ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА

УДК 378.147:796.011.3

Василь ФЕДОРЕЦЬ,
кандидат медичних наук,
докторант Інституту вищої освіти НАПН України,
старший викладач кафедри психолого-педагогічних
та соціальних наук
Вінницької академії неперервної освіти

ТЕХНОЛОГІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМАТИЗАЦІЇ НА ОСНОВІ МЕТОДОЛОГІЧНО-ЦІННІСНОЇ РЕФЛЕКСІЇ ЕКЗИСТЕНЦІЙНИХ ПРОБЛЕМ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЖИТТЯ HOMO EDUCANDUS ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ АСПЕКТ МЕТОДОЛОГІЇ РОЗВИТКУ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

У статті на основі методологічно-ціннісної рефлексії екзистенційних проблем збереження життя Homo Educandus висвітлюються значимі питання формування методології та методики розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах післядипломної освіти. Технологізація, «розгорнута» репрезентація, специфікація та аксіологізація пізнавальних процесів проблематизації та постановки проблеми представлена нами як ефективний шлях розробки даної методології та методики. Ми констатуємо базові здоров'язбережувальні принципи, до яких відносимо: «принцип первинності та домінування збереження життя над збереженням і формуванням здоров'я»; «принцип первинності й домінування збереження життя над тренувальним процесом, його результатами і фізичною та функціональною підготовкою»; концепти «первинної ієрархії збереження здоров'я і життя» та «базисної ієрархії освітніх ризиків для життя в умовах рухової активності». До першої групи «гострих кардіологічних порушень» базисної ієрархії освітніх ризиків для життя відносимо дванадцять «основних» патологій: раптову серцеву смерть, гостру коронарну недостатність, інфаркт міокарда, забій серця, струс серця, аритмії, пароксизмальну синусову тахікардію, гостру серцеву недостатність, шок, колапс, гіпотонію, гіпертонічний криз, які можуть виникнути в «повністю» здорових дітей під впливом фізичного навантаження.

Ключові слова: *методологія, методика, постановка проблеми, проблематизація, здоров'язбережувальна компетентність учителя фізичної культури, післядипломна освіта, гостра патологія і невідкладні стани, ризики для життя, раптова серцева смерть, гостра коронарна недостатність, інфаркт міокарда, екзистенційні цінності, збереження життя, homo educandus, профілактика, педагогіка здоров'я.*

В статье на основании методологически-ценносной рефлексии экзистенциональных проблем сохранения жизни Homo Educandus раскрываются значимые вопросы формирования методологии и методики развития здоровьесохраняющей компетентности учителя физической культуры в условиях последипломного образования. Технологизация, «развернутая» репрезентация, спецификация и аксиологизация познавательных процессов проблематизации и постановки проблемы представляется нами как эфективный путь разработки данной методологии и методики. Мы конституируем базисные здоровьесохраняющие принципы, к которым относим: «принцип первичностии доминирования сохранения жизни над сохранением и формированием здоровья»; «принцип первичности доминирования сохранения жизни над тренировочным процессом, его результатами, физической и функциональной подготовкой»; концепты «первичной иерархии сохранения здоровья и жизни» и «базисной иерархии образовательных рисков для

© Федорець В., 2018

жизни в условиях двигательной активности». К первой группе «острых кардиологических нарушений» базисной иерархии образовательных рисков для жизни относится двенадцать «основных» патологий: внезапная сердечная смерть, острая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, ушиб сердца, сотрясение сердца, аритмии, острая сердечная недостаточность, шок, коллапс, гипотония, гипертонический криз, которые могут возникнуть у «полностью» здоровых детей под воздействием физической нагрузки.

Ключевые слова: *методология, методика, постановка проблемы, проблематизация, здоровьесохраняющая компетентность учителя физической культуры, последипломное образование, острая патология и неотложные состояния, риски для жизни, внезапная сердечная смерть, острая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, экзистенциональные ценности, сохранение жизни, homo educandus, профилактика, педагогика здоровья.*

The article highlights the important issues of forming the methodology and methods of development of the health preserving competence of a Physical Education teacher in condition of post-graduate studies using the Homo Educandus methodologically-value reflection of the existential issues of conservation of life as a basis. Technologisation, «detailed» representation, specification and axiologisation of the cognitive processes of defining and stating the problems are viewed as an effective way of development of this methodology and methods. We constitute basic health preserving principles, which in our opinion include «The principle of primariness and domination of conservation of life over health preservation and formation»; «The principle of primariness and domination of conservation of life over the training process, its results and the level of physical and functional preparation» and we also formulate the concept of «Primary hierarchy of health and life conservation» and «The basic hierarchy of the educational hazards to life in conditions of physical activities». The first group of «Acute cardiac disorders» in our basic hierarchy of educational hazards to life includes twelve «main» pathologies: sudden cardiac death, acute coronary insufficiency, heart attack, cardiac contusion, comotio cordis, arrhythmia, paroxysmal sinus tachycardia, acute cardiac insufficiency, shock, collapse, hypotension and hypertension, which may occur in «absolutely» healthy children as a result of exercise stress.

