinę: inteligencką, robotniczą, chłopską; występuje drugi podział na miejską i wiejską. W analizie socjologicznej istnieje bardzo wiele podziałów rodziny, a ich rozpoznanie zależy od uznanego kryterium. Najczęściej w socjologii przyjmuje się podziały; kryterium pokrewieństwa, kryterium ze względu na formę małżeństwa, kryterium wyboru małżeństwa, kryterium doboru partnerów w małżeństwie, kryterium autorytetu, pochodzenia, zamieszkania. Charakterystyczną cechą środowiska rodzinnego jest to, że jego funkcje tworzą ograniczoną całość, jednolitą i złożoną, których nie można w życiu codziennym spełniać oddzielnie. Jakikolwiek zaburzenie utrudniające wykonanie którejś z podstawowych funkcji powoduje krótszą bądź dłuższą nieumiejętność rodziny w jej ogólnym funkcjonowaniu. Już Z. Mysłakowski stwierdził, iż rodzina jest grupą społeczną, w której splatają się zjawiska różnej natury, a mianowicie: biologiczne, socjologiczne, ekonomiczne, psychologiczne i pedagogiczne. Jednym słowem, rodzina jest instytucją i grupą

⁸ Tamże

społeczną, pełniącą szereg rozmaitych funkcji”⁹. Rozróżniamy pojęcie funkcji i zadań. (za: Szczepański, 1970, s. 243–252) Są to skutki wywołane przez działanie i zachowanie się członków rodziny, zawierające się w samej rodzinie lub poza nią, bez względu na to, czy były one zamierzone lub pożądate. Przez zadania rozumie się natomiast ogólne czynności, które mają wywołać pożądane skutki, zalecane przez zbiorowości szersze czy też podjęte świadomie przez samą grupę. Najwięcej funkcji podaje M. Ziemska; prokreacyjne, usługowo – opiekuńcze, socjologiczne i psychologiczne. Natomiast według N. Chmielnickiego są to funkcje „rozrodcze, dziedziczenia społecznego, stabilizacji jednostki, prowadzenia gospodarstwa domowego, opiekuńcze, funkcje ekspresji uczuć, zrozumienia i uznania, funkcje rozładowania napięć nerwowych, zaspokojenia potrzeb seksualnych i funkcje wychowawcze”¹⁰. Z. Tyszka wyróżnia 10 funkcji rodziny: materialno-ekonomiczną, opiekuńczo-zabezpieczającą, prokreacyjną, legalizacyjno-kontrolną, socjalizacyjną, klasową, kulturalną, rekreacyjną-seksualną, towarzyską i emocjonalno-ekspresyjną”¹¹.

Tradycyjnie socjologowie wymieniają dziesięć funkcji pełnionych przez rodzinę (za: Szlendak, 2010, s. 116 – 117):

- reprodukcyjną – rodzina podtrzymuje biologiczną ciągłość społeczeństwa, jest bowiem najmniejszą grupą społeczną, która rekrutuje swoich członków przez rozwód i przyczynia się tym samym do podtrzymania trwałości innych, szerszych od niej ludzkich zbiorowości,

- socjalizacyjną – rodzina zapewnia ciągłość kultury, jest pierwszym miejscem, w którym jednostka zapoznaje się z kulturowym dziedzictwem społeczeństwa: językiem, wartościami, normami, obyczajami, standardami moralności,

- opiekuńczą – rodzina zabezpiecza dzieci w związku z ich niesamodzielnością oraz innych swoich członków w przypadkach

niezadania sobie przez nich z przeciwnościami losu lub niemożności zaspokojenia potrzeb,

- emocjonalną – rodzina dostarcza rodzicom oraz ich dzieciom emocjonalnego wsparcia, zaspokaja także potrzebę miłości,

- seksualną – rodzina jest instytucją regulującą stosunki seksualne między ludźmi dorosłymi,

- ekonomiczną – rodzina jest instytucją zapewniającą swoim członkom rozmaite zasoby materialne, a jej członkowie mają wyznaczony odpowiedni zakres działań gospodarczych, związanych z wiekiem i płcią,

- stratyfikacyjną – rodzina wyznacza odpowiedni status społeczny swoim członkom i przyczynia się do utrwalania systemu stratyfikacyjnego w społeczeństwie, odgrywa rolę konserwującą społeczeństwo,

- identyfikacyjną – rodzina określa miejsce jednostki w społeczeństwie, stanowi dla niej punkt życiowego startu, a zatem również decyduje o jej statusie przypisanym, o możliwościach jednostki i podstawowych barierach, jakie przypuszczalnie, z uwagi na fakt urodzenia w tej, a nie innej rodzinie, napotyka na życiowej drodze, jednostka jest identyfikowana z własną rodziną pochodzenia przez innych, czasem jednak od tej identyfikacji pragnie uciec,

- integracyjno-kontrolną – rodzina kontroluje działania jej członków poprzez organizację ich życia w myśl ustalonych w ramach danego społeczeństwa, a egzekwowanych przez domowników reguł postępowania oraz dyscyplinuje ich za sprawą cyklicznych świąt rodzinnych i ustalonego rytmu dnia,

- rekreacyjno-towarzyską – rodzina jest instytucją, która zagospodarowuje swoim członkom czas wolny, organizuje rozrywkę i wypoczynek, a także wprowadza dzieci w świat powiązań towarzyskich, poprzez organizację, dawanie przestrzeni, finansowanie i kontrolę kontaktów z innymi ludźmi.

Ważnym elementem tej ostatniej funkcji jest aktywność i wychowanie fizyczne. Rodzice muszą wiedzieć, że poprzez kulturę fizyczną zaspokajają bardzo ważne potrzeby dziecka, co wpływa mocno na jego rozwój. Do zachowania ciągłości biologicznej przyczynia się przede wszystkim małżeństwo monogamiczne, które

⁹ S. Kuwała, J. Brągiel, A. W. Janke, *Pedagogika rodziny...*, s. 58

¹⁰ Tamże

¹¹ Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1974, s. 61

stanowi podstawę rodziny. Z chwilą narodzenia dziecka nie kończą się rolę małżonków, należy zapewnić dziecku prawidłowe warunki rozwoju fizycznego, opiekować się nim, dostarczać odpowiednie pożywienie, zapewnić warunki do spania oraz wypoczynku, zapewnić bezpieczeństwo, są to główne obowiązki obojga rodziców. Rodzina jest także instytucją wychowująca dzieci, w której wychowują się również nawzajem pozostali uczestnicy rodziny. Największe znaczenie ma wychowanie jako wprowadzanie młodych pokoleń do życia we wspólnocie. Rodzice dla własnego dziecka są niepowtarzalni i jedyjni, są niezbędni do życia i rozwoju. Bez więzi emocjonalnych rozwój dziecka nie przebiega poprawnie i napotyka się na znaczne zahamowania. Badano rozwój dzieci na różne sposoby, nawet w niektórych przypadkach odłączono je od matki. W wyniku tych badań okazało się, że w niedługim czasie po zabraniu spod opieki matek następuje u dzieci zaburzenie w rozwoju. „Dzieci urodzone w więzieniu są zazwyczaj odłączone od matki po półrocznym okresie wychowania. W okresie tym, dopóki są razem z matką, rozwijają się normalnie, natomiast po oddzieleniu od matki następują u nich zaburzenia, z reguły o charakterze nerwicowym, które niekiedy prowadzą do śmierci”¹². Najczęściej obserwuje się u nich wielogodzinny nieprzerwany płacz, aż do zupełnego fizycznego wyczerpania. Najczęściej wtedy zasypiają, po obudzeniu zaczynają na nowo płakać, co prowadzi do wyczerpania organizmu. Ważnym czynnikiem jest zatem więź emocjonalna. Zapewnić ją mogą tylko rodzice, nie można jej niczym zniszczyć ani niczym zastąpić.

U dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej oraz umieszczonych w różnego rodzaju instytucjach opieki zastępczej obserwujemy to najbardziej. Występuje zjawisko tzw. choroby sieroczej. „Polega ona na ogólnej depresji i obniżeniu tonusu życiowego, co sprawia, że dziecko popada w apatię i nabiera ogólnego poczucia opuszczenia. Z reguły pojawia się niewiara w siebie oraz obniżenie aspiracji i aktywności życiowej”¹³. Funkcjonowanie rodziny ma zatem zróżnicowane właściwości. Każdy rodzaj działalności rodziny oraz spełnione przez nią funkcje mogą mieć również

wpływ wychowawczy na jej członków, aczkolwiek czasami dana czynność miała inny cel niż wychowanie. Ze zrealizowaniem wszystkich funkcji rodziny związane są przeważnie pewne skutki wychowawcze, a niekiedy jedna z nich może sprecyzować całość wpływów wychowawczych rodziny. O efektach wychowania w rodzinie decyduje jakość i poziom wypełniania przez rodzinę wszystkich funkcji. Zburzenie nawet jednej funkcji powoduje słabszą sprawność wychowawczą rodziny. Wiek XXI to czas rozwoju życia społecznego, ale także wiek, który przyniósł ze sobą dużo zmian nie tylko społecznych, politycznych, ekonomicznych i gospodarczych, ale także kulturowych. Mają one charakter zarówno pozytywny jak i negatywny. Wynikają najbardziej ze zjawiska globalizacji. Procesy globalizacji są nieuniknione, ponieważ rozpowszechniła się technologia informacyjna, migracja oraz media, które powodują przenikanie treści kulturowych. Zjawiska te mają wpływ na przemiany teraźniejszej rodziny, polska rodzina przenika zjawiskami ukazującymi się w kulturach zachodnich nie zawsze wpływającymi prawidłowo rozwój dziecka. Niezależnie od dziedzictwa kulturowego, które przepełnia współczesną rodzinę na poziomie globalnym, powinno się zwrócić uwagę na zjawiska, które rzutują negatywnie na kondycję i rozwój rodziny. Najczęściej do tych zjawisk zaliczamy rozwód, bezrobocie, małodzieństwo oraz patologie. „Wraz z odrodzeniem się w filozofii nowożytnej przekonania, iż człowiek i świat nie jest tworem Boga, zależnym w sensie genetycznym i egzystencjalnym od celowych zabiegów opaczności, powstał sprzyjający klimat do podejmowania złożonej problematyki antropologicznej zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i ideologiczno – praktycznym”¹⁴. Człowiek stanowiąc część przyrody, nie poddaje się jej odwiecznym prawom, kształtuje swoją egzystencję, wikłając się tym samym w nieruchomą antynomię natury i kultury, antynomię, która od początku miała określić najistotniejszy sens jego życia”¹⁵. Bogdan

¹⁴ Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974, s. 149

¹⁵ Tamże

¹³ Tamże

Suchodolski pisał, że „człowiek z tego punktu widzenia był stworzeniem, które w niewytłumaczalny sposób musiało żyć inaczej, niż to przewidywała i wyznaczała przyroda: i za tę samodzielność musiało płacić wysoką cenę – ponosić klęski. Kultura była wielkim ludzkim triumfem, za który mściła się zdradzona natura”¹⁶. Kultura fizyczna podniesiona przez filozofię nowożytną i współczesną antynomię kultury i natury w świadomy sposób została przyjęta przez polskich teoretyków wychowania fizycznego i sportu. „Stało się to za sprawą Jędrzeja Śniadeckiego, który w nawiązaniu do poglądów Jana Jakuba Rousseau uprzytomnił sobie i innym istotne znaczenie tej problematyki w kontekście rozwiązań o fizycznym wychowaniu dzieci”¹⁷. Stosunek wychowania do „natury” przez wychowanie Śniadecki pisze, że „wychowanie jest więc procesem świadomego i celowego działania, mającego, nie tyle zapewnić dzieciom osiągnięcie doskonałości, ile zbliżenie się do niej”¹⁸. Z jednej strony doskonały ma być człowiek „sam w sobie”, ze względu na swoje osobiste zalety fizyczne i moralne, natomiast z drugiej strony „dla społeczności, w której się rodzi, ze względu na swoją użyteczność społeczną”¹⁹. Najbardziej ceni Śniadecki drugi wzgląd, ponieważ pozwala uważać się za najdoskonalszego człowieka tego, z którego ludność najwięcej korzysta. Społeczeństwo dzięki niemu zajmuje się wychowaniem dzieci, im lepiej to robi, tym do większego sięga rozwoju, po przez co udoskonalonym staje się narodem. „Życie współczesnych społeczeństw cywilizowanych tak przekształca i deformuje ludzi, że stają się oni istotami sztucznymi i wyrodnymi”²⁰. Dzieci puszczone wolno znoszą cierpliwie wszystkie niewygody; znoszą głód, pragnienie, gdy nie widzą ani jednego sposobu ich zaspokojenia. Im dzieci są wychowywane twardziej i w większych niewygodach, tym bardziej takie wychowanie jest lepsze. Śniadecki jest wrogiem nienaturalnego sposobu chowania,

karmienia, ubierania dzieci. Śniadecki przypisuje duże znaczenie zadatkom naturalnym u człowieka. Są to wrodzone zdolności, które ujawniają się w toku rozwoju oraz dojrzewania człowieka. Rousseau głosił hasło wychowania negatywnego, którego najistotniejszą zasadą jest „umieć nic nie robić z wychowaniem, czyli zostawić wrodzone zadatki własnemu rozwojowi, o tyle Śniadecki uznaje kierowniczą rolę i odpowiedzialność wychowawcy od pierwszych lat życia dziecka”²¹. Dziecko dziedziczy nie tylko zadatki o charakterze anatomiczno – fizjologicznym; układ nerwowy, poszczególne układy i narządy, analizatory, a także właściwości psychiczne. Doświadczenie codzienne i historia uczy nas, że przymioty rozumu i serca tak są niewątpliwie dziedziczne, jak przymioty i wady ograniczone ciała. Bo widzimy częstokroć najgorszych ludzi spomiędzy tych, którzy najlepszą otrzymali edukację i niekiedy najpiękniejsze przymioty w owych, którzy najgorsze mieli przed oczyma przykłady, bo na koniec wszystkie morały pisane i opowiadane od tyłu wieków – tak samo naprawiły ludzi, iż społeczność rozwiązać by się niewątpliwie musiała, gdyby na kilka dni samym sobie bez rządu, praw i kar surowych zostawieni byli”²². Do chorób często dziedzicznych zalicza wady charakteru np. chciwość, rozrzutność, srogość oraz okrucieństwo. Współczesna filozofia i psychologia, która ma swój pogląd o dziedziczeniu zadatków anatomiczno – fizjologicznych nie podziela poglądu dziedziczenia cech psychicznych. Cechy te rozwijają się u dzieci pod wpływem wychowania i środowiska w jakim przebywają. Śniadecki uważa, że zadatki można zmienić i kształtować z korzyścią dla wychowanka. „Filozof genewski – pisze – wybrał sobie Emila dobrze wykształconego i mocnego, jak gdyby dzieci słabe, delikatne lub kalekie niewarte były wychowania i starania ludzkiego. My nie możemy pójść za jego zdaniem”²². Natomiast Śniadecki przekonuje o konieczności zajęcia się losem takich dzieci. Pozostaje pod charyzmą Rousseau, w swoich przekonaniach na wychowanie i naturę oraz ich wzajemny