Key words: *methodology, methods, stating the problem, defining the problem, health preserving competence of a Physical Education teacher, post-graduate education, acute pathology and emergency states, hazards to life, sudden cardiac death, acute coronary insufficiency, heart attack, existential values, preservation of life, homo educandus, prevention, pedagogy of health.*

... людина починає поводитися як людина
лише тоді, коли вона здатна перебороти
рівень психофізично-організмової данності
та поставитися до самої себе, не обов'язково
протиставляючи собі.
Ця можливість і є існування (екзистенція),
а існувати – означає постійно виходити
за межу самого себе…
В. Франкл [36, с. 93]

Постановка проблеми. Розробка структури і змісту будь-якої компетентності, зокрема й здоров'язбережувальну, здійснюється на аксіоматичних засадах, тобто первинно задається на основі наявних уявлень, певних усталених зразків та суб'єктивних візій. Безумовно, при цьому як у структурі, так і особливо у змісті компетентності відображаються світоглядні інтенції її авторів та їх розуміння проблеми, тобто ми бачимо певний «наліт» суб'єктивності. Окрім того, сам «внутрішній» процес розробки компетентності зазвичай не є актуалізованим і репрезентованим. Зрозуміло, що в гуманітарній сфері ми не можемо все те, що створюємо, об'єктивізувати, «розбити» на етапи і спробувати пояснити та обґрунтувати так, як це прийнято робити в природничих і математичних науках. Тому важливим є врахування ідей Вільгельма Дільтея, одного із фундаторів філософії життя [5; 46]. Він вважав, що для гуманітарних наук, що є «науками про Дух», актуальним є не пояснення (як у природничих науках), а насамперед розуміння, переживання, проживання, рефлексія й осмислення.

Важливим аспектом, який необхідно врахувати в методології, є також інтерпретативна [45] і ціннісна природа гуманітарного знання [5; 46], педагогіки, освітнього процесу як і самої сутності людини. Разом із тим, у розробках компетентності означена інтерпретативна сутність, що створює інтелектуальне поле для розумінь і дискусій, а також формує певний рівень складності іментальної гри, не завжди проявляється та цілеспрямовано актуалізується. Тому зі світоглядно-методологічних і суто технологічних позицій виникає запитання: «Наскільки коректним і доцільним буде не репрезентувати в розгорнутому вигляді саму постановку проблеми і процес проблематизації питань збереження здоров'я при формуванні структури і змісту здоров'язбережувальної компетентності?».

Наслідком недостатньо повної проблематизації і розробки проблематики збереження здоров'я, на нашу думку, є поява науково-практичного напряму – спрощених і редукціоністських за своєю сутністю методик збереження здоров'я. Прикладом можуть бути однозначно «правильні» рекомендації про те, що необхідно пройти певну кількість кроків на день незалежно від способу життя. Як приклад – спроби використання без адаптації на заняттях фізичною культурою методу К. Бутейка чи «тотальний» контроль дихання під час бігу тощо. Незважаючи на поширеність, а інколи й нормативно-обов'язковий характер вказаних візії, підходів та методик, варто відмітити їх невідповідність сучасним фізіологічним [34], антропологічним, медико-гігієнічним [34] і психологічним уявленням про рухову активність і здоров'я людини.

Іншою значимою складовою, що обумовлює необхідність постановки проблеми і репрезентації процесів проблематизації в «розгорнутому», деталізованому і специфікованому (конкретизованому) вигляді під час розробки здоров'язбережувальної компетентності та її змісту є багатомірність та трансдисциплінарний [9] характер самого напряму збереження здоров'я в освіті, який інколи редукують до набору кількох десятків методик, формування здорового способу життя та здоров'язбережувальних технологій. Це зумовлено насамперед складністю самих феноменів життя і здоров'я. Означені феномени (життя і здоров'я) відповідно до закону необхідного різноманіття У. Ешбі потребують для реального і коректного впливу на них співвідносної їх рівню складності засобів організації, методологічного і методичного інструментарію та адекватної підготовки педагогів. Тому, узагальнюючи розгляд актуальних методологічних

аспектів збереження здоров'я Homo Educandus (Людина, яка навчається) відповідно до питання розробки здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури і її змісту, можемо виокремити такі невідповідності й протиріччя (антиномії): між традицією аксіоматичного, нерозгорнутого, недеталізованого формування передумов, структури та змісту вказаної компетентності й світоглядно-методологічними та технологічними запитами на специфікований і детальний аналіз даного питання, що включає постановку проблеми, а також проблематизацію як вихідних позицій методології і методики (невідповідність між аксіоматичною, «згорнутою» постановкою проблеми й «життєвими» запитами на феноменологічно орієнтований «розгорнутий» процес проблематизації); між недеталізованими, представленими в «дефінітивному» вигляді методиками, баченнями, змістами, інтенціями, смислами збереження здоров'я Homo Educandus і реально існуючими складними феноменами життя та здоров'я (невідповідність між аксіматичною і схематизованою методологією й складною, багатовимірною феноменологією здоров'я); між методологією збереження здоров'я, що базується на відносно звужених морфофізіологічних, медико-гігієнічних уявленнях, сформованих на основі цінностей позитивізму, редукціонізму, біологізації та необхідністю актуалізації проблемного, антропологічного, феноменологічного, трансдисциплінарного підходів і широкого використання проблематизації, специфікації й ієрархізації при постановці проблеми.

Таким чином, на основі ціннісно-смислової і методологічної рефлексії освітніх тенденцій збереження здоров'я Homo Educandus та формування здоров'язбережувальної компетентності ми можемо зробити висновок про необхідність актуалізації питань проблематизації і постановки проблем у даному здоров'яорієнтованому напрямі, що передбачає осмислення трансдисциплінарної [9], технологічної й антропокультурної специфіки феномену здоров'я та життя. Ми акцентуємо увагу на актуалізації уявлень про здоров'я у форматі багатовимірного феномену, який може бути репрезентований також і як специфічна онтологія. На основі зазначених феноменологічних і онтологічних візій може бути реалізована «розгорнута» і специфікована проблематизація [2; 25; 37, с. 271-326; 42] і постановка проблеми [2; 25; 42], які первинно і значною мірою покликані визначати специфіку та зміст здоровязбережувальної компетентності вчителя фізичної культури. Схематично такий проблемно орієнтований підхід можна представити у вигляді взаємозалежних складових і етапів методологічної діяльності: «феноменологізація – онтологізація – постановка проблеми – проблематизація – уточнення проблеми – формування компетентності та її змісту».

Крім вищепредставлених базових антиномічних положень, що визначають наше дослідження як актуальне, ми розглянемо також значимі аспекти постановки проблеми, які необхідно врахувати при розробці методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах післядипломної освіти. До вказаних проблемно орієнтованих аспектів ми відносимо насамперед необхідність гуманізації [1; 4; 13; 17; 34-36; 43; 45; 47], антропологізації [1; 4; 10; 13; 14; 16; 36; 39; 40; 43; 45; 46; 47], екзистенціоналізації [1; 6; 11; 14; 15; 17; 21; 23; 24], онтологізації, технологізації [47], фундаменталізації [18], інтелектуалізації, аксіологізації [1; 4; 15] як самої компетентності, так і практик збереження здоров'я в умовах освітнього процесу. Такі розуміння і методологічні установки співвідносні з гуманістичними й інтелектуальними інтенціями європроцентричних трансформацій української освіти та відповідають дитиноцентричній ідеології Концепції «Нова українська школа» [16]. Ми виходимо з ідеї про те, що вказані аспекти необхідно актуалізувати насамперед при «зародженні» діяльності, тобто в процесі постановки проблеми і проблематизації.

Представимо тезисно зв'язок означених аспектів із проблематизацією. Гуманізація [1; 4; 13; 17; 34; 35; 36; 43; 45; 47], антропологізація [4; 10; 13; 43; 45; 46; 47], онтологізація визначаються найперше питаннями актуалізації феноменологічно й екзистенційно [1; 6; 11; 14; 15; 17; 19; 21: 23; 24] орієнтованих уявлень про дитину і її здоров»я, які розуміються як первинні, вихідні й «установочні» позиції при проблематизації. Зокрема, йдеться про те, що проблематизація є осмисленим шляхом, який як на рівні методології та методики, так і в ході реалізації здоров'язбережувальних практик первинно визначає антропологічно-ціннісні [1; 4; 10; 15; 36; 39; 43; 45; 47] уявлення про дитину, які зі свого боку формуються через рецепцію й світоглядно-ціннісну рефлексію феномену людини, репрезентованого в аспекті багатовимірності. Представлена професійно-світоглядна установка розкриває можливості педагога подивитися на дитину як на специфічний, антропологічний [1; 43; 11; 45; 47] і унікальний феномен, який може бути репрезентований також як «розгорнута» онтологія. Концептуалізуючи зазначені методологічно-світоглядні ідеї та інтенції, ми формуємо три шляхи, які можна трактувати також і як принципи проблематизації: «*проблематизація через феноменологізацію антропного і життя», «проблематизація через аксіологізацію антропного і життя»* і *«проблематизація через онтологізацію антропного і життя».*

Актуалізація фундаменталізації [18], інтелектуалізації, технологізації, а також трансдисциплінарних [9] візій, які розуміються як значимі аспекти методології розвитку здоров'язбережуальної компетентності, є неможливими без детальної розробки проблематики здоров'я саме на первинному етапі – постановки проблеми. Означені проблеми і напрями є взаємодетермінативними. Недостатня чи «неповна» проблематизація, яка мала б розкривати феноменологічний аспект природи дитини, є передумовою компенсаторного формування міфів та спрощених уявлень про здоров'я, визначаючи таким чином і специфіку здоров'язбережувальних технологій. Це проявляється також у недостатньому осмисленні феноменологічної природи дитини, життя і здоров'я. Наприклад, недостатня розробленість феноменологічного [7] і трансдисциплінарного [9] аспектів при постановці проблеми може проявлятися в «наївних» уявленнях, про те, що холод у вигляді загартовування чи ранкова зарядка «підсилюють» і «зміцнюють» імунітет. Об'єктивно, із позицій імунології, такого явища не існує. Але імунітет «підсилюється».

Формат аксіології здоров'я також залежний від «шляхів» проблематизації і від того, які цінності та ціннісні орієнтири беруться за основу в процесі постановки проблеми. Як приклад, зазначимо,

що на даний час у процесі занять фізичною культурою є недостатньо актуалізованими екзистенційні цінності [1; 11; 14; 15; 17; 24; 41; 43], а як наслідок – здоров'я часто розуміється у форматі тілесного, яке репрезентується з контекстуально присутніми «фобічно-нав'язливими конотаціями». За наявності таких конотацій виникає ідея про обов'язковість щоденного загартовування чи зарядки, адже якщо, на думку багатьох, цього не робити, то будуть певні негативні наслідки для здоров'я. Виникає запитання: яким чином і наскільки у зазначених рекомендаціях враховані сучасні підходи, що наявні у фізіології, хронобіології, медицині, гігієні, а також вузькопрофесійне питання відновлення після навантаження. Таким чином, недостатнє приділення уваги екзистенційним [1; 6; 15; 17; 19; 24; 41], психологічним і духовним аспектам здоров'я ще у процесі проблематизації [2; 8; 24; 37; 42] на фоні домінування перманентної ідеї постійного «покращення» тіла і його оздоровлення, є контекстуально існуючою «методологічною» передумовою формування системних проблем екзистенції, смислів, серця і Духу. Означені проблеми трансформуються в екзистенційний вакуум [36, с. 308-320], інфантилізм, ноогенний невроз [36, с. 208-320, 338-359], нездатність особистості до знаходження смислів. Це із часом може стати передумовою до формування девіантної поведінки, алкоголізму, наркоманії, інших неадекватних способів знаходження себе і смислів свого буття. Якщо витісняються чи не актуалізуються екзистенційні проблеми, то молода людина знаходить шлях до свого внутрішнього буття та цілісності завдяки неприродним і легким способам – через наркотики, асоціальну поведінку тощо. Отже, ми можемо виділити актуальну приватну здоров'язбережувальну проблему взаємодій у близьких за смислами системах «тілесне – психологічне», «тілесне – духовне», яка має мати свої адекватні освітні здоров'яорієнтовані шляхи вирішення.