¹⁶B. Suchodolski, *Rozwój nowożytnej filozofii człowieka*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967, s. 819

¹⁷J. Śniadecki, *O fizycznym wychowaniu dzieci*, wyd. Ossolineum, Wrocław 1956, s. 19

¹⁸J. Śniadecki, *O fizycznym wychowaniu dzieci...*, s. 19

¹⁹Tamże

²⁰Tamże

²¹ Tamże s. 21

²² *Dzieła Jędrzeja Śniadeckiego*, T. II, lińskiego, Warszawa 1840, s. 83

²² J. Śniadecki, *O fizycznym wychowaniu dzieci...*, s. 22

stosunek jest bliższy prawdy niż autor Emila. Śniadecki mówiąc o wychowaniu fizycznym zazwyczaj zestawia je z wychowaniem moralnym. Wychowanie umysłowe pozostawia jakby w cieniu wychowania moralnego. „Wychowanek bowiem, kształcąc się i rosnąc między ludźmi kształci się jednocześnie i fizycznie, i moralnie”²⁴. Zwracając uwagę na kształcenie umysłu zaniedbywano ciało i zdrowie wychowanków. Śniadecki chce uczynić wychowanie fizyczne fundamentem całego procesu wychowawczego. Z całym przekonaniem twierdzi, że „odkąd dziecko zaczyna chodzić aż do skończenia roku siódmego, całe wychowanie powinno być fizyczne i tylko fizyczne”²⁴. Uważa, że wczesne zapędzanie do nauki jest niepotrzebne, ponieważ dziecko w tym czasie ma słabe władze umysłowe, a przy tym siedzenie i brak ruchu wpływają na uszkodzenie zdrowia. Nie zakłada jednak, że dzieci do lat siedmiu nie uczą się niczego. Mają się uczyć w toku beztrudnej zabawy. Wychowanie umysłowe według Śniadeckiego należy rozpocząć w ósmym roku życia, nie zaniedbując wychowania fizycznego.

Wychowanie Fizyczne jako cel. Celem wychowania fizycznego „jest doprowadzenie człowieka do tego, aby wszystkie części były foremne i mocne, wszystkie zmysły doskonałe, wszystkie władze cielesne zupełne”²⁶. Wychowanie to ma zabezpieczyć zdrowie, dlatego powinno nazywać się wychowaniem lekarskim. Wychowanie to należy się każdemu, bo od niego zależy szczęście człowieka. „Dewiza Śniadeckiego, że całe szczęście jest w mocnym zdrowiu, każe mu pamiętać nie tylko o wychowaniu fizycznym zdrowych i silnych, lecz także słabych, chorowitych i upośledzonych fizycznie”²⁷. Ćwiczenia fizyczne to przede wszystkim ruch na powietrzu. Dzieci początkowo rozwijają się fizycznie poprzez ciągłą aktywność, zabawy i pracę. Dobra gimnastyka zdaniem Śniadeckiego, obejmować powinna różnego rodzaju ćwiczenia cielesne, jak mocowanie się, tańce, skakanie, przeskakiwanie rowów, wspinanie się po drzewie, pływanie, jeżdżenie konno, aby wszystkie mięśnie umocnić i

rozwinąć. Mówi, aby przyzwyczajając dzieci do poruszania się nocą, chodzić z nimi na spacer do lasu oraz zaleca hartowanie ciała. Wychowanie moralne kształci umysł i serce, organizuje się przede wszystkim w interesie społeczeństwa. „Każde wychowanie moralne powinno mieć fundament i podstawę – fizycznego, któż nie przyzna, iż znakomite i wszelkie przymioty serca lub władze umysłu dosyć są rzadkie”²⁸. Ćwiczenia fizyczne mają dodać odwagi, prostoty czy skromności. Dzieci są obserwatorami i chętnie naśladują wszystko co zobaczą, dlatego powinniśmy najlepszym być dla nich wzorem. Troszczyć się o dobry przykład i usuwać wszystko co jest niewłaściwe na ich drodze. Śniadecki uznaje rolę wychowawczą kary, radzi stosować kary umiarkowanie i ostrożnie. „Szkodliwe jest również przyspieszenie naturalnego tempa rozwoju dziecka. Zdaniem Śniadeckiego im władze cielesne i umysłowe rozwijają się wolniej, ale mocno i porządnie, tym lepiej o zdrowiu i talentach można rokować na przyszłość. I w tym względzie trzyma się więc Śniadecki swojej stałej zasady: opierania norm pedagogicznych na wzorach natury”²⁹. Na całość oddziaływań wychowawczych „składają się zadania wynikające z wychowania społeczno-moralnego, zdrowotnego, umysłowego, estetycznego i sportowego”³⁰. Wychowanie w ruchu sportowym należy ciągle do spraw aktualnych, ponieważ sport jest wciąż poddawany ocenie społeczeństwa. „Prawie żadna dziedzina społecznej działalności nie jest poddana tak wszechstronnej ocenie społecznej”³¹. Wychowanie przez sport oznacza „wychowanie przez pracę; towarzyszy temu atmosfera wielkiej młodzieńczej przygody życia, atmosfera radości, satysfakcji i sukcesu, którego podstawą jest właśnie praca”³². Kultura fizyczna obejmuje wszystkie wartości, które związane są z fizyczną postacią i fizycznym funkcjonowaniem człowieka, „zarówno w jego własnym subiektywnym odczuciu, jak też w obrazie społecznie zobiektywizowanym. Wartości te – najogólniej

²⁴ Tamże s. 23

²⁴ Tamże

²⁶ Tamże s.25

²⁷ Tamże

²⁸ Tamże s.27

²⁹ Tamże s. 30

³⁰ Z. Chromiński, *Metodyka sportu dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1976, s. 16

³¹ Tamże s. 17

³² Tamże

mówiąc odnoszą się do zdrowia, budowy i postawy ciała, odporności, wydolności, sprawności, urody”³². Wychowanie fizyczne powinno wprowadzać w świat tak pojętej kultury fizycznej, powinno dostosowywać do poszczególnych etapów rozwoju płci, środowiska, przyszłego zawodu. „Proces wychowania fizycznego zaspokaja wszystkie potrzeby aktualne dzieci i młodzieży w tej dziedzinie życia, a równocześnie przygotowuje do przyszłości, uczy (praktycznie i teoretycznie) jak żyć zgodnie z normami higieny (somatycznej, a pośrednio i psychicznej)”³³.

Przez kulturę fizyczną należy „rozumieć całokształt dorobku społecznego w dziedzinie pielęgnacji ciała to jest całokształt systematycznie stosowanych środków natury sprawnościowej, wychowawczej, higienicznej i rozrywkowej, wpływających na rozwój fizyczny ludzi, rozwój ich aparatu ruchowego oraz przystosowanie tegoż aparatu do wszechstronnych potrzeb osobowości ludzkiej w danych warunkach rozwoju życia społecznego”³⁴.

Każdy dom ma swoje własne wychowanie. Uczni stwierdzają, że „rodzice najczęściej mają takie wychowanie za najlepsze, jakie odebrali sami”³⁵. Prawda jest jedna „natura jak na wszystko, tak i na wychowanie musi mieć prawa pewne i niezmiennie. Szukać więc tych praw w rozumie i doświadczeniu należy, inaczej nigdy się pożądana umiejętność nie tylko nie wydoskonali, ale i nie pocznie”³⁶.

Wychowaniem nazywamy wszelkie starania zmierzające do wykształcenia dziecka na doskonałego człowieka. Doskonałość nie jest rzeczą ludzką jest to meta, do której dążymy, ale do której nikt nie dochodzi. Rodzice najczęściej kształcą dla zdrowia. Człowiek „uważany sam w sobie i sam dla siebie, jest doskonały, skoro jest kształtny, mocny, zdrowy i w tym względzie całe wychowanie nazywa się fizycznym”³⁷.

Człowieka kształcić należy tak, aby jego ciało było mocne i foremne, zmysły doskonałe,

władze cielesne zupełne, ale wychowywać go nie tylko fizycznie. Należy kształcić umysł i serce bez względu na przymioty ciała, czyli wychowywać go moralnie.

Każdy człowiek „może być doskonałym sam w sobie i swoim sposobem i może być doskonałym dla siebie lub dla społeczności, w której się rodzi”³⁸. Każda społeczność powinna hodować i układać ludzi według swoich potrzeb i celów, do jakich dąży, a zatem powinna wychowanie młodzieży opisywać prawami. Nowonarodzony człowiek nie posiada jeszcze żadnej władzy umysłowej, ale ma jej zadatki. Władze cielesne są bardzo ograniczone i słabe, używa zmysłów, ruchu i uczuć, odbiera wrażenia zewnętrzne, spożywa pokarm, tym samym wykonuje wiele spraw fizycznych, na które należy zwrócić uwagę. „Człowiek kształcąc się i rosnąc pomiędzy ludźmi kształci się nieuchronnie fizycznie i moralnie zarazem”³⁹.

Wychowywać dziecko to jak najlepiej wykształcić jego ciało, rozwinąć, wydobyć, usprawnić i udoskonalić jego władze cielesne oraz siły, a także utwierdzić i zabezpieczyć zdrowie. Takie wychowanie powinno, także nazywać się wychowaniem lekarskim (za: Śniadecki, 1956, s. 9).

Hodować więc dziecię we względzie fizycznym albo lekarskim jest to je tak pielęgnować i tak prowadzić, ażeby nie tylko życie i zdrowie od wszelkiego ochronić szwanku, ale nadto to ostanie tak zabezpieczyć i utwierdzić, aby przez to dobry byt i szczęście człowieka na całe życie zapewnić.

Sławny genewski filozof powiedział, „że ten jest wychowany najlepiej, kto najlepiej umie znosić losy pomyślne i przeciwne, a tego ten tylko, zdaniem moim, dokazać potrafi, kto ma mocne zdrowie”⁴⁰. Niektórzy wychowują człowieka tylko moralnie, natomiast inni, którzy kształcą fizycznie, mają staranie o jego siły i zdrowie, zakładając najtrwalsze szczęście.

Rodzice kochają swoje dzieci nade wszystko i zawsze dbają o ich dobro. Takim rodzicom nie trzeba przypominać, że dobre wychowanie jest najdroższym i najpierwszym dziedzictwem, jakim mogą obdarzyć swoje dzieci.

³² Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej...* s. 215

³³ Tamże s. 216

³⁴ Tamże s. 221

³⁵ J. Śniadecki, *O fizycznym wychowaniu dzieci...*, s. 6

³⁶ Tamże

³⁷ Tamże

³⁸ Tamże s. 8

³⁹ Tamże s. 9

⁴⁰ Tamże s. 10

Wychowanie fizyczne, dla szczęścia człowieka powinno być takie, aby każdy człowiek mógł z niego korzystać. „Takim też jest w samej istocie, co dowodzi, że takiego tylko wychowania wymaga po nas natura. Wychowanie przeto moralne, narodowe lub naukowe jest dziełem ludzkim, jest interesem społeczeństw albo rodziny”⁴¹. Wychowanie fizyczne jest na tyle specyficzne, że trudno góry podać gotowe rozwiązania.

Fizyczne wychowanie dzieci powinno się zacząć wraz z ich narodzeniem, a nawet już od poczęcia. Największa część naszego zdrowia, siły i ukształtowania pochodzi od matek i opiekunek, już w samej kołysce odbywa się bardzo ważna część wychowania fizycznego. W tym wieku dostrzeżone wady i łatwe uleganie chorobom lub kalectwa dają się jeszcze w niewielkiej części poprawić bądź zmniejszyć.

Powinniśmy więc mieć wzgląd na rodziców, ich budowę ciała, zdrowie lub choroby, na towarzyskie związki, po to, aby przewidzieć i poznać zagrożenia jakie może spotkać dziecko. Wcześniej rozpoczęte ćwiczenia fizyczne mogą stać się powodem obniżenia wieku biologicznego, czy zmniejszyć zagrożenie różnymi chorobami.

Najlepszym sposobem jest propagowanie szeroko rozumianej rekreacji w rodzinie. Rekreacja to forma aktywności wykonywana w wolnym czasie dla wypoczynku, która ma na celu regenerację sił fizycznych, psychicznych oraz łagodzi zmęczenie. „Rekreacja fizyczna posiada więc wszystkie atrybuty zjawiska określonego mianem rekreacji lub wczasów. Jest bowiem odpoczynkiem po pracy i rozrywką, jest środkiem doskonalenia siebie w znaczeniu psychicznym i fizycznym, zaspokajającym i rozwijającym potrzebę wspólnoty, wreszcie działaniem przynoszącym przeżycia o dużym ładunku emocjonalnym, estetycznym i umysłowym oraz moralnym”⁴².

Rekreacja jest w rodzinie sposobem na nowoczesną formę spędzania wolnego czasu. W rodzinie występują różne zapotrzebowania ruchowe. Najczęściej dzieci wyprzedzają swoich rodziców w potrzebach ruchowych, ale bywa też odwrotnie. W rodzinie wyzwala się

różne aspiracje do spędzania czasu wolnego poprzez różnice w wychowaniu, wykształceniu oraz stanie zdrowia.

W każdej rodzinie istnieją wspólne potrzeby; potrzeba wspólnego przebywania, integracji, współżycia, przeżywania, partnerstwa. W wychowaniu do rekreacji we wczesnym dzieciństwie podstawową rolę odgrywa rodzina – matka, ojciec, rodzeństwo oraz dziadkowie.

Rodzina jest pierwszym środowiskiem socjalizacji i wychowania, która wprowadza małe dziecko w świat zabawy ruchowej, naucza prostych umiejętności sportowych po przez zabawę i różne gry ruchowe, jest także pierwszym środowiskiem wychowania zdrowotnego i ekologicznego poprzez rekreację fizyczną i turystykę.

Czas wolny jako czas aktywności. W wolnym czasie, który stanowi formę życia rodzinnego, najszczególniejszym środkiem rekreacji jest zabawa.

Gry oraz zabawy są nie tylko niezbędne do prawidłowego rozwoju dziecka, ale stanowią wypełnienie wolnego czasu w dni powszednie oraz wolne od szkoły.