Постійна концентрація на тілесному здоров'ї, тілі, його функціях і показниках функціональних та фізичних (сила, витривалість тощо) можливостей організму певною мірою зміщує, спрощує й дезактуалізує проблематику внутрішнього буття людини. Згадаємо досить специфічне захоплення культуризмом, результатом якого є формування не лише досконалого чи специфічного тіла, а й особливої тілесності та психології. Прикладом патологічної фіксації на тілі та тілесності є формування специфічної патології характеру, що інколи спостерігається у колишніх спортсменів, зокрема порушення, яке називається соматотонією (somatotonia) [30, с. 221-231], що первинно проявляється в нарцистичній концентрації на власному тілі, його красі, фізичних можливостях (силі, витривалості). Згодом домінування тіла і тілесності може трансформуватися в гіперсексуальну, агресивну й асоціальну поведінку, а пізніше – у захоплення психоактивними речовинами, що згодом переходить у формат хімічних залежностей (тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія). Таким чином, при «бажанні» завдяки спорту і фізичній культурі ми можемо створити передумови не лише для власної досконалості та гармонійного розвитку, а й закласти основи соціальних, духовних, психологічних [30, с. 221-231; 52; 58] і тілесних [48; 55-57] проблем, а також сформувати систему ризиків для життя [26; 34; 44; 50-54]. Ця думка частково була сформована ще в радянській традиції. Згадаємо хоча б рекетирів 90-х, а також «тітушок», в яких асоціальні установки формувалися завдяки «домашньому» спорту та ідеології сили, нігілізму, класової боротьби, що яскраво концептуалізовано в ідеї «ГТО» (від рос. – «Готов к труду и обороне»).

Співвідносна до вищеописаного феномену соматотонії проблематика як позитивного, так і негативного впливу дитячого та юнацького спорту на життя дітей і їх родин, а також на їх успішність у школі та соціальну адаптацію аналізується в західній науковій літературі [44; 48; 50; 51-58]. Детально це питання досліджується І. Турчик [32; 33], яка аналізує роботи західних дослідників та практики фізичної культури і спорту з метою вдосконалення системи фізичного виховання в Україні. Науковець актуалізує питання рецепції зарубіжного досвіду, зокрема необхідність урахування і негативних тенденцій. Як зазначають дослідники, у США дитячий спорт є системним фактором ризику: дитячого травматизму (A. Gottschalk, J. Andrish [48]; A. Luke, R. Lazaro, M. Bergeron, L. Keyser, H. Benjamin [56]); тромбозу (J. DiFiori, H. Benjamin, J. Brenner, A. Gregory, N. Jayanthi [54]); розладів харчової поведінки (A. Nattiv, A. Loucks, M. Manore, C. Sanborn [57]); струсу мозку (L. Johnson, M. Syd, [50; 55], J. Powell [55]); зниження рівня благополуччя (D. Merkel [52; 58]); вживанню алкоголю (T. Wichstrom, L. Wichstrom [58]). Проблематика впливу на розвиток раптової серцевої смерті *(від англ. – sudden cardiac death)* нетрадиційних видів спорту на фоні наявних хронічних хвороб серця розкривається авторами зі США (S. Van Camp, C. Bloor, F. Mueller, R. Cantu, H. Olson [53]).

Безумовно, негативні тенденції є у будь-якій сфері, але їх необхідно врахувати при розробці методології здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури відповідно до сучасних соціокультурних і політичних реалій. Для протидії вказаним дизгармонізуючим явищам ми у процесі проблематизації звертаємося до українських традицій гармонійного існування людини із самою собою, суспільством, світом і Землею. Культура як така є традиційним способом адаптації людини і цілої групи через гармонізацію. Тому і практики збереження здоров'я мають бути культуро відповідними [1; 4; 6; 13; 17] та антропологічно й екзистенційно [1; 11; 16; 21; 24; 43; 47] орієнтованими. Важливим також є можливість актуалізації потенціалу християнських та іудейських релігійно-культурних традицій. Актуальною в даному напрямі також є рецепція, осмислення й адаптація античної традиції epimelēsthai sautou («Турботи про себе») [47], gnothi sautou («Пізнай самого себе») [47] та давньогрецького принципу калакогатії *(від дав.-гр. – καλοκαγαθία)*. У цих традиціях і принципах закладено історично сформовані ідеї міри, співрозмірності, гармонії між тілесними, духовним та іншими складовими людини.

У контексті актуалізації даної проблеми в наш час особливої значимості набуває технологічно й соціально орієнтоване питання, яке нами репрезентується у форматі антиномії «життя – здоров'я». Уточнюючи це, на перший погляд тривіальне питання, ми розуміємо, що, незважаючи на парадоксальність і одночасно простоту його формулювання, воно залишається значимим і системоформувальним. Це зумовлено тим, що у професійній діяльності, яка перманентно моделювалася і спрямовувалася на

«нарощування» реального чи «міфічного» здоров'я, недостатньо враховувалися значимість і первинність феномену життя, що при стрімкій зміні екологічних і соціокультурних умов призвело до формування системних та імпліцитних (внутрішніх) ризиків для життя дітей [26; 34; 44; 50; 51; 53]. Ми, на жаль, визначаємо цей феномен через осмислення випадків загибелі дітей під час занять фізичною культурою і спортом [26; 34; 44; 50; 51; 53]. Тому в процесі проблематизації необхідна особлива увага і специфікація (конкретизація) при аналізі даного феномену саме в технологічному, ціннісному [4; 14-17; 36; 47] і професійно-світоглядному контекстах.

Важливим фактором актуалізації нашої проблеми є також аспект декомунізації освіти. Система збереження здоров'я в освіті, як і технологія фізичної культури, первинно вибудовувалися на основі «правильних» уявлень і дегуманізуючої, позитивістко та технологічно орієнтованої «комуністичної міфології». Все це системно і наскрізно визначало специфіку процесів проблематизації. В основу такої проблематизації було покладено культ класової боротьби, сили, нігілізму, що й обумовило мілітарний образ фізичної культури, «командирсько-менторський» формат поведінки вчителя та наївні примітивізовано-біологізаторські й «народні» уявлення про збереження здоров'я, яке розумілося як функція і сила. Враховуючи інерційність соціокультурних процесів, інтенції і смисли вказаної системи продовжують існувати як в сучасній освіті, так і культурі. Якщо вчитель, який керується вказаними візіями, побачить, що дитині важко під час заняття, то «типовим» виходом із ситуації може буде не «напруження» його інтелекту, не прояв турботи чи уваги, а «радянське» «дайош», «надо», що є похідними від «готов к труду и обороне» з відповідними наслідками. Таким чином, формування проблематизації на основі питання збереження життя є також значимою зі світоглядних, культурних та ідеологічних позицій.