Najczęściej podczas weekendów i wakacji uprawia się sport, wtedy zorganizowanie wspólnego czasu jest najprostsze. W czasie wykonywania ćwiczeń fizycznych człowiek odczuwa radość i zadowolenie z samego bezpośredniego udziału w grze, pływaniu, wycieczce, ćwiczeniach gimnastycznych, a nie ze względu na zdobycie rekordu czy odznaki sportowej.

W rodzinie ważne jest, aby sport działał na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Dzieci mają wpływać aktywizująco na rodziców, a rodzice mają dawać wzór do naśladowania dzieciom. W domu powinna panować przyjazna atmosfera dla rozwijania kultury fizycznej dziecka. Wiele dzieci ma problemy zdrowotne ze względu na brak ruchu.

Dziecko, które nie wykonuje żadnych ćwiczeń, nie hartuje się, nie uprawia żadnego sportu nie rozwija się prawidłowo. Należy dziecku odpowiednio dawkować wysiłek fizyczny, który będzie najlepszym sposobem na przeciwdziałanie np. stresowi. Ważne jest, aby rodzice swoim postępowaniem i przykładem pokazywali wzory życia. W ten sposób przygotowują dzieci do zdrowego życia.

⁴¹ Tamże s. 12

⁴² Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej...* s. 227

Jeśli rodzice sami systematycznie uprawiają jakiś sport lub aktywnie wypoczywają to zaszczepią w dzieciach wzorce higienicznego trybu życia. Zachowania zdrowotne kształtują się w okresie rozwoju dziecka. W dzieciństwie rodzice powinni zachęcić dziecko do uprawiania ruchu.

Należy zaszczepić im miłość do jazdy rowerem, biegania, jazdy na łyżwach, nartach, pływania itd. Wiek przedszkolny charakteryzuje się dynamicznym rozwojem sprawności ruchowej. Niestety styl życia preferowany przez rodziców to przebywanie w zamkniętych pomieszczeniach bez względu na porę roku.

Takie przebywanie w pomieszczeniach oddziałuje źle na organizm. Niska wilgotność, kurz, sztuczne oświetlenie, brak słońca, hałas itd. Należałoby względem rodziców wyrównywać to ruchem w naturalnym środowisku; czyste powietrze, słońce, roślinność, zdrowa żywność są także najważniejszym czynnikiem dla zdrowia i życia.

Rodzice powinni organizować różne zajęcia rekreacyjne dla odpoczynku fizycznego, psychicznego, rozrywki, regeneracji sił, utrzymania sprawności i wydolności fizycznej. Człowiek aktywny fizycznie znacznie mniej męczy się fizycznie, co wpływa na jego koncentrację w czasie pracy i nauki.

Ruch jest najważniejszym czynnikiem utrzymania zdrowia. Nie bez znaczenia jest możliwość korygowania wszelkich braków i wad postawy występujących u dzieci. Coraz więcej dzieci jest ociążałych, skrzywionych oraz zgarbionych.

Poprzez odpowiednio dobrane i wspólnie zorganizowane zajęcia ruchowe, poprzez które mogą poprawić postawę swoich dzieci, wzmocnić ich mięśnie, które są odpowiedzialne za sylwetkę ciała, a także pobudzić u dziecka przemianę materii.

Matki coraz bardziej zaangażowane są zawodowo w związku z tym wzrasta udział pokolenia dziadków nie tylko w opiece nad wnuczętami, ale także w wprowadzeniu ich w świat zdrowego stylu życia.

Wspólne wycieczki, spacer, przebywanie w ogródkach, zabawy i gry na świeżym powietrzu sprawiają okazję do naruszania tematów ekologicznych, troski o nasze środowisko, a także własne zdrowie. W rodzinie rekreacja fizyczna wprowadza wiele wartości, nie tylko

sprowadzających do przyjemnego, zdrowego spędzania czasu wolnego, ale powoduje szersze konsekwencje, oddziałujące w dalszej perspektywie czasowej; rozbudza zamiłowanie do sportu, przyzwyczajają do aktywnego stylu życia, stanowi dla dzieci wzór odniesienia, wzmacnia rodzinne więzi.

Poprzez wspólne zajęcia wzmacnia się pomoc oraz zachęta do pogłębienia umiejętności sportowych. W okresie dzieciństwa nabywanie nawyków zabaw ruchowych pozostawia trwałe ślady w późniejszym wieku.

Młodzież w wieku dojrzewania chętnie spędza czas z rówieśnikami, ale rodzina stanowi nadal dla niej punkt odniesienia w kwestii systemu wartości i kultury czasu wolnego. Wdrażanie nawyków higienicznych, racjonalny wypoczynek w nauce oraz pracy, zabiegi na rzecz troski o własne ciało mają swoje korzenie w rodzinie.

Wspólne zajęcia ruchowe dzieci i rodziców pozwalają na poznanie swojego ciała, umiejętności, poprawiają stan naszego zdrowia, wpływają na rozwój fizyczny dzieci oraz podnoszą poziom sprawności fizycznej rodziców.

Zajęcia ruchowe w rodzinie wprowadzają wiele wartości wychowawczych oraz wpływają na poprawę kontaktów z innymi ludźmi. Właściwy dobór treści oraz odpowiednia kontrola wpływają na kształtowanie osobowości dziecka podczas wspólnej zabawy.

Rodzice mają możliwość rozwijania i wzmacniania cech społecznych tj. odpowiedzialność, współdziałanie w grupie, wytrwałość, ambicja, samodzielność, pomoc słabszym. W trakcie zajęć ruchowych z rodzicami dziecko dowiaduje się, po co i dlaczego powinno się ćwiczyć, jakie będzie miało korzyści dla swojego organizmu oraz uczy się jak wykonywać określone ruchy. W taki sposób rodzice mają okazję od najmłodszych lat przyzwyczaić dziecko do aktywności ruchowej.

Kontakt z dzieckiem podczas różnych zajęć sportowych pozwala rodzicom coraz lepiej poznawać własne dziecko, jego oczekiwania i potrzeby.

Rodzice w ten sposób mogą aktywizować swoje zachowanie i dostosowywać swoje postawy rodzicielskie. Radosny nastrój poprzez wspólną zabawę znosi bariery i uwalnia odwagę

u dzieci, aczkolwiek wnikliwa obserwacja ze strony matki i ojca umożliwia im spojrzenie na swoje dzieci w inny sposób. Dzięki temu rodzice zaczynają traktować swoje dzieci podmiotowo, a nie przedmiotowo.

Zakończenie. W edukację i promocję zdrowia powinni być zaangażowani nie tylko lekarze, ale także rodzice i nauczyciele.

„Promowanie i kształtowanie postaw prozdrowotnych powinno odbywać się na wszystkich etapach rozwoju człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem okresu wczesnej edukacji (wiek przedszkolny 3–5 lat i młodszy wiek szkolny 7–12 lat), gdyż są to etapy w rozwoju dziecka najbardziej sprzyjające rozwojowi osobowości, wzorów zachowań i nawyków ruchowych”⁴³.

To właśnie rodzina jest podstawowym miejscem, w którym kształci się cała osobowość człowieka, jego kultura, charakter, wzory zachowań oraz sposób spostrzegania świata.

Rodzice są pierwszymi nauczycielami, na których spoczywa obowiązek wychowania i przygotowania dziecka do życia w społeczeństwie, zapewnienia warunków do prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego oraz troski o jego zdrowie.

„Trafność i efektywność wychowania zdrowotnego w rodzinie zależy od: poziomu wykształcenia rodziców i ich świadomości w dziedzinie celów jakie przyświecają omawianej edukacji. Statusu społeczno – ekonomicznego rodziny i jej liczebności, wieku zarówno rodziców jak i członków rodziny, a także kondycji zdrowotnej i psychicznej rodziny oraz ewentualnie występujących nałogów wśród rodziców”⁴⁴.

Rodzice powinni być świadomi, że działanie przykładem osobistym jest metodą, która w dużym stopniu wpływa na zachowanie zdrowotne dziecka w późniejszym wieku, ponieważ obraz rodzica jest naśladowany od momentu narodzin dziecka. Jeżeli rodzic będzie przywiązywał wagę do prowadzenia aktywnego i higienicznego stylu życia, dziecko będzie kierowało się w późniejszym życiu podobnymi zachowaniami.

Rodzice od najmłodszych lat powinni rozwijać postawy zdrowotne i żyć w sposób, aby zyskać zaufanie dziecka i stać się ich autorytetem. „Najlepsze efekty wychowawcze, przyniesie wspólne poznawanie świata „oczami dziecka” i współuczestnictwo w zabawach, wykorzystując je jako środek do wczesnego rozwijania sprawności fizycznej i rozwoju biologicznego.

Wspólne wykonywanie codziennych czynności typu: zmywanie naczyń, mycie rąk i zębów, choćby nawet nieudolne, pozostawi ślad będący podłożem do przestrzegania zasad higieny w późniejszych latach rozwoju”⁴⁵.

W trosce o zdrowie ważną rolę odgrywa prawidłowy sposób odżywiania. Jeśli jedzenie nie jest bogate we wszystkie potrzebne organizmowi składniki to pojawiają się choroby cywilizacyjne, szczególnie choroby „układu krążenia, cukrzycy, niektórych nowotworów, otyłości bądź anoreksji”⁴⁶.

Wielu rodziców zrzuca odpowiedzialność za przygotowanie dzieci w kulturze fizycznej na nauczycieli wychowania fizycznego. Nie zdając sobie sprawy, że to właśnie rodzina jest pierwszym miejscem, gdzie dziecko doświadcza różnego rodzaju formy ruchu.

„Należy pamiętać, że jednym z warunków prawidłowego rozwoju młodego organizmu jest zachowanie równowagi pomiędzy pracą i aktywnością fizyczną, a odpoczynkiem i odpowiednią ilością snu”⁴⁷.

To właśnie rodzice mają szansę wpłynąć na zmianę ewentualnych poglądów i zachowań antyzdrowotnych dziecka. „Najlepszą drogą prowadzącą do zmiany tych nawyków jest zachęcenie dziecka do podjęcia troski o zdrowie poprzez wspólne rozmowy, wspólne czytanie książek i publikacji oraz oglądanie programów edukacyjnych o tej tematyce”⁴⁸.

„Człowiek zdrowy i sprawny fizycznie jest w stanie bez problemów sprostać wymaganiom jakie stawia przed nim obecna rzeczywistość”⁴⁹.

⁴³ A. Poczarska – Dec, *Rola rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego w kształtowaniu postaw prozdrowotnych*, Rozprawy Społeczne, 2011, Tom V, Nr 1, s. 102

⁴⁴ Tamże s. 103

⁴⁵ Tamże

⁴⁶ Tamże

⁴⁷ Tamże

⁴⁸ Tamże s. 103 - 104

⁴⁹ Tamże s. 105

Piśmiennictwo

1. Chromiński Z., *Metodyka sportu dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo „Sport i Turystyka”, Warszawa 1976.
2. *Dzieła Jędrzeja Śniadeckiego*, T. II, wyd. M. Baliński, Warszawa 1840.
3. Krawczyk Z., *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1974.
4. Kuwała S., J. Brągiel, A. W. Janke, *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
5. Makurat F., M. Żmudzka – Brodnicka, A. Nawrocka, *Wokół zagadnień aktywności fizycznej i sportu*, wyd. Pomorska Szkoła Wyższa w Starogardzie Gdańskim, Starogard Gdański 2014.
6. Pochtarska A. – Dec, *Rola rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego w kształtowaniu postaw prozdrowotnych*, 2011, Tom V, Nr 1.
7. Suchodolski B., *Rozwój nowożytnej filozofii człowieka*, Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967.
8. Szczepański J., *Elementarne pojęcie socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1970.
9. Szlendak T., *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
10. Śniadecki J., *O fizycznym wychowaniu dzieci*, wyd. Zakład im. Ossolińskich, Wrocław 1956.
11. Tyszka Z., *Socjologia rodziny*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974.

CLASS AND SOCIAL DETERMINANTS OF PARTICIPATION IN SPORT AND HEALTH EDUCATION

KLASOWE I WARSTWOWE UWARUNKOWANIA UCZESTNICTWA W SPORCIE, A EDUKACJA ZDROWOTNA

КЛАСОВІ ТА СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ УЧАСТІ У СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧІЙ ОСВІТІ

Zabolotna O.¹, Skalski D.², Formela M.³, Nesterchuk N.⁴, Grygus I.⁴

¹*Uman State Pedagogical University named after Pavlo Tychna*

²*Jędrzej Śniadecki Academy of Physical Education and Sport in Gdańsk, Faculty of Physical Education – Department of Water Sports*

³*Polish Naval Academy of the Heroes of Westerplatte, Faculty of Command and Naval Operations*

⁴*National University of Water and Environmental Engineering, Institute of Health*

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383727>

Анотації

Артикул трактује о впливі статусу соціального на культуру фізичну, іншими словами о тим в який спосіб класи і верстви соціальні стають визначником учасності в спорті. Другим аспектом праці є теж освіта здоровотна, то на чим поєдга і як функціонує в суспільстві і в який спосіб впливає на погляд на світ, вибори, зацікавлення і належність до групи соціальної і середовища виховання. Цілий світ є упорядкований вгідь ієрархії, так вгідь люди ріднож займають окремлі позиції в цій світлі і чісто не мають на них впливу, гдзь звичайно єм разом з народженням. Слід розглянути, чому відмінності в соціальної структурі настільки важливі в питаннях, пов'язаних з фізичною активністю і звідки вона виникла, і який вплив на ці питання має рівень розвитку медичної освіти в Польщі і яка обізнаність суспільства в цій галузі.

Слова ключові: спорт, освіта здоровотна, умови класові, умови верстові.

The article deals with the influence of social status on physical culture, in other words on how classes and social strata become the determinant of participation in sport. The second aspect of the work is also health education, what it is and how it functions in society and how it affects the perception of the world, choices, interests and affiliation to the social group and the environment of education. The whole world is ordered according to specific hierarchies, so people also occupy certain positions in this world and often have no influence on them, because they are usually assigned to them along with birth. One should consider why differences in social structure are so important in matters related to physical activity and where did it come from, and what impact on these issues has the level of development of health education in Poland and what is the awareness of society in this area.

Key words: sport, health education, class conditions, layered conditions.

У статті розглядається вплив соціального статусу на фізичну культуру, іншими словами, як заняття і соціальні верстви стають визначальними для учасності у спорті. Другий аспект роботи – це медична освіта, що це таке і як вона функціонує в суспільстві і як впливає на сприйняття світу, вибір, інтереси і належність до соціальної групи і середовища освіти. Весь світ упорядкований відповідно до конкретних ієрархій, тому люди також займають певні посади в цьому світі і часто не мають на них впливу, тому що вони зазвичай призначаються їм разом з народженням. Слід розглянути, чому відмінності в соціальній структурі настільки важливі в питаннях, пов'язаних з фізичною активністю і звідки вона виникла, і який вплив на ці питання має рівень розвитку медичної освіти в Польщі і яка обізнаність суспільства в цій галузі.

Ключові слова: спорт, медична освіта, класові детермінанти, соціальні детермінанти.

Introduction – concept of social classes and social stratification. What do we mean by the concept of social class and social stratification and what is the origin of these concepts? Karl Marx and Max Weber were the most famous supporters and authors of these concepts.

Karl Marx thought that the stratification into classes is made primarily taking into consideration the state of the estate, in other words, we have rich and poor people, the first ones are the bourgeoisie and the others are the proletariat¹. Defining the concept of social stratum, Weber

doesn't mean only one aspect of life, such as ownership of capital, but he believes that such social stratification is made taking into account the different areas of life, for instance, a group of people of the similar interests, professional groups, a group of people that adhere to the same philosophy, etc.² This means that people from different social classes can belong to a given social stratum. The concept of social class and social stratum can be defined in a multiple way. To our mind, the most reasonable definition is that access to certain goods is an evidence of a social status, as it creates opportunities for development³. In other words, the ownership of a capital and how much a man earns, the level of a person's education will enable the life on the desired standard of living, because only in this situation the man will be able to ensure these goods, among them is also participation in the physical education or sport.

Inequalities in social structures. What is a social structure? This is certainly a sociological concept, because it refers to the term of society. Social structure is the set of elements defining the roles and positions in a given group that is characterized by a certain level of culture. These connected elements form the unity that can be called as a social structure⁴. The concept of social inequality is an integral part of the social structure concept. Differences and inequalities can be divided into two categories. The first category are the differences and inequalities of the genetic predispositions, those, which we inherit, namely, short height, eye colour, talents, one person has a predisposition to play sports, and the other – doesn't, one person is gifted in mathematics, the other one in humanities – these are so-called bodily and mental inequalities. On the other hand, the second category are social inequalities, such as, from which family a person comes from; in what environment he or she grew up; what education, values and views has the person acquired. In theory it is stated that bodily features, such as appearance, should not have impact on social positions, but it is

often not implemented in practice. Thus, personal charm, age, skin colour, gender play a huge role in access to various goods, for example in applying for a job⁵. It's a simple psychological mechanism that first impression, namely what we see visually recognizing a new person, is very important and at the initial phase we don't concern, what the person is and what skills and intellect the person has.

Social inequalities arise primarily from the fact that not everyone has equal access and opportunities to resources such as money, power, recognition or education. It should be mentioned that all these elements do not always appear together, because a rich person does not always have a good reputation or prestige, and a high-educated person does not always earn a lot⁶. However, these social differences have a reasonable sense and are justified. The world is a complex and interrelated system and there must be a balance in it: wealthy people exist, because there are poor people and vice versa. Someone has the power to rule others. It is very easy to use these social conditions concerning physical activity and access to sport.

The division into classes and layers was very constant in the past, it was impossible to move from one class to another. Thus, the social class a man was born in determined social status of a person till the end of his life. For example, if a person belonged to the peasant class, despite of his or her great intelligence or talent, was still in his or her native class with no chance for the development or class mobility. As time goes on, the situation has been changed, we could see the movement of people from lower classes to higher classes and vice versa. This phenomenon is called social mobility or in some cases social degradation⁷. The way of thinking has been changed; people became more open, they understood that living in the closed social groups inhibits the development of many areas of life, such as culture, industrial development, and economic sustainable development of the country; people understood that much more can be achieved by combining forces together. Nowadays, the stratification into classes due to the

²https://pl.wikipedia.org/wiki/Warstwa_spo%C5%82eczna, 17.12.2015 r.

³ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 2011, wyd. AWF Józefa Piłsudskiego, s. 268

⁴https://pl.wikipedia.org/wiki/Struktura_spo%C5%82eczna, 12.01.2017r.

⁵ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, wyd. cyt., ..., s., p. 267

⁶ The same source, p. 268

⁷ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, wyd. cyt., ..., s. 270

people's origin has almost completely disappeared. It is not important who are you and in what family you were born, much more important the person's professional position, knowledge, skills, power, money and prestige.

Social status as a condition for the development of physical culture and participation in sport in the past. Nowadays it is usual that everyone regardless of possessing appropriate goods or not, can go in for sports, sport is popular among people of different social classes and layers. It should be also mentioned that physical education and culture is an integral part of general secondary education obligatory for all schools. At present, there is a phenomenon of increasing interest in sport, which results from higher awareness of the body, the desire to be beautiful, slim and trendy. However, this was not always the case. Recently, at the beginning of the 19th century going in for sport was considered either whim or the form of work. In the first case, people from wealthy classes were interested in sport, as it was a way to fill their free time, to kill boredom; they did not have to worry about money in comparison with poor people. Often different kinds of sports required a large financial contribution, so poorer people simply could not afford such cravings, besides their social situation would not allow even such entertainment. These were often people who worked from morning to evening to support their families, so they did not have time for recreation. At the beginning of the 19th century, education and compulsory physical education became popular, and sport became an essential value. Initially, secondary education was obligatory only for the high and middle social classes, but with time a compulsory education was implemented for all children. However, the sport was understood as an instrument to maintain discipline among children from the lower classes, to subordinate them, and served as a kind of drill. Nobody talked about the impact of sports on health at that time. Recreation was therefore used to delineate barriers between classes and statuses. There were different approaches to practicing sports. American scholar Thorsten Veblen considered that practicing sports is an expression of vanity and waste of time, he even called such groups of people as "vanity

classes"⁸. In his opinion, devoting free time to this type of entertainment was aimed only at pointing even more inequalities and barriers between people.

The breakthrough in physical education and culture occurred only after the Second World War as a result of economic changes. People, who lost all their property, suddenly became equal to those of the lower classes, so, the division into classes and layers began to gradually disappear. A mass culture has also contributed to these changes; more and more people engaged in sports and spent their free time exercising sports. In particular, these phenomena could be observed in socialist countries, which functioned according to the principle that everything should be common. Sport was to ensure equality, where the origin, religion or colour of the skin was not to be taken into account, but the skills and abilities were important.

What is the situation today? Slogans regarding equality in sport were not always reflected in reality and the situation is quite the same today. It is known that there are sports that need small investments, as well as those that will require more investments, and thus the social inequality returns. It is obvious that a person earning the lowest national salary can't afford to buy, for example, horse riding lessons, or pay for a personal trainer. However, the situation is different from the cultural point of view and the availability of physical activity in general. Formerly poor people had no chance to go in for sport not only for financial reasons, but also for cultural, ideological reasons, they didn't want to spend their free time on this type of entertainment, because it was considered as wasting time, however, nobody forbade running or walking and it did not require money. Poor people didn't pay much attention to the appearance and health care. Nowadays, sport is not only a form of taking care of body and health, but it is also trendy⁹, moreover local authorities are trying to create various types of sport spaces with exercise equipment within housing estates, build numerous bike paths, gaming fields in order to ensure healthy lifestyle for everyone.

⁸Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, wyd. cyt., ..., s. 273

⁹A. Kołodziej, *O potencjale kierunkach rozwoju socjologii sportu*, s.6, file:///C:/Users/daria/Downloads/Kolodziej.pdf

However, according to surveys conducted by CBOS, practicing sports is still the domain and sphere of well-educated and affluent people¹⁰. This is certainly because educated people are more aware of their body, have more knowledge about physical health and wealthy people can afford to buy expensive equipment or pay for lessons. According to the survey, the most popular sport is cycling and swimming, i.e. sports requiring some money (purchase of a bicycle, paying for a swimming pool, etc.), and a decidedly smaller percentage of people choose such form of activity as running or hiking¹¹. Inequalities in practicing sports are manifested not only in the financial situation, education or age; very often the colour of skin and race are also important. Namely, there are sport disciplines that are more common for the black communities, for instance, athletics or box; the reasons may be different and vary from the history aspects and tradition of this sport in a given culture, etc. We can also observe the differentiation by gender; there are sports in which the leaders are men, and those in which women are more successful, although currently these boundaries are becoming blurred. More and more women are training in such disciplines as boxing, weightlifting or bodybuilding. Recently researches show that men are more physically active because they are more likely to play sports in general¹².

As it was mentioned before, there is division between disciplines, which are more common for people with higher social status, and for those who “belong” to the world of people from the lower classes. This is, of course, a socially accepted, contractual division and is not regulated legally. Therefore, there is a thought that rich and well-educated people prefer sports, which do not require direct physical contact with the opponent, sports, in which there is no need to “get dirty”, but instead is required a significant financial contribution, among others

are: sailing, ground tennis, golf, cricket. They are considered to be the sports in which one has to show greater intelligence, familiarity, personal culture and spiritualization. Lower social classes, however, were supposed to exercise more physical sports, such as boxing, football, motor sports, which are considered more primitive¹³. Higher social classes rarely show interest in such forms of physical activity due to their social prestige. However, it should be emphasized that such divisions may be different depending on countries and parts of the world, therefore not all sports that are considered less prestigious in a given country, must be considered in same way in another country. It depends on the culture and tradition of the given place. For instance, bowling and rodeo, which are considered to be lower-class sports in North America, are of much higher prestige in Poland.

Although differences in the activity of different social groups are still noticeable, the boundaries in participating in sports are more and more blurring due to the greater social awareness, changes in the perception of sport as something unusual, and an increase in the number of public and private sports facilities and, above all, changes in the human mentality. People do not identify sport with something expensive, shameful and unnecessary, but they see the potential of sports participation in gaining the recognition, beautiful appearance and well-being and good humour.

Health education. Health education is implementation of activities, principles and policy aimed at taking care of your own and others' health and safety, deepening knowledge on healthy lifestyle, principles of healthy eating, observing personal hygiene, learning what to do to feel good in order to attain good health. Nowadays modern society provides universal access to health education, including in schools, mass media, unfortunately it was not always the case. In ancient times and medieval period it was believed that only clergy had access to the knowledge in the field of medicine, and the people trusted them immeasurably and unscrupulously agreed to participate in various rituals. Knowledge in this field wasn't sufficient and people believed that the refusal to follow such

¹⁰ *Aktywność fizyczna Polaków*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013,

http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF

¹¹ *Aktywność fizyczna Polaków*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013,

http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF

¹² *Aktywność fizyczna Polaków*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013,

http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF

¹³ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, wyd. cit., ..., s. 279

religious ceremonies may result in the wrath and revenge of the gods¹⁴. In the Middle Ages the situation was even worse, as the worldview of this period negated everything that was related to the human body, the body was considered as insignificant, because only the soul was important. At those times it was normal to mortify and feel physical pain, so body diseases were often not treated at all. People lived in extremely unhygienic conditions and they were told that all kinds of diseases are sent by God as punishment for their sins, and the only remedy is prayer. In the nineteenth century health became the object for scientific studies.

We should also study the dependence of access to health education on the level of life and social status. Social inequalities play a significant role in all areas of life, including healthcare. The level of education, knowledge and experience of parents and tutors and school education level very often determines the public awareness in the field of health protection. These institutions are the first teachers and this interrelated system is considered as a model. If the parents themselves do not have knowledge about certain subjects, it is obvious that they will not be able to transmit and transfer knowledge to their children or transmit it incorrectly or in a distorted way. It is more common for the small communities, mostly from rural areas, or so-called working classes, where the main focus is made on physical fitness, but not necessarily intellectual. It is more characteristic for the elderly and insufficiently educated people. Fortunately, this phenomenon is disappearing mainly due to mass and universal access to the media, and above all to the Internet. However, we should be very cautious, because Internet alongside the relevant information contains unconfirmed or false information as well.

Certainly, property status is also important in pro-health education. People with high earnings can participate in various types of paid trainings on the related topics; money can ensure education at the highest level for them. Early child-

hood healthy mental development is of great value today, but we don't realize, how important health is in our life, for our well-being, for what we achieve. However, often people pay attention to their health only when they lose it¹⁵. In Polish schools health education is not enough promoted, resulting in among others, numerous exemptions from physical education lessons among children and adolescents. In most cases parents are responsible for this as they allow their children exemptions from the exercises. This negative tendency is related to the parents' low awareness of healthy lifestyle, but as the first teachers they should encourage children to participate in physical education classes. It is also a fact that in schools there is an obligation to implement the core curriculum in the field of health education and every child has access to it to a greater or lesser extent. However, in the countries of the so-called "third world" young people have no access to any education at all, because there is no money for schools. Social inequalities in those countries are more obvious. It is manifested in the non-compliance with the rules of personal hygiene and harsh living conditions, which are not always the result of a bad financial situation, but also because of lack of awareness in the field of healthcare education. For many years, the population of these countries did not have access to the education and a large portion of the population has been marginalized.

A very important factor that has impact on the access to health education is a lifestyle or the environment in which a person lives. If the person is open and social, uses the Internet, is among the literate people his chances to gain a broader knowledge in this field certainly increase. At present, an increase in average life expectancy in Poland is undoubtedly associated with an increase in people's consciousness¹⁶, who know what to do to feel healthier and enjoy the life. In the past in order to get medical advice or seek treatment, a person had to go to a specialist, today in the Internet age doctors are

¹⁴ J. Malinowska, *Profilaktyka i edukacja zdrowotna w szkole*, Materiały pomocnicze dla nauczycieli edukacji zdrowotnej Leszno- Kalisz październik 2014, Leszno 2014, wyd. Centrum doskonalenia nauczycieli w Lesznie, s. 3, http://cdn.leszno.pl/files/wiecej/materialy-do-pobrania/Wychowanie/Profilaktyka_i_edukacja_zdrowotna_w_szkole_-_2014.pdf

¹⁵ E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia*, Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze, Katowice 2008, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 41

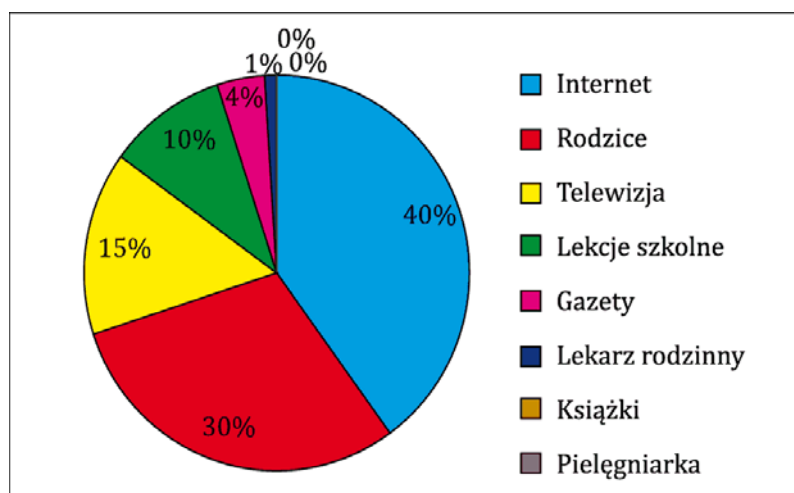
¹⁶ E. Nojszewska, *Spoleczno-ekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski*, s. 67, 10.11.2017 r. http://ochronazdrowia.sgh.waw.pl/files/1/12/ekonomia_i_prawo_1-2016_04_ewelina_nojszewska.pdf

no longer held in such high esteem as they were decades ago. On the Web, you can find information about any topic you desire; of course, you should take consultation with a specialist, but nevertheless it increases the awareness, consciousness and general picture of the situation.