У процесі актуалізації важливим є врахування того, що внаслідок впливу світоглядних, культурних, професійних чи ідеологічних установок і візій певні проблеми, будучи «об'єктивними» і реально існуючими феноменами, можуть ставати неактуалізованими або представленими спрощено. Метафорично висловлюючись, проблема може ставати «невидимою» чи ігноруватися. Тому проблематизація спрямована на їх виявлення. Наприклад, існує така професійна установка, що якщо учень приніс довідку про те, що він здоровий і може займатися фізичною культурою, то це так і є. Проте довідка видавалася на момент обстеження учня, а який стан здоров'я та які фактори на нього вплинули перед даним заняттям, це вже зовсім інше питання. Учень може випити енергетичний напій чи вжити наркотик [34], що тотально змінить його стан, який в умовах фізичного навантаження може проявитися у різкому зростанні ризиків для життя. Тому це відповідним чином має бути враховане педагогом, який на своєму рівні в конкретний час повинен зуміти проблематизувати певну ситуацію і на її основі сформувати свою ситуаційно й особистісно орієнтовану тактику, яка має бути первинно спрямованою на збереження життя учня.

У даному контексті варто згадати те, що саме поняття проблематизації, яке ввів у науку Мішель Фуко [37, с. 271-326], розуміється ним не лише і не стільки як технологія актуалізації і постановки проблеми, а насамперед як шлях до розуміння певних епох і явищ, що здійснюється через аналіз способів їх проблематизації. Трансформуючи ідеї проблематизації М. Фуко [37, с. 271-326] в нашу методологію, ми можемо стверджувати: «Розкажіть як ви проблематизуєте питання збереження здоров'я, і ми вам скажемо яке здоров'я і життя Ви отримаєте, а також, які проблеми вас чекають». Таким чином, існує необхідність формування уявлень про проблематизацію і постановку проблеми як особливих і виокремлених пізнавально-методологічних операції, які розглядаються не лише традиційно, як складові методології, а ще й як важливий аспект (чи структурна одиниця) здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури, який первинно визначає її специфіку, зміст та практики збереження здоров'я. Актуальним є необхідність розробки репрезентації проблематики збереження здоров'я і взаємозв'язаного з нею розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури у форматах специфічної панорами проблем, *«пізнавально-діяльнісної онтології»,* специфічної професійної технологічно орієнтованої аксіології (цінності збереження життя в конкретних ситуаціях, а не лише «взагалі») та життєзбережувальної і здоров'язбережувальної педагогічної інтенціональності.

У науковій педагогічній літературі питання постановки проблеми і проблематизації на основі методологічно-ціннісної рефлексії актуальних питань збереження життя Homo Educandus, які б репрезентувалися у форматі значимої складової методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури, висвітлено недостатньо, що разом із важливістю розробки даної проблеми для збереження життя дітей в умовах освітнього процесу представляє наше дослідження як актуальне.

Аналіз наукових досліджень і публікацій. У дослідженні актуалізується п'ять основних аспектів, які розкривають та інтегрують дану проблематику. Вказані аспекти представлені: 1) методологічно значимими питаннями проблематизації та постановки проблеми; 2) актуалізацією методологічно-світоглядної проблематики ризиків для здоров'я [48; 49; 52; 55-58] і життя [26; 34; 44; 48; 50; 51; 53; 54], які можуть сформуватися внаслідок некоректного використання фізичної культури і спорту; 3) феноменологічно й екзистенційно орієнтованими питаннями життя та смерті як вихідними положеннями в процесах проблематизації при розробці компетентності, а також екзистенційними [1; 11; 14; 15; 17; 21; 24; 43; 45] аспектами педагогіки; 4) виокремленням і систематизацією системи визначальних [26; 34; 44; 50; 51; 53] та взаємопов'язаних, «взаємоперетікаючих» аспектів (феноменів, проблем і ризиків), на основі яких здійснюється проблематизація; 5) розкриття і структурування проблематики гострої кардіологічної патології [26; 34; 44; 50; 51; 53] як системоформувального та змістовного чинників при розробці здоров'язбережувальної компетентності.

У нашому дослідженні поняття проблематизації [2; 5; 9; 25; 37, с. 271-326; 42] залежно від контексту і мети використовується у двох варіантах інтерпретацій. У першому, «класичному» варіанті, ми розуміємо проблематизацію як постановку проблеми. Цей аспект формується на основі пізнавальних операцій [42] аналізу ситуації, цілепокладання, актуалізації тощо. Другий варіант проблематизації розробляється нами в рамках постнекласичних візій, розкритих М. Фуко [37], Ж. Дельозомі, Ф. Гватарі,

що включає аналіз контекстів, антропокультурних і суб'єктивних чинників та інших аспектів. Цей напрям висвітлено також у роботах І. Ардашкіна [2], І. Касавіна.