Thus, health-related education should be implemented in every period of human development, however, the most favourable period is

childhood and adolescence because of the most significant changes that happen inside and outside the child's body. According to the held researches, the most common sources of knowledge about health education among young people is the Internet, parents and television, and school is only in the fourth place.

Chart 1. The most common sources of health knowledge in the students' opinion



Source: <http://www.czytelniamedyczna.pl/5834,rola-pielęgniarki-szkolnej-w-promowaniu-zdrowego-stylu-zycia-uczniow.html>

Summary. To sum up, we should emphasize the importance of promoting health, healthy lifestyle and active participation in physical activities. Health is the highest good and value, health ensures everyday activity, allows achieving goals and aims, so we should make every effort to take care about our health as early as possible, preferably at the pre-school stage. It should be strived to alleviate the inequalities in access to education, especially health education,

or to participate in sports. The increased funding from various authorities, as well as the ever-changing worldview guaranteed the access to various sports facilities to a great number of people. However, the dominant good of our times is Internet, which offered a lot of information and opportunities. It is used to achieve additional skills and knowledge in the field of health education, to broaden horizons, and to eliminate existing social inequalities.

Literature Publications

1. Dziubiński Z., Krawczyk Z., *Socjologia kultury fizycznej*, Wyd. AWF Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa 2011, s. 266–282
2. Malinowska J., *Profilaktyka i edukacja zdrowotna w szkole. Materiały pomocnicze dla nauczycieli edukacji zdrowotnej*, Leszno-Kalisz październik 2014, Wyd. Centrum doskonalenia nauczycieli w Lesznie, Leszno 2014, s. 3
3. Syrek E., *Zdrowie i wychowanie a jakość*

Web-sources

1. Aktywność fizyczna Polaków, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF
2. <https://teoriakulturyumk.wordpress.com/2015/02/12/teoria-klas-spoecznych-karola-marкса/12.02.2015> r
3. Kołodziej A., O potencjale kierunkach rozwoju socjologii sportu, str.6, file:///C:/Users/daria/Downloads/Kolodziej.pdf

życia. *Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008, s. 41.

4. Nojszewska E., *Społeczno-ekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski*, s. 67, 10.11.2017 r
http://ochronazdrowia.sgh.waw.pl/files/1/12/ekonomia_i_prawo_1-2016_04_ewelina_nojszewska.pdf

PHYSICAL EDUCATION AS A PROCESS OF LEARNING PHYSICAL CULTURE
AND IMPLEMENTATION IN HEALTH EDUCATION

WYCHOWANIE FIZYCZNE JAKO PROCES UCZENIA SIĘ KULTURY FIZYCZNEJ
A REALIZACJA W EDUKACJI ZDROWOTNEJ

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ЯК ПРОЦЕС НАВЧАННЯ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРИ
ТА ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ В ОЗДОРОВЧУ ОСВІТУ

Zabolotna O.¹, Skalski D.², Formela M.³, Nesterchuk N.⁴, Grygus I.⁴

¹*Uman State Pedagogical University named after Pavlo Tychna*

²*University of Physical Education and Sport, Faculty of Physical Education - Department of Water Sports in Gdansk*

³*Naval Academy Bohaterów Westerplatte in Gdynia
Department of Command and Maritime Operations*

⁴*National University of Water and Environmental Engineering, Institute of Health*

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383741>

Анотації

This article will address the topic of physical education and health education as processes of learning physical culture, especially through the prism of teaching methodology in schools. The broadly understood physical culture requires that students and the whole society be made aware that it is not only a sport, but also everything that is with it, and given the inseparable connection between sport and health, one can not overlook the important role of education in this area.

Key words: sport, physical culture, health education, learning.

W niniejszym artykule poruszony zostanie wątek wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej jako procesów uczenia się kultury fizycznej, zwłaszcza przez pryzmat metodyki nauczania w szkołach. Szeroko rozumiana kultura fizyczna wymaga uświadomienia uczniom i całemu społeczeństwu, że jest to nie tylko sport, ale również wszystko to, co się z nim wiąże, a biorąc pod uwagę nierozzerwalny związek sportu i zdrowia nie można pominąć istotnej roli edukacji w tym zakresie.

Słowa kluczowe: sport, kultura fizyczna, edukacja zdrowotna, uczenie się.

У цій статті розглянуто тему фізичного виховання та оздоровчого виховання як процесів навчання фізичної культури, особливо через призму методики викладання у школах. Широко зрозуміла фізична культура вимагає дати учням та всьому суспільству усвідомлення того, що це не лише спорт, а й все, що з ним пов'язано, та враховуючи нерозривний взаємозв'язок між спортом та здоров'ям, важливу роль освіти в цій галузі не можна ігнорувати.

Ключові слова: спорт, фізична культура, оздоровчне виховання, навчання.

Admission. The basis of modern physical culture is sport, tourism, various forms of games and motion games. They are the resources of traffic forms, from which specialists shape patterns of physical, psychological and social activity [1].

Physical culture is a work on itself that is the essence of self-education and self-present, including activities with attention to health, construction and posture of the body, physical development of the human being and shaping, improving his or her physical abilities, fitness and physical efficiency as well as individual and social behavior and needs. Physical education is a conscious activity focused on the creation of the right set of attitudes and attitudes related

with the passing of messages, as well as hardening on the stimuli of the environment and acquiring skills and skills that determine the behavior of a person in relation to his physical fitness. Physical education has a purpose to shape a child in the right direction of development as well as health. Health is the first, but not the only, goal of physical education. The pedagogues pass on to the young generation the achievements of physical culture, implementing them to use various forms of this culture and to participate in situations of fair entertainment, rest and self-improvement.

Generally raising means the process of preparing the young generation for an adult, independent life. This process includes the overall impact on the juvenile, which are aimed at the development of various dispositions of the

child, because the child is living an important development path from childhood to the onset of adolescence. Depending on what physical level and psychological will be achieved, from the acquired knowledge and skills, from awareness, activity, and social creation and moral will depend on its success in the next years of learning and success not only at school, but also in life. The condition for effective conduct is mainly knowledge and skills, while attitude and motivation is a prerequisite for socially desirable behavior.

Methodology of physical education

The task of the methodology of physical education is to create a rational, structural model of realizing theory in practice. Physical education is not only a subject of teaching with a specific dimension of program hours. It is also that the whole of interaction in didactic-educational work at school, related with physical development and physical fitness of the child, as well as an integral part of upbringing. The conduct of physical education classes and its methodology differ radically from other teaching subjects, since the contents of the lesson and their organization have a different specificity [2].

Physical education includes a set of measures whose most general feature is the movement, exercise and development of the child's personality. These funds can be divided into several groups mutually complementary. Are it's fun and movement games, gymnastics with elements of upbringing Musical-movement, exercises and training games, trips and sports: athletics, team sports games, swimming, winter sports. Transfer of knowledge and skills are made by influencing the intellectual and fitness realm. Shaping attitudes and motivations occurs as a result of influencing the emotional-volitional sphere.

The impact on both spheres consists of a process called education in a broad sense or education. In practical operation, learning processes cannot be separated and upbringing, which does not mean that the effects are always consistent. Therefore, according to the statement of H. Muszyński, who said that: "... there is no automatic relationship between the shaping of knowledge and human skills and shaping his attitudes and ideals". It follows that there is no clear relationship between teaching and upbringing [3].

Physical education in general terms can be presented as a bi-directional relationship between a physical educator and a foster child. Developing the conclusions of H. Grabowski from 1987, the stages of development of views on the essence of physical education can be shown in the following way: education (body shaping), education through the body, shaping the body and upbringing, upbringing in caring for the body (education in physical culture). The first three concepts reflect the traditional look of what physical education is, while the latter concept comes from the contemporary pedagogically oriented theory of physical education. In this concept, upbringing for the sake of the body gradually began to transfer the specific features of physical education from the exclusively and purely instrumental zone to the sphere of proper education, that is, the intended formation of a new set of attitudes, beliefs and values. Therefore, physical education should be understood as a process that creates the right set of attitudes and attitudes that determine human behavior in relation to its physical form.

According to Osiński, physical education is an intentional and conscious activity, aimed at creating the right set of attitudes and attitudes, communicating basic messages, as well as implementation for hardening to environmental stimuli and gaining motor skills, improving the efficiency and posture of the body. These categories determine the behavior of a man in relation to his physical form. Physical education is understood as a constant work on one's own corporality in all periods of individual life. It fulfills the role of stimulation, adaptation and correction factors. When referring to physical education, it must be said that physical education should play the same role for students. The stimulus function for pupils should cover the totality of their behaviors, views and actions. Pupil from the beginning to be excited and know how to proceed, in your life to acquire knowledge, skills, abilities and the right attitude.

Often it is to be stimulated to make him want to learn about physical education and everything related to him. The student must, therefore, be treated as a subject of influence that interacts with a physical education teacher. The teacher must see to it that the student could in an appropriate and reasonable shape your personality. The function preparing for conscious care for

the body, after the end of the educational relationship, is the second task. The student must be so directed and prepared that after finishing school he does not finish physical education, so he would continue to care for beauty, health, physical condition, taking active part in various forms of physical activity.

Physical education as a process of education and upbringing

The very word process (Latin: *processus* – conduct) means the course of the following phenomena that are interrelated in a given causal relationship. The process can also be defined as a sequence of events related to one essential goal. The widest concept here is the educational environment, which includes from the point of view of the educational goal, both intentional and unintentional influences. This climate is like a background for all education processes. A narrower concept is education, which includes intentional and deliberately targeted changes in the human personality. However, this part of education, which is primarily aimed at causing positive changes in the individual's consciousness and creating a proper set of attitudes in relation to its physical form, we call physical education. In this sense, each process of education and physical education is the basic unit of physical education with a specific physical structure. Every process of upbringing and physical education is always in the first place a conscious and intentional interference leading to changes in this sphere of personality of the individual, which concerns his relation to his physical form.

These actions can be described as education in the narrower sense of the word. There are also relations connected with systematically undertaken activities enabling the pupils to master specific knowledge – intellectualization, as well as with the production of certain skills and fitness. These processes can be described as learning - teaching. There are also activities that directly and directly relate to the relationship (forces of nature – the body) and which it is difficult to attribute the full features of "education" or "learning - teaching".

We are thinking here about activities undertaken to teach motor activities, immediate improvement of physical fitness, motor skills, body posture or resistance to environmental

stimuli. We define these processes as learning and teaching as education. Therefore, we will understand the processes of upbringing and physical education as a certain orderly sequence of educational and educational activities systematically undertaken by educators, and enabling the induction of certain desired changes in the sphere of beliefs and attitudes, knowledge, skills, motor skills, efficiency, resilience of the system and construction and postures of the body that determine the behavior of the juvenile, and the relationship to his physical form. The socio-cultural place in the modern world that are reflected in the state of physical health, mental and the social human population. Both theoreticians and practitioners dealing with health issues agree that modern knowledge allows to indicate the causes of many diseases, stressing the thesis that maintaining good health is the resultant of many significant factors. Studies that indicate that human health are widely known to the highest degree depends on his lifestyle, which manifests itself in sets of behaviors, habits and health habits. Lifestyle as a determinant of health, an important indicator of the level of health culture, physical culture and the individual and society [4].

School as an environment of education for physical culture

The subject of our interests is young people in the period of psychophysical development and its social conditions related to physical activity. Mental, physical and social health is the goal and conditions for multilateral development in all forms and levels of sporting activities in the case of two sides – teacher and student, sportsman and trainer. In sport, no matter what we grow, health is the most important factor. Education for health is the basic right of every child. Health is an inseparable condition for school achievements, for the quality of life and for economic effects. By providing children with knowledge about health, shaping their attitudes, skills and habits, we can help them healthy lifestyle and work, and thus improve the health of the public. Child to could well learn, be healthy sit m.

The school in the field of physical education is the most important source. It is in a primary school physical education classes should be made using the process of physical culture so

that children and young people preparing for adult life. The child achieves physical fitness through physical games and physical exercises and sport that shape a man not only physically but also mentally, socially and morally. This physical education teacher has the most important contribution to shaping the interest in the physical activity of children and youth, he has in this respect, the greatest opportunities, especially in the process of lesson and extracurricular activities, where it takes into account the personal and developmental diversity of children. Finding such a system of motivation to engage them during physical education classes, it becomes become the main problem of work. It is increasingly difficult to mobilize children and young people to participate in class and extracurricular activities. Many teachers are increasingly the most attention is paid to how to mobilize and motivate students to actively participate in the classes. They use various measures and methods to stimulate students to attend school activities. A teacher of physical education can meet in school practice It is necessary to develop students' specific types or features of attention that are important for the effective implementation of sports tasks.

This is needed in the teaching process and upbringing. It is important when working with children that the teaching process activates the involuntary attention of the pupils. For this reason, classes should bring new elements that trigger curiosity and interest among pupils, as the constant repetition of what has already happened, can cause fatigue, distraction and discouragement among the students. That's why it's also a teacher in the classroom should look for ways to strengthen the involuntary attention in the emotional sphere of an athlete by arousing his interests. Many factors influence the course of motivation to physical activity in the school; however the teacher has the biggest influence on the pupils' participation. Activities that are interestingly prepared, running in a relaxed atmosphere, arouse students' satisfaction. The child slowly begins to turn d of exercise, it is born in the ear on the need in the future and develops a passion for physical activity. Skillful adjustment of the form of effort to the psychophysical abilities of children stimulates in them involuntary attention and ease of concentration on exercises.