Питання постановки проблеми і проблематизації представлені в дослідженнях Е. Канта, Г. Гегеля, Р. Аккофа, Ж. Дельоза, Ф. Гватарі, К. Поппера, Р. Коллінгвуда, Н. Автономова, К. Айдукевича, Г. Альтшуллера, С. Анисимова, І. Ардашкіна [2], В. Беркова, А. Буряка, Н. Вахтоміна, П. Гайденко, О. Гури, Е. Жарикова, М. Зав'ялова, А. Зінченка, І. Касавина, В. Карповича, Г. Кнабе, С. Кримського, Т. Котарбинского, Ф. Лезера, В. Лекторского, А. Майданова, Я. Лукасевича, Е. Мамчура, Л. Маркова, Л. Мікешиної, Н. Мудрагея, І. Микешиної, І. Мочалова, Ж. Романенко, В. Стьопина, А. Сухотіна, І. Чернікова, М. Фуко [36], В. Швирьова, Г. Щедровицького [42], А. Тарського.

Аспекти негативного впливу спорту і фізичної культури на здоров'я та життя дітей при некоректному їх використанні висвітлено в роботах зарубіжних дослідників кінця 1990-2000-х років (із 1999 по 2017), зокрема N. Corliss, M. Fortier, C. Post, K. Chima, L. Crowe, V. Anderson, C. Catroppa, F. Babl, J. DiFiori, H. Benjamin, J. Brenner [54], A. Gregory [54], N. Jayanthi [54], G. Landry [54], A. Luke [54; 56], A. Gottschalk [48],J. Andrish, H. Harvey, H. Hausenblas, A. Carron, R. Lazaro [56], M. Bergeron [56], L. Keyser [56], H. Benjamin [56], J. Brenner [56], P. d'Hemecourt [56], M. Grady [56], J. Philpott [56], A. Smith [56], B. Maron [51], A. Merglen, A. Flatz, R. Bélanger, P.-A. Michaud, J.-C.Suris, D. Merkel, C. Stein, W. Meehan, T. Wichstrom [58], L. Wichstrom [58]. Професійно-світоглядні, ідеологічні та філософські аспекти проблематики ризиків для життя і здоров'я в контексті розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в науковій педагогічні літературі розкрито недостатньо.

Особливе (центральне) місце у профілактиці гострих кардіологічних порушень, як і ризиків для життя, які можуть сформуватися внаслідок фізичного навантаження, займає проблематика раптової серцевої смерті. Американські дослідники S. Van Camp, C. Bloor, F. Mueller, R. Cantu, H. Olson досліджували вплив на розвиток раптової серцевої смерті традиційних і нетрадиційних видів спорту на фоні наявних кардіологічних хвороб [53]. B. Maron і N. Estes висвітлили проблему зв'язку струсу серця (commotio cordis) [51] і раптової серцевої смерті внаслідок впливу східних єдиноборств. Аналіз американського проекту щодо попередження раптових серцевих смертей серед старшокласників (проект ADAM) представлений у дослідженнях групи авторів (S. Berger, B. Whitstone, S. Frisbee, J. Miner, A. Dhala, R. Pirrallo, L. Utech, R. Sachdeva [44]). Медичні, освітні та соціальні аспекти проблематики раптової серцевої смерті й інших гострих кардіологічних порушень, які виникли в дітей і підлітків внаслідок занять спортом чи фізичною культурою, висвітлено в роботах дослідників із США (D. Aeppli, G. Brett, J. Drezner, N. Estes, V. Froelicher, T. Haas, P. Heidenreich, B. Levine, J. Marek, E. Marijon, M. Mittleman, W. Roberts, R. Sachdeva, S. Stovitz, P. Thompson, S. Van Camp [53], B. Whitstone); Данії (A. Holst, J. Theilade, B. Winkel); Франції (E. Marijon, M. Tafflet, D. Celermajer); Німеччини (Г. Гускі [40]); Італії (C. Basso, D. Corrado, B. Pavei Maron, J. Doerer); Ізраїлю (A. Steinvil, T. Chundadze, D. Zeltser (проблематика ЕКГ-скринінгу в контексті профілактики раптової серцевої смерті) [49]); України (О. Богомолець (актуалізація питання використання дефібриляторів для невідкладної допомоги) [31], В. Боброва, О. Білоножко, В. Березова, В. Громенкова, В. Григорійчука, А. Датченка, Г. Дзяка, О. Малика, О. Неханевича, Л. Паруняна, А. Степаненко); Росії (В. Швальова [40] (класичні дослідження нервового апарату серця і його порушень), А. Виверта, Е. Павловича, А. Сосунова [40], Р. Стропуса Є. Чазова). Педагогічні й освітні аспекти раптової серцевої смерті представлено в роботах В. Будзини [26], О. Купчишина, О. Рябухи [26], Д. Окунева, О. Раганова, А. Терехова, В. Федорця [34].

У розробці методології здоров'язбережувальної компетентності ми використовуємо людиномірні ідеї засновника екзистенційної педагогіки О. Больнова [43], а також класиків даного напряму – М. Бедфорда, Х. Вулфа, У. Глассера, Й. Дерболава [45], В. Дільтея [5; 46], К. Дінелта, Г. Здарзили, І. Зязюна, В. Кременя, М. Лангевельда, М. Лідке, Т. Літта, В. Лоха, К. Роджерса [14], Г. Рота, Ж-П. Сартра [28; 29], В. Сухомлинського, Е. Фінка, В. Франкла [36], М. Шелера, Е. Шпрангера, Р. Штайнера, К. Ясперса [11]. Питання екзистенційної педагогіки представлено також у напрацюваннях Ю. Анушкіна [1], О. Борисенко, Н. Воробйова, І. Грешилової [6], К. Дроздова [21], М. Дудіної, О. Журавської, Я. Малкової [11], Т. Низової [14], Н. Ниязбаєвої [15], О. Новакова [17], О. Панової, С. Полянкина [21], Л. Петрової, О. Подліняєва [19], К. Райда [23], М. Рожкова [24], В. Скотного [29], І. Хоменко, А. Шершньової [41], K. Ballmer, A. Binet, A. Busemann, G. Misch і H. Lipps, E. Copei, K. Dienelt, H. Dopp-Vorwald, H. Elschenbreich, M. Guardini, H. Horner, K. Kampmann, P. Kauder, K. Koffka, O. Kroh, J. Meinerz, R. Meister, M. Montessori, L. Prohaska, E. Rotten, F. Schneider, E. Spranger, B. Tollkotter, E. Weniger, B. Burstow, R. Harrison, A. Feldman, Van Manen, J. Koskela, W. Klafki, G. Kneller, H. Lipps, van C. Morris, K. Nicoll, і A. Fejes, D. Vandenberg, K. Väyrynen.

Екзистенційно орієнтовані питання життя і смерті як первинні при постановці проблеми збереження здоров'я в освітній теорії і практиці розкрито недостатньо, що визначає необхідність їх актуалізації і розробки.

Наша методологія формується на основі рецепції ідей феноменології Е. Гуссеря [7], М. Мерло-Понті; екзистенційної філософії Н. Бердяєва, О. Больнова [43], С. Кьєркегора, Ж-П. Сартра [28; 29] М. Хайдеггера [38], В. Франкла [36], Е. Фромма, К. Ясперса [11]; екзистенційної психології Л. Бинсвангера [3], І. Ялома та ін.

Метою нашого дослідження є актуалізація, алгоритмізація, антропологізація, технологізація та феноменологізація процесів проблематизації і постановки проблеми як актуальних та первинних пізнавальних операцій, які визначають специфіку методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури і її зміст. Системоорганізуючим завданням і специфікою актуалізації процесів проблематизації і постановки проблеми є розробка їх на основі методологічно-ціннісної рефлексії визначальних та екзистенційних проблем збереження життя і здоров'я Homo Educandus. Актуальним завданням нашого дослідження є систематизація, класифікація, панорамізація та онтологізація життєзбережувальних і здоров'язбережувальних проблем шляхом виокремлення їх груп та ієрархії. Важливим аспектом проблематизації є також актуалізація значимих для розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя

фізичної культури проблем, які можуть бути репрезентовані в різних форматах, а саме як феномени, онтології, фактори та умови формування ризиків, а також самі ризики.

Виклад основного матеріалу. Характеризуючи інноваційну спрямованість і європоцентричні інтенції [16; 36; 37; 43; 45] сучасної української освіти, в смислових та ідеологічних рамках якої ми розробляємо нашу педагогічну систему, необхідно вказати на те, що проблематизація є актуальною не лише як аспект когнітивного повороту, а й як вимір наукового та культурно-освітнього тренду. Актуалізація проблематизації як складової «когнітивного повороту» може розглядатися в ракурсі антропологізації [4; 10; 13; 35] і гуманізації [1; 8; 15; 16; 36] освітнього процесу, а також як аспект інтелектуалізації [8; 9; 18] фізичної культури та «очищення» її від комуністичних смислових контекстів. Як зазначає І. Ардашкін, «когнітивный поворот – це вивчення пізнавальних процедур, пізнавальних практик, пізнання пізна́ння» [2, с. 7].

Формування нашої методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури базується на антропологічно-ціннісних [1; 4; 5; 6; 10; 13; 15; 17; 19; 21; 24; 29; 31; 33-36; 38; 40; 43; 45-47] і вітальних (життєвих) інтенціях і візіях, що первинно визначають її гуманістичну, людиномірну, культурологічну і феноменологічну специфіку та спрямованість. У рамках зазначених вихідних візій і методологічних та смислових установок первинним є життя людини, а не якісь інші цінності.

Для постановки проблеми і проблематизації ми використовуємо концепт *інтенціонально-смислової осі (лінії)*. Цей концепт визначається нами як інтегративне об'єднання актуальних для нашої методології інтенції, смислів, візії, цінностей, установок, які репрезентуються лаконічно, стисло, «згорнуто» у формі послідовності кількох (переважно двох, трьох) слів-понять, слів-образів і можуть розглядатися в різних форматах: як семантичні ряди, семантичні пари, інтенції, антиномії (ті, які мають антагоністичні смисли), антиномічні пари, контексти і актуальні утворення (фігури), синергії (тобто ті, які підсилюють смисли). Ідея осі полягає в тому, що смисли в процесі проблематизації можуть зміщуватися не лише дискретно, а й поступово, наче рухаючись по осі. Наприклад, раннє навчання призводить до «незначного» зміщення ризиків на осях «життя – смерть», «здоров'я – патологія», «культурна відповідність – дивацтва» вліво. Саме таке «незначне» зміщення смислів по кількох інтенціонально-смислових осях сприяє розкриттю проблеми як «панорами здоров'язбережувальних проблем», представляючи ризики репрезентативно і «розгорнуто». Сукупно це сприяє осмисленню й усвідомленню реальності небезпек [26; 34; 40; 44; 50; 51; 53] для життя дитини.

Переважно у більшості інтенціонально-смислових ліній закладено безпосередньо чи контекстуально базисну епістеміологічно значиму ідею антиномії. Зважаючи на це, ми навіть на інтуїтивному (глибинному) рівні інтерпретуємо інтенціонально-смислові лінії в рамках бінарного архетипу. Наприклад, антиномія «життя – смерть» є глибинною й архетипічною за своєю сутністю. Інтенціонально-смислові лінії та їх складові можуть розглядатися не лише як опозиції, а й як фігура і фон. Цей підхід ми рецептуємо із практики гештальтпсихології, де основні взаємодії, впливи і смисли можна сформувати («вивести») шляхом аналізу відношень у системі «фігура – фон». Таким чином, проблематизацію ми «вибудовуємо» не лише на розкритті антиномій, а й через використання контекстуальності, аналізу, трансформацій, взаємодій, впливів і смислів. Наприклад, інтенціонально-смислова вісь «життя – здоров'я» може розглядатися як антиномія й як синергія (підсилення первинних смислів слів), як фігура і як фон. Здоров'я в цьому випадку представлене як фігура на потужному фоні, яким є життя. Це визначає необхідність актуалізації та розкриття в методології й методиці цього «фону» – Життя.