Physical education classes should implement a system of grading the problem, so that participants will feel the pleasure associated with exercise. When preparing and organizing classes, the teacher should offer the student the most diversity of experiences in terms of the content taught, the forms and means used. The organized classes may be motivating in the natural environment, through the organization of various games and motion games, which can be not only useful, but very interesting. It can be a basic and also the most desirable incentive factor for interested children. If there is interest in the motive, a lasting and desired educational effect can be created. They will not be possible if you use anxiety or ambition motives, where you can block the activity of children. That is why the course of classes consisting in motivating pupils' activity is so important. Physical and health activity has a significant impact and importance for the proper functioning of the human body in the physical sphere and psychic. It is also important that in free time there is a significant need to supplement the effort. That is why health and sports education already taken up plays an important role in early childhood education. The need for physical activity should be aroused in children from an early age. Physical education teacher should to develop in students the passion for physical activity by shaping appropriate habits and skills, which are the basic goals of didactic work and upbringing from the elementary school. The development of children's passion for children will consist of pleasant experiences, resulting not only of interestingly carried out forms of exercise, but also organization of activities in which I will not be eager for monotony. Developing this kind of passion is not an easy task, sometimes even minor unpleasant situations or incidents can disrupt or completely destroy this process. That is why the atmosphere and the creation of conditions in which the child can count on the support and help from the teacher will be important.

Health education at school

Requirements, skills, scope of the subject of physical education, including health education at particular stages of education, are defined in the core curriculum. The commentary on the website of the Ministry of National Education in December 27 December 2013 precisely formulates the tasks of the school and teachers related

to this subject. "A new solution in the education system is the link between health education and physical education:

- at the first stage of education, the area of "physical education and health education" was distinguished,

- at the second, third and fourth education stage, it was recorded that physical education "plays a leading role in health education",

- in junior high schools and upper secondary schools, the thematic block "health education" was separated,

- the scope of health education was expanded to include aspects of psychosocial health, with particular emphasis on life skills (personal and social). The basis for constructing the "health education" block in physical education was the adoption of the definition and objectives of this education:

- health education is a didactic and educational process in which students learn how to live, to: preserve and improve their own health and other people and create a healthy environment, and in the case of illness or disability actively participate in its treatment, cope and reduce its negative effects,

- about the goal of health education for children and adolescents is to help them in:

- getting to know each other, tracking the progress of their development, identifying and solving health problems,

- understanding what health is, what determines why and how to care for it,

- developing a sense of responsibility for your own health and for other people's health,

- strengthening your self-esteem and belief in your abilities,

- developing personal and social skills conducive to well-being and positive adaptation to the tasks and challenges of everyday life,

- preparation for participation in health activities and creating a healthy environment at home, school, work place, local community (health education is an important element of civic education).

Content in the field of health education has been in addition to physical education included in many subjects, m. al.: early childhood education, biology, education for family life, knowledge about society, education for safety, entrepreneurship, religion and ethics. Health education contents contain the answer on cur-

rent trends in the behavior of children and young people, and these in turn are reflected in the tests carried out" [5].

In addition to physical activity, the Ministry of Health Education emphasizes the importance of healthy nutrition of pupils for their proper physical and mental development. In order to carry out these tasks, it is necessary for schools to undertake all types of activities in the area of supporting a healthy lifestyle of students. These activities are defined in school educational programs and prevention. They cover all areas of school life. The more attractive and interesting tasks, the greater the motivation of students to implement them. School in the field of health education tasks, they carry out various programs, e.g.

- Hold the form,
- Live tasty and healthy,
- Breakfast gives you power,
- Healthy breakfast day,
- 5 servings of fruits and vegetables,
- Do not burn with me, please,
- Clean air around us,
- Find the right solution,
- Prevention of cervical cancer – Human papilloma infection,
- Log out to life,
- Time for health,
- MultiSport,
- Junior Sport,
- Little Master,
- Universal swimming lessons,
- Fruit at school,
- A glass of milk.

Great motivation encouraging and preparing young people for healthy and active lifestyle is nationwide the "Health Promoting Schools" program. Schools implementing this program, plan your work and take action based on five standards of health promoting school:

1. They help members of the school community (including parents) to understand and accept the concept of a school promoting health.

2. They manage health promotion projects in a way that promotes:

- participation, partnership and cooperation of the school community (incl parents) and the local community,
- effectiveness and long-term activities.

3. They conduct health education of students and employees and strive to increase its quality and effectiveness.

4. They create a favorable social climate:

- satisfaction from learning and working at school, achieving successes and strengthening the self-esteem of students and employees,
- health and development of students and employees,
- participation, partnership and cooperation of members of the school community, parents and people from the local community [6].

Creating a friendly work environment, education and upbringing is especially important for all members of the school community – including parents, teachers and directors. There is an important task ahead of them: in their daily work they are to disseminate a healthy and active lifestyle and promote proper habits of taking care of their health. Care for health it is a process of discovering, using, protecting and developing the potential of our body, mind, environment, our spirituality, family and community. It is also important to excite in children, the need for physical activity.

Important features in the methodology of modern health education of children and adolescents include:

- focus on the learning process,
- the role of the teacher as a guide, adviser to students (not an expert),
- teacher modeling of desirable attitudes and health behaviors,
- asking students about their needs and encouraging them to participate in the planning of the curriculum,
- using activation methods,
- using the learning through experience cycle,
- creating an atmosphere conducive to building trust, motivation and activity during classes.

End. Considering all information related to physical education of children and young people, it can be said that it is an important element of education. He devotes a lot of attention to this problem, recognizing that this is one of the basic pillars of raising a young man. Physical health goes hand in hand with proper mental development, and this gives a chance for a happy adult life.

Literature Publications

1. Liedke A., Właźnik K. *Kultura fizyczna w klasach 1-3, PRZEWODNIK METODYCZNY*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; Warszawa, 1983.

2. Maria i Jerzy Kołodziejowie. *Wybrane lekcje wychowania fizycznego w nauczaniu początkowym*; Rzeszów, 1998.

3. http://www.profesor.pl/mat/n13/pokaz_material_tmp.php?plik=n13/n13_w_zlotnik_010306_1.php&id_m=16047

4. Kaźmierczak A., Makarczuk A., Maszorek-Szymala A. *Kultura fizyczna i zdrowotna w życiu człowieka*, Łódź 2007.

5. Ministerstwo Edukacji Narodowej (2009), Podstawa programowa z komentarzami. *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, tom 8, Warszawa, s. 56.

6. Ministerstwo Edukacji Narodowej (2009), Podstawa programowa z komentarzami. *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, tom 8, Warszawa, s. 56.

SPORT JAKO ELEMENT KULTURY, A EDUKACJA ZDROWOTNA
SPORT AS AN ELEMENT OF CULTURE AND HEALTH EDUCATION
СПОРТ ЯК ЕЛЕМЕНТ КУЛЬТУРИ І ЗДОРОВ'Я

Zabolotna O.¹, Skalski D.², Formela M.³, Nesterchuk N.⁴, Grygus I.⁴

¹Umański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Ticzyny

²Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

Wydział Wychowania Fizycznego - Zakład Sportów Wodnych

³Akademia Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni

Wydział Dowodzenia i Operacji Morskich

⁴Narodowy Uniwersytet Gospodarki Wodnej i Wykorzystania Zasobów Naturalnych,
Instytut Ochrony Zdrowia

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3383746>

Анотації

Sport jest pojęciem powszechnym, a zarazem wieloznacznym. Odkrywając coraz to inne jego definicje, w encyklopediach czy słownikach, można się przekonać, że określa go wiele przymiotników, np. masowy, wyczynowy, kwalifikowany, zawodowy, rekreacyjny, amatorski, szkolny, akademicki itp. Ta różnorodność odmian nazewnictwa jak i samego sportu znajduje odzwierciedlenie w literaturze fachowej i w potocznej opinii. Różnie też jest definiowane pojęcie sportu, w jego ogólnym, jak i syntetycznym ujęciu, wielość publikacji na ten temat powoduje, iż czasem trudno jest ustalić o jak pojmowanym sporcie są rozważania w określonej publikacji. Zasadna, więc wydaje się celowość podjęcia dyskusji na temat istotnych cech sportu, jego desygnat, jedynie jemu przynależnych, które mogłyby być podstawą do syntetycznej, logicznej definicji tego pojęcia.

Słowa kluczowe: sport, kultura, edukacja zdrowotna, bezpieczeństwo.

Sport is a universal and at the same time ambiguous concept. Discovering more and more of its definitions, in encyclopedias or dictionaries, you can see that it is defined by many adjectives, eg mass, professional, qualified professional, recreational, amateur, school, academic etc. This variety of naming and sporting variations is reflected in professional literature and colloquial opinion. The notion of sport is also defined differently, in its general and synthetic approach, the multiplicity of publications on the subject causes that it is sometimes difficult to determine how the sport understood is the considerations in a specific publication. It seems reasonable, therefore, to discuss the essential features of sport, its designatum, only those that belong to it, which could be the basis for a synthetic, logical definition of the concept.

Key words: sport, culture, health education, safety.

Спорт – це загальне та неоднозначне поняття. Відкриваючи все більше і більше його визначень, в енциклопедіях або словниках, ви можете побачити, що він визначається багатьма прикметниками, наприклад, масовим, змагальним, кваліфікованим, професійним, рекреаційним, аматорським, шкільним, академічним тощо. Ця різноманітність різновидів номенклатури та саме спорту відображена у фаховій літературі та наступній думці. Поняття спорту також визначається по-різному, в його загальному та синтетичному підході кількість публікацій на цю тему спричиняє, що іноді важко визначити, наскільки сприйняття видів спорту є міркуваннями в даній публікації. Тому здається розумним починати обговорення важливих особливостей спорту, його позначення, лише належності до нього, що могло б стати основою для синтетичного, логічного визначення цього поняття.

Ключові слова: спорт, культура, охорона здоров'я, безпека.

Wstęp. Słowo „sport” wywodzi się „z ludowej łaciny używanej pod koniec Imperium Rzymskiego”, kiedy organizowano dla ludności miast gry i zabawy poza murami. Określono je terminem *disporto* co określa poza brama (*sporta* – brama, a przedrostek *dis* – poza). Do Anglii sport został przeniesiony po najeździe normańskim (1066 r.). W XVIII w. pojmowano go jako „całokształt współzawodnictwa o

charakterze zabawowym”. We Francuskiej formie (1776 r.) określany jako *dis porte* oznaczał podjęcie czynności rekreacyjnych. We frazeologii niemieckiej sport pojawił się w 1826 r.

W Polsce termin ten znaleźć można w jednoaktówce Konstantego Gaszyńskiego pt. „Wyścigi konne w Warszawie” (1826 r.):

„Polska w drodze postępu kołem leci chyżem,
Stanęliśmy na równi z Anglią i Paryżem:
Mamy wyścigi konne, sport wzmaga się wszędzie,
A jeśli rząd pozwoli i Jockey Club będzie”

Dawniej miano sportu określano wszelkie zabawy, a węższym znaczeniu oznaczał on gry i rozrywki na wolnym powietrzu, zwłaszcza łowiectwo, wędkarstwo, łucznicstwo oraz wioślarstwo i narciarstwo.¹

Współczesna definicja sportu mówi o tym, że sport to: „świadoma, dobrowolna działalność człowieka, podejmowana głównie dla zaspokojenia potrzeby zabawy, popisu, walki, a także wewnętrznego doskonalenia się w drodze systematycznego rozwoju cech fizycznych, umysłowych i wolicjonalnych”².

Według *Ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie* sport to „wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach. Za sport uważa się również współzawodnictwo oparte na aktywności intelektualnej, którego celem jest osiągnięcie wyniku sportowego. Sport wraz z wychowaniem fizycznym i rehabilitacją ruchową składają się na kulturę fizyczną”³.

Sport możemy podzielić na:

- sport wyczynowy – jest to forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie w drodze rywalizacji dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- sport profesjonalny – rodzaj sportu wyczynowego uprawianego w celach zarobkowych.

W sporcie uprawianym w ramach rekreacji, rozumianej tu, jako odrębne pojęcie, brak jest elementu rywalizacji, zawiera się on w ramach czynności, poza pracą czy nauką, które są wykonywane w miejscu zamieszkania czy pobytu, co różni ją z kolei od turystyki – podróży w celu poznawania świata i ludzi. W niektórych ujęciach sport to również kultura fizyczna, dbanie o własne ciało, podziwianie piękna zawodników uprawiających dane dyscypliny sportu⁴.

Sportowe ujęcie historyczne. Powszechnie wiadomo, że sport rozgrzewał emocje ludzkie już w czasach starożytnych. Ćwiczenia typu sportowego uprawiane w starożytności, przede wszystkim służyły podnoszeniu sprawności żołnierskiej. Igrzyska rzymskie służyły głównie celom widowiskowym. W średniowieczu znane były gry i zabawy będące elementem wychowania rycerskiego, rozwijały się ludowe formy gier i różnych ćwiczeń (zapasy, biegi). Początkowo uprawianie sportu było przeznaczone głównie dla osób pochodzących z kręgów arystokratycznych. Pochodzący z biedniejszych sfer ludzie mogli brać udział w zmaganiach sportowych, o ile mieli czas oderwania się od codziennych obowiązków⁵. Już w V w p.n.e. sport stał się jedną z najważniejszych części składowych wychowania młodych Greków. Nastąpiła swoista demokratyzacja sportu – gdzie rodzina musiała zapewnić jedynie minimum środków. Program samych igrzysk był bardzo zróżnicowany. Odbywały się biegi na różnych dystansach – od jednego stadionu (ok. 192 m), aż nawet do dwudziestu czterech. Oprócz biegów rzucano dyskiem oraz oszczepem, uprawiano pięściarstwo i zapasy. Dużą popularnością cieszyły się wyścigi rydwanów zaprzęganych w dwa bądź cztery konie. Na samych igrzyskach po zwycięstwie dany zawodnik otrzymywał zaledwie symboliczny dar w postaci wieńca, jednak miasta, które reprezentowali zwycięzcy ofiarowywały im spore sumy pieniędzy oraz uzyskiwali liczne przywileje. Praktycznie od początku istnienia igrzysk pojawiła się tendencja do zawodowego uprawiania sportu. Każdy młody Grek był wówczas poddawany wieloletnim ćwiczeniom pod okiem wykwalifikowanych specjalistów. Podobnie z resztą jak dzisiaj, na sukces zawodnika pracuje sztab ludzi, w tym m.in. masażyści czy też lekarze⁶. W średniowieczu również rozwijały się niektóre sporty wywodzące się z dawnych zapasów o charakterze rytualnym jak na przykład sumo w Japonii czy odbijanie drewnianą rakieta piłki z

¹ S. Fundowicz, *Prawo sportowe*, wyd. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2013 str. 15;

² Encyklopedia Powszechna PWN. wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, 1986, 439 – 440;

³ Ustawa z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie, Dz. U. 2010 Nr 127 poz. 857

⁴ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Sport>

⁵ M. B. Michalik, *Kronika sportu*, wyd. Kronika, Warszawa 1993;

⁶ <http://www.eszkola.pl/historia/sport-w-starozytnej-grecji-6002.html>

piórami, który jest odpowiednikiem dzisiejszego badmintonu⁷.

Na początku XIX w. zaczęły powstawać sportowe formy organizacyjne – kluby, które najpierw miały charakter ekskluzywny, później rozpowszechniły się w środowisku mieszczańskim. W drugiej połowie XIX w. przystąpiono do opracowywania przepisów określających warunki rozgrywania poszczególnych konkurencji sportowych. Dynamiczny rozwój sportu współczesnego datuje się na koniec XIX w., a zwłaszcza od roku 1896 – wskrzeszenia idei igrzysk olimpijskich. Rozwój klubów doprowadził do powstania w poszczególnych państwach związków sportowych zrzeszających kluby i towarzystwa zajmujące się daną dyscypliną sportu, a następnie międzynarodowej federacji dla poszczególnych dziedzin sportu.

Za początek zorganizowanego sportu w Polsce przyjmuje się założenie Towarzystwa Gimnastycznego Sokół (1867 Lwów). Na początku XX w. zaczęły powstawać kluby sportowe, m.in. Pogoń i Czarni we Lwowie, Cracovia i Wisła w Krakowie, Warta w Poznaniu, Polonia w Warszawie. Zapoczątkowały też działalność samodzielne organizacje sportowe w środowisku robotniczym, m.in. na Śląsku, w Łodzi, Warszawie. Bujny rozwój sportu w Polsce datuje się od odzyskania niepodległości i utworzenia m.in. Polskiego Komitetu Olimpijskiego.

Sport w edukacji zdrowotnej. We współczesnym świecie sport jest uprawiany przez szerokie rzesze ludzi oraz stanowi formę powszechnego widowiska, angażującego emocjonalnie miliony kibiców. Sport jest ważnym czynnikiem integrującym różne środowiska społeczne, o zasięgu lokalnym, regionalnym i międzynarodowym.

Powszechność sportu przyczyniła się do rozwoju budownictwa sportowego (m.in. hale sportowe, korty tenisowe, kryte pływalnie) oraz produkcji sprzętu sportowego na skalę przemysłową, a w niektórych dyscyplinach, jak żeglarstwo, sport samochodowy, motocyklowy i motorowodny, także do postępu technicznego i odkryć konstrukcyjnych.

Ciągły rozwój sportu stworzył konieczność rozwinięcia odpowiednich badań naukowych, w

poszczególnych dyscyplinach naukowych wyodrębniły się kierunki specjalistyczne, jak fizjologia sportu, medycyna sportu, psychologia sportu, pedagogika sportu, socjologia sportu, teoria treningu sportowego.

Kształceniem wysoko kwalifikowanych kadr w zakresie sportu zajmują się szkoły wyższe (w Polsce Akademia Wychowania Fizycznego), które prowadzą również odpowiednie badania naukowe. Na całym świecie ukazuje się wiele periodyków i książek poświęconych sportowi, zarówno popularyzujących sport, instruktażowych, beletrystycznych, naukowych i innych⁸.

Sport i wszystko co się wokół niego dzieje niewątpliwie związane jest z edukacją zdrowotną, która ma tak ogromne znaczenie, tak iż śmiało można stwierdzić, że jest wielkim wyzwaniem dla całego świata, albowiem inwestycja w postawy prozdrowotne jest bardzo opłacalna w perspektywie całego życia człowieka. Winno się ją rozpoczynać jak najwcześniej, gdyż prowadzona już w przedszkolu daje bardzo korzystne rezultaty⁹.

Następnie oczywiście powinna być kontynuowana w szkole, choć efekty czasami nie są zadowalające, ale to powinno skłaniać to do poszukiwań możliwości jej optymalizacji. Dużym wyzwaniem jest umiejętne prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród studentów, szczególnie na uczelniach wychowania fizycznego, rozpoczynając m.in. od wyjaśnienia podstawowych pojęć z tego zakresu¹⁰.

Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym i komplementarnym elementem promocji zdrowia. Dzieje się tak, dlatego, że niezbędnym warunkiem, aby ludzie uczestniczyli w działaniach promocyjnych, dokonywali zmian w swoim stylu życia oraz środowisku jest posiadanie przez nich odpowiednich kompetencji, które uzyskują w procesie edukacji. Edukację zdrowotną definiuje się, zatem jako proces, w którym ludzie uczą się

⁸ M. B. Michalik, Kronika sportu, wyd. Kronika, Warszawa 1993

⁹ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna, Pedagogika wobec współczesności, wyd. WAIp, Warszawa 2009;

¹⁰ J. T. Marcinkowski, T. Kobrańska, Ocena skuteczności programu profilaktycznego ukierunkowanego na młodzież dotyczącego uzależnień: „Drugi Elementarz, czyli Program Siedmiu Kroków”. Śląskie Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Zabrze-Szczyrk 2002: 105;

⁷ R. Wroczyński, Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu, wyd. BK, Wrocław 2003;

dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją¹¹.

Edukacja zdrowotna to proces wzajemnie ze sobą powiązanych elementów, w którego zakres wchodzi:

- wiedza o zdrowiu związana z funkcjonowaniem własnego organizmu,
- umiejętność zapobiegania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
- wiedza i umiejętność związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej,
- wiedza o czynnikach środowiskowych, społecznych i politycznych wpływających na zdrowie.²²

Celem edukacji zdrowotnej jest przygotowanie dziecka do tego, aby było niezależnym, zdrowym i twórczym obywatelem, pobudzenie pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia.

To również kształtowanie świadomości i rozumienia zdrowia, wiedzy o zdrowiu, czynnikach zwiększających potencjał zdrowia lub zagrażających zdrowiu.

W edukacji zdrowotnej ważne jest kształtowanie prawidłowej postawy wobec zdrowia własnego oraz zdrowia innych ludzi, a także rozwijanie umiejętności niezbędnej dla kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i radzenia sobie w nowych sytuacjach, podejmowanie własnych decyzji i wyborów¹³.

Świadomość sportowa społeczeństwa.

„Sport to zdrowie!” – znane przysłowie wyraża przekonanie o pozytywnym wpływie sportu na zdrowie jednostki.

W kampaniach społecznych, prozdrowotnych akcjach edukacyjnych, a także publikacjach naukowych przekonuje się o konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka oraz utrzymania dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego.

Chęć dbałości o zdrowie stanowiła ważny aspekt, sprzyjający rozwojowi „sportu dla wszystkich”, którego idea narodziła się w drugiej połowie lat 60. XX w.

Sport powszechny wyraźnie odróżniono od sportu wyczynowego, związanego ze

współzawodnictwem sportowym i kładącego nacisk na osiągnięcie przez uczestników rywalizacji jak najlepszego wyniku sportowego.

Pomimo dużego znaczenia aktywności ruchowej dla zdrowia jednostki, większość badań wskazuje na jej niski poziom w naszym społeczeństwie.

Warto, zatem podjąć refleksję nad przyczynami fizycznej bierności Polaków i możliwościami poprawy poziomu aktywności naszego społeczeństwa.

Zasadne wydaje się także rozważenie czy motywy zdrowotne podejmowania aktywności fizycznej nie będą traciły na znaczeniu, a inicjatywy podejmowane w ramach promowania „sportu dla wszystkich” nie zaczną ulegać przemianom charakterystycznym dla współczesnego sportu kwalifikowanego¹⁴.

Mimo wskazanych trendów, barier i ograniczeń uczestnictwa w kulturze fizycznej, wydaje się, że poziom aktywności fizycznej naszego społeczeństwa będzie stopniowo wzrastał, a masowe imprezy sportowo-rekreacyjne zyskiwały na popularności.

Niezwykle istotne jest jednak promowanie prozdrowotnego uprawiania sportu i wdrażanie działań skłaniających do jej podejmowania, skierowanych do wszystkich, niezależnie od wieku, płci, kondycji fizycznej, miejsca zamieszkania lub statusu społecznego, a nie tylko do młodych, sprawnych i wysportowanych osób.

Istnieje konieczność kształtowania odpowiednich nawyków i zachowań prozdrowotnych, w tym systematycznej aktywności fizycznej zarówno wśród dzieci i młodzieży, osób dorosłych, jak i osób starszych.

Podkreślanie korzystnego wpływu regularnych ćwiczeń na stan zdrowia jednostki powinno być uwzględniane już na lekcjach wychowania fizycznego w szkole, które stanowią najszerzej dostępne źródło promocji aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży (Wytyczne UE... 2008: 26).

Niestety jednak jak wskazują poniższe dane uczniowie unikają uczestnictwa w lekcjach W-F, zwłaszcza dziewczynki, jest to niepokojąca tendencja, którą należy zwalczać już od najmłodszych lat szkolnych.

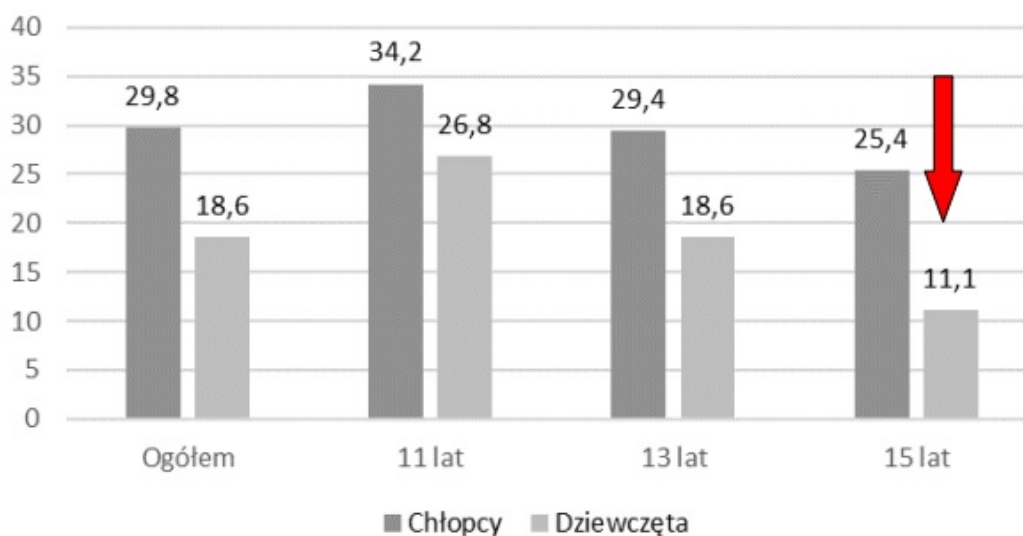
¹¹ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, podręcznik akademicki, wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, str. 129–137;

¹² <http://www.przedszkola.edu.pl/cele-i-zadania-edukacji-zdrowotnej.html>

¹³ <http://www.publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=11214>

¹⁴ Acta Universitatis Lodzensis, Folia Sociologica nr 45/ Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków. Leszczyńska, Aleksandra, wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2013, str. 179–180.

Rysunek nr 1. Odsetek uczniów uczestniczących w lekcjach W-F w 2015 r.

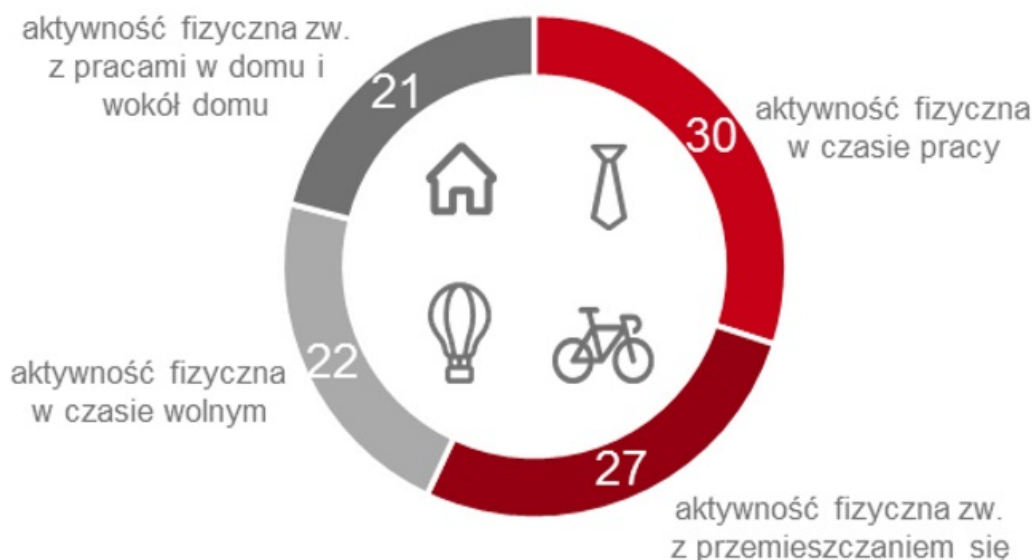


Źródło: W. Ostreża, *Aktywność fizyczna jako kluczowy element zdrowego stylu życia*, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Warszawa 2017.

Zachodzące zmiany demograficzne i ekonomiczne sprawiają, że szczególną uwagę należy przywiązać także do propagowania aktywności ludzi starszych. Niezbędna wydaje się zatem popularyzacja zajęć rekreacyjno-sportowych, rzeczywiście promujących wartości zdrowotne, a nie koncentrujących się na zdobyciu jak największej liczby sponsorów i

zainteresowania mediów. W przeciwnym wypadku imprezy „sportu dla wszystkich” w coraz większym stopniu będą przypominać komercyjne widowiska, charakterystyczne dla sportu wyczynowego, a autoteliczne wartości podejmowania aktywności fizycznej, w tym troska o zdrowie jednostki, tracić na znaczeniu¹⁵.

Rysunek nr 2. Procentowy udział aktywności sportowej Polaków.



Źródło: *Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017*, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Kantar Public 2017,

¹⁵ Tamże str. 187

Należy zauważyć, że sama aktywność fizyczna o zbiór otwarty wielu elementów, to rekreacyjne uprawianie sportu w czasie wolnym, ale również wszelkie formy ruchu związane z pracami domowymi, przemieszczaniem się i pracą zawodową.

Sport, a kultura oraz kultura zdrowotna.

Coraz częściej daje się słyszeć, że sport jest jednym ze zjawisk kultury takich jak teatr, film czy muzyka. W tej kwestii głosy są jednak podzielone. Filozofowie i badacze kultury zwracają uwagę na szereg różnic między tymi działaniami. Te różnice wydają się być bardzo poważne. W każdym razie ludzie na całym świecie uwielbiają sport i bardzo się nim interesują. Jest on znaczącym obiektem ich zainteresowań. Warto o tym pamiętać, ponieważ często jest tak, że to właśnie sport zajmuje czas, który ludzie dawniej przeznaczali na pójście do kina czy na koncert. Nie bez kozery mówi się, że jest coś takiego jak kultura fizyczna. Stanowisko, gdzie sport jest immanentną częścią kultury jest bardzo interesujące. Dużo lepiej będzie zająć się bardziej namacalną kwestią, jaką jest spędzanie czasu przez ludzi na meczach i widowiskach sportowych. Takie widowiska mają dużo wspólnego z koncertami lub występami teatralnymi. Również tutaj mamy aktorów oraz widownie obserwującą ich poczynania i zagrania. Sport i popisy sportowe są wreszcie opisywane przy pomocy języka zaczerpniętego z opisów wydarzeń artystycznych. Jak widać mamy tu do czynienia z wieloma problemami, które często są nie do rozwiązania. Musimy się z tym pogodzić i skonstatować jedynie to, że dla coraz większej liczby osób staje się zastępnikiem kultury. Nie chodzi tu tylko o oglądanie widowisk sportowych, ale również o aktywność sportową. Coraz więcej osób zamiast postawić na aktywność umysłową stawia na aktywność sportową. Nie ma w tym nic złego, a sama aktywność fizyczna czy też sportowa jest jak najbardziej pożądana. Ciało jest, co najmniej tak istotne dla człowieka jak jego umysł. Chciałoby się, żeby każdy człowiek miał tyle samo czasu na sport i pracę umysłową, ale współczesny świat wypełniony obowiązkami bardzo rzadko pozwala na komfort nie wybierania między tymi dwoma czynnościami. Miejmy nadzieję, że w przyszłości pod tym względem będzie dużo

lepiej¹⁶. Należy również przypomnieć, że sport to część kultury fizycznej w skład, której wchodzi także wychowanie fizyczne i rekreacja fizyczna. Działalność edukacyjna w sferze kultury fizycznej to przede wszystkim propagowanie określonego systemu wartości a nie nauczanie tylko i wyłącznie określonych ruchów. Warto uczyć świadomie, ponieważ sport jako ważny składnik kultury powinien spełniać nie tylko funkcje konsumpcyjne dla potencjalnego kibica, ale przede wszystkim rysować w umyśle odbiorcy pewien "wzór naśladowań". Sport zaczyna być traktowany bardzo szeroko, bo przyjęło się, że jest on porównywaniem się w kompetencjach psychomotorycznych dwóch lub więcej ludzi. Na tej płaszczyźnie do sportu zaliczamy żużel, sporty motorowe, F1, skakanie na rowerze, K1 itd. Zastanówmy się jednak, jakie wartości wyniesie osoba obserwująca te zmagania i jak te wartości będzie starała się urzeczywistnić w swoim życiu. Otóż w tego typu "sportach" rzadko spotykamy wartości uniwersalne takie jak szlachetność, uczciwość, tolerancja, empatia, szacunek. Te sporty w dużej mierze zostały wykreowane przez mass media. To się dobrze ogląda, dobrze sprzedaje, a widz niespecjalnie musi zastanawiać się, o co w tym wszystkim chodzi. Można śmiało nazwać te sporty "sportami kultury fizycznej niższego rzędu". Po drugiej stronie bieguny sytuują się sporty wyższej kultury, to jest żeglarstwo, siatkówka, szermierka, tenis, golf. Są to sporty, które same w sobie generują wszystkie właściwe wartości, o które jakże ciężko w obecnych czasach. Jakże różne emocje tworzą spektaklowi tenisowemu i meczowi żużlowemu. Nie da się tego połączyć, nie da się tego nawet porównać. Sport "wyższy" to także profilaktyka. Sport kreuje mistrzów, a Ci jako przykład zachęcają innych do aktywności fizycznej. Państwo powinno być szczerze zainteresowane tym, aby rozwijać przede wszystkim te dyscypliny, które dodatkowo obok wychowania fizycznego wytworzą w ludziach odpowiedni zestaw postaw w stosunku do własnego ciała jak i ducha. Ponadto zdrowe społeczeństwo to społeczeństwo, którego nie trzeba leczyć, a to kosztuje. Niestety wydaje mi się, że działalność

¹⁶<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HuWMgHQ4Y9sJ:www.victoza.pl/kultura-a-sport.pl>

publiczna nie jest ukierunkowana na te zagadnienia, szkoda ponieważ są bardzo istotne¹⁷.

Zakończenie. Sport dla większości Polaków ma duże znaczenie. Nie tylko uprawianie różnego rodzaju sportu daje nam przyjemność i szczęście w dążeniu do wyznaczonych celów. Sport staje się, co raz bardziej modny, coraz więcej osób możemy spotkać na siłowni, ćwiczących aerobik czy ostatnio modną zumbę. W dzisiejszych czasach wygląd ma duże znaczenie w środowisku, w którym żyjemy, więcej się ruszamy i staramy się wprowadzić zdrowy styl życia. Również w codziennym życiu mamy ze sportem do czynienia np. w programie telewizyjnym, co wieczór wiadomości sportowe i pogoda, które często stają się rytuałem. Innym przykładem może być niecierpliwość z jaką czeka się na mecz i kibicowanie ulubionej reprezentacji.

Podsumowując należy stwierdzić, iż polskie społeczeństwo staje się coraz bardziej aktywne sportowo. Proces ten przebiega wolno, ale systematycznie, tak, jak przebiegają inne procesy społeczne mające charakter ewolucyjny. W znaczącym stopniu szybkość dochodzenia do standardów europejskich w tym zakresie zależy od czynników społecznych (wykształcenie, zamożność), dominujących idei i wartości w kulturze (estetyka ciała, przyjemności kinetyczne, pozytywne doznania emocjonalne) oraz sprawności i adekwatności systemu edukacji fizycznej w szkole (innowacyjność, wykorzystanie cyberprzestrzeni, odpowiedź na potrzeby społeczne). Jeśli wymienione trzy agendy socjalizacji (społeczeństwo, kultura i edukacja fizyczna w szkole) osiągną wysoki stopień zbieżności, jeśli będzie mniej zmiennych zakłócających ten proces, to społeczeństwo nasze stanie się tak aktywne sportowo, jak aktywne są inne społeczeństwa zachodnie¹⁸. Edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i

zmniejszać jej negatywne skutki¹⁹. Edukacja zdrowotna jest podstawą szkolnego programu profilaktyki. Jej celem jest pomoc uczniom w poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych – zrozumieniu, czym jest zdrowie²⁰. Najprostszą receptą na zdrowie jest uprawianie sportu. Nie chodzi tu o wyczynowe uprawianie kolarstwa czy biegów w maratonach, ale przystosowaną do naszego trybu życia aktywność fizyczną. Dla jednych będzie to, więc jazda do pracy na rowerze, dla drugich pływanie czy częste spacerowanie. Jak zauważa Tomasz Sahaj uprawianie sportu daje same korzyści. Sport pomaga radzić sobie ze stresem, poprawia samopoczucie, ale również zmniejsza ryzyko zachorowań na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zawał. Regularne ćwiczenia stanowią jeden z najskuteczniejszych sposobów zwalczania otyłości.

We współczesnym, w wysokim stopniu zurbanizowanym i zindustrializowanym społeczeństwie, aktywność fizyczna jest niezbędna, jako czynnik ochrony zdrowia. Podejmowana regularnie, gwarantuje prawidłowy rozwój, zdrowie i wysoką sprawność psychofizyczną²¹. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca 60 min codziennego wysiłku fizycznego, dla dzieci i młodzieży, licząc się z ich rozwojem motorycznym²². Osiągnięcie zamierzonych celów wymaga podejmowania różnorodnych działań w ramach programu dydaktycznego, wychowawczego i szkolnego. Jest to proces długotrwały, wymaga sporego wysiłku nauczycieli, jak również zaangażowania samych uczniów i ich rodziców, gdyż skuteczność edukacji zdrowotnej głównie zależy od tego, czy dzieci przeniosą do swego codziennego życia to, czego uczą się w szkole.

¹⁹ Barbara Woynarowska, *Edukacja zdrowotna podręcznik akademicki*, Wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007 r. str. 103

²⁰ Barbara Woynarowska, Zbigniew Izdebski, Anna Kowalewska, Krystyna Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010 r. str. 229

²¹ Tadeusz Sahaj (2001), *Czy sport to zdrowie?* Refleksje filozoficzne, *Sport Wyczynowy*, nr 5–6, s. 73–83.

²² Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej, *Sport to zdrowie*, 2008r. str.8, http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf

¹⁷ <http://www.gazetawroclawska.pl/artypkiul/492921,sport-jako-wartosc-kultury-czesc-i,id,t.html>

¹⁸ <http://ppg.ibnrg.pl/pomorski-przeglad-gospodarczy/jakie-spolczenstwo-taka-kultura-fizyczna>

Piśmiennictwo Publikacje

1. Acta Universitatis Lodziensis, Folia Sociologica nr 45, *Sport to zdrowie. Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*. (Red. naukowa A. Leszczyńska), Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2013.
2. *Encyklopedia Powszechna PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1986.
3. Fundowicz S., *Prawo sportowe*, Wyd. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2013.
4. Marcinkowski J. T., Kобрzyńska T., *Ocena skuteczności programu profilaktycznego ukierunkowanego na młodzież dotyczącego uzależnień. Drugi Elementarz, czyli Program Siedmiu Kroków. Śląskie Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego*, Zabrze-Szczyrk, 2002.
5. Michalik M. B., *Kronika sportu*, Wyd. Kronika, Warszawa 1993.
6. Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., *Pedagogika wobec współczesności, Edukacja zdrowotna*, wyd. WAiP, Warszawa 2009.
7. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna, podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
8. Woynarowska B., Izdebski Z., Kowalewska A., Komosińska K., *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010.
9. Wroczyński R., *Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu*, Wyd. BK, Wrocław 2003.

Źródła internetowe

1. www.lider.szs.pl/biblioteka/download.php?plik_id=1576&f=artykul_1576.doc
2. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Sport>
3. <http://www.eszkola.pl/historia/sport-w-starozytnej-grecji-6002.html>
4. <http://www.przedszkola.edu.pl/cele-i-zadania-edukacji-zdrowotnej.html>
5. <http://www publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=11214>
6. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HuWMgHQ4Y9sJ:www.victoria.pl/kultura-a-sport.pl>
7. <http://www.gazetawroclawska.pl/artykul/492921,sport-jako-wartosc-kultury-czesc-i,id,t.html>
8. <http://ppg.ibngr.pl/pomorski-przeglad-gospodarczy/jakie-społeczenstwo-taka-kultura-fizyczna>
9. <http://www.gazetawroclawska.pl/artykul/492921,sport-jako-wartosc-kultury-czesc-i,id,t.html>
10. <http://ppg.ibngr.pl/pomorski-przeglad-gospodarczy/jakie-społeczenstwo-taka-kultura-fizyczna>
11. Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej, „*Sport to zdrowie*” 2008 r. str.8, http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ АВТОРІВ

Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation and Recreation)

Структура статті: посередині – назва статті (мовою оригіналу та англійською), нижче – прізвище та ініціали автора (ів), повна назва організації; анотації й ключові слова **українською, польською (російською) та англійською мовами.**

Анотації

Обсяг анотації – 100–150 слів двома мовами та 250–300 слів англійською.

Структура анотації: **мета, матеріал, результати, висновки.** Анотація повинна виконувати функцію незалежного від статті джерела інформації та уможлиблювати встановлення її основного змісту.

Англійська анотація має бути написана якісною англійською мовою. Використання комп'ютерного перекладу не допускається.

Анотації мають бути оформлені згідно з міжнародними стандартами.

Ключові слова (4–5, через кому).

Основний текст статті

Редакційна колегія приймає до друку лише ті наукові статті, які **містять такі елементи:**

Вступ (суть проблеми, її важливість, аналіз останніх досліджень; виокремлення не розв'язаних раніше частин загальної проблеми, які розкриває означена стаття).

Матеріал і методи (учасники, організація дослідження).

Результати дослідження. Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів (*результати дослідження з обов'язковою статистичною обробкою даних потрібно подавати у вигляді таблиць, графіків, діаграм. Дані, які відображаються в таблицях, мають бути суттєвими, повними, достовірними. Заголовки таблиці, назва графіка або діаграми відповідають їхньому змісту. Результати дослідження мають бути обов'язково проаналізовані.*

Дискусія. Варто провести паралелі з даними, отриманими іншими вітчизняними й закордонними вченими.

Висновки (подається коротке формулювання результатів дослідження, осмислення та узагальнення теми. Висновки повинні бути лаконічними, конкретними, обґрунтованими, відповідати меті дослідження та впливати з основного змісту роботи).

Література (біля 20, на кожну позицію має бути посилання в тексті статті; повинні містити достатню кількість **сучасних** (за останні п'ять років) джерел за проблемою дослідження. Оформлення списку літератури слід подавати у квадратних дужках, відокремлюючи одне джерело від іншого комою, наприклад [3, 4, 15].

References – список літератури, поданий латиницею згідно стандарту APA (American Psychological Association) з допомогою сайту <http://www.bibme.org/apa/book-citation/manual>.

За достовірність наданої інформації відповідальність несуть автори!

При підготовці статей просимо Вас дотримуватися таких вимог:

Тема листа та ім'я файла статті: Прізвище автора_Стаття.

Мови публікацій – українська, польська, російська та англійська.

Обсяг статті – 8–15 сторінок із таблицями, схемами та малюнками формату А4 в редакторі Word, у форматі *.doc. Шрифт – Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал – 1,5 (у таблицях – 1), орієнтація сторінки – книжкова, без переносів.

Анотації та ключові слова подаються шрифтом Times New Roman, кегль 12.

Розміри полів: зліва – 3 см, справа – 1 см, зверху й знизу – 2 см, вирівнювання – по ширині.

Чітко диференціюються тире (–) та дефіс (-).

Якщо стаття не відповідає вищезазначеним вимогам або її науковий рівень недостатній, то редакційна рада не приймає працю для публікації.

Для своєчасної інформації просимо Вас надсилати авторську довідку (див. нижче).

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

Назва статті українською (польською чи російською) та англійською мовами

Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь та вчене звання, посада автора (-ів)
(українською (польською чи російською) та англійською мовами)

Місце роботи, навчання (українською (польською чи російською) та англійською мовами)

Поштова адреса, індекс (установи чи організації)

Телефон _____

E-mail _____

ORCID ID _____

Статтю та авторську довідку відправляти електронною поштою:
i.m.grygus@nuwm.edu.ua

Наукове видання

Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & recreation)

Науковий журнал
Національного університету водного господарства та природокористування
№4

Технічний редактор І. В. Захарчук

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ 21285-11085Р від 16.03.2015 р.
Засновник і видавець – Національний університет водного господарства
та природокористування
Формат 60x84 ¹/₈. Обсяг 8,37 ум. друк. арк., 7,94 обл.-вид. арк.
Наклад 100 пр. Зам. 88. Виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.