Репрезентуючи певні ідеї, традиції, концепції, інтенції у форматі інтенціонально-смислових осей, ми створюємо умови і розширюємо можливості для формалізації, алгоритмізації, операціоналізації й технологізації процесів проблематизації. Використання осей як формалізованого філософсько-методичного прийому сприяє формалізації, алгоритмізації, технологізації і розширенню можливостей ментальних практик, спрямованих на структурування та визначення панорами методологічних і світоглядних інтенцій та смислів, а також на розкриття, «візуалізацію» та осмислення зв'язків між ними. Застосування цих осей є актуальним лише у співвідношенні до певного смислового контексту, тобто воно є *контекстуально орієнтованим.*

Основними інтенціонально-смисловими осями проблематизації і постановки проблеми є: «життя – смерть», «життя – здоров'я», «рух – життя», «рух – смерть», «милосердя – життя», «серце – життя», «екзистенція – здоров'я», «феноменологія життя і патологічні феномени – онтологія – цінності здоров'я», «фундаменталізація – технологізація», «цінності – технологія», «співчуття – життя», «норма – патологія», «адаптація – дезадаптація», «теперішній час – майбутній час», «повільно – швидко», «невідкладно – відстрочено», «обмежений чи лімітований час – нескінченний час», «гостра і невідкладна патологія – хронічні хвороби, стани і ризики», «культурна відповідність – дивацтва». Уточнюючи важливість останньої антиномії, ми зазначимо, що поняття дивацтва або фершробен *(від нім. verschroben – дивний дивакуватий, химерний; verschrobenheit – дивацтво)* ми рецептуємо із психіатрії. Це обумовлено реаліями життя – розповсюдженням і легітимізацією дивацтв. Прикладом *«здоров'язбережувальних дивацтв»,* які є акультуральними (культуроневідповідними і неадекватними культурі тощо) і, по суті, являють собою «легітимізований» системний освітній кримінальний злочин проти здоров'я і життя, який у зв'язку з міфологізацією проблематики здоров'язбереження достатньо «нормативно» і позитивно сприймається суспільством, є загартовування дітей дошкільного віку з використанням низьких температур у вигляді пробіжок по снігу, занурювання у холодну воду тощо.

Сукупно інтенціонально-смислові лінії формують *«феноменологічно-ціннісно-когнітивно-інтенціонально-смислову сітку проблематизації»* чи *«проблемно-феноменологічне поле здоров'язбережувальної компетентності»,* в рамках якого відбувається проблематизація, аналіз та концептуалізація будь-якої значимої ситуації, феномену чи проблеми. Використання представлених осей сприяє ефективній і швидкій проблематизації, а також представляє проблему структуровано, феноменологічно, репрезентативно і розгорнуто. Вказані лінії чи семантичні пари

при розгляді їх у форматі антиномій є методологічною умовою формування відповідних антиномічних, проблематизуючих, дефінітивних чи імперативних смислів. Це є однією з методологічних і методичних передумов розвитку мотивацій і певною мірою обумовлює специфіку професійних алгоритмів, схем і прийняття рішень. Розкриваючи тезисно змістовну складову цих ліній через інтенції, смисли, метафори, схеми, ми проводимо процес проблематизації. Дані лінії є складовою технологізації й оптимізації процесу проблематизації. Для кращого розуміння цього концепту ми використаємо метафору стріли, яка, рухаючись над «ландшафтом смислів і реальностей» у певному напрямі, розкриває і візуалізує нові смисли та панорами проблем. Інакше кажучи, панорама проблем без активного руху не сформується.

Аналізуючи й осмислюючи значимість антиномії «життя – смерть», ми актуалізуємо необхідність рецепції в нашу методологічну систему досвідів, стратегій і традицій християнства, іудаїзму, буддизму, в яких однозначно визначається життєвий вибір на основі сентенції «Не вбий!» *(від лат. – Non occides)*. Саме такий життєвий вибір є імперативом, що дарується Богом та розкривається через людське серце [39] як атрибутивна якість людського. Означені істини на деонтологічному і технологічному рівнях покладено в основу медичних та більшості культурних традицій, де вони проявляються і регламентуються у форматі милосердя [10; 37], співчуття та базового принципу «Не зашкодь!» *(від лат. – Non nocere)*.

Звертаючись також до ідей екзистенційної філософії [3; 11; 17; 23; 38; 43] і психології [3; 11; 17; 36], ми актуалізуємо питання про те, що смисли життя і екзистенція розкриваються в умовах існування ризиків та загроз. Екзистенційна філософія Мартіна Хайдегера [38], по суті, є сформованою на основі антиномії «життя – смерть». Цінність і смисл життя усвідомлюється саме на фоні ризиків смерті [11; 36, с. 24-44, 130-183] та межових станів, на що вказує Карл Ясперс [11] та Віктор Франкл [36]. Цікавою є ідея Людвіга Бінсвангера [3] про те, що в людини, яка перебуває в стані онтологічної тривоги, можуть сформуватися певні захисні механізми, що призводять до дефіцитарного способу буття. Дефіцитарність проявляється в невротичному [36, с. 308-320, 338-359] сприйнятті світу.

Наші спостереження за реакцією деяких освітян при порушенні проблематики життя і смерті підтверджують ідеї Л. Бінсвангера. Проблемою є те, що значна частина педагогів уникають, а то й «бояться» даної екзистенційної проблематики. Тобто, ми можемо говорити про актуалізацію захисних механізмів із подальшим формуванням «колективного неврозу» [3], характерного для сучасних суспільств. Як же в такому випадку слід розглядати і діагностувати ризики, якщо ми їх уникаємо артикулювати, не визначаємо і однозначно не називаємо феномен тим, чим він є? Наприклад, раптова серцева смерть, причиною якої може бути фізичне навантаження у поєднанні з іншими чинниками. У зв'язку з цим виникає освітньо орієнтоване питання проблематизації крайових станів і актуалізації шляхів виходу із них. Тому ми звертаємося до традиції екзистенційної педагогіки [1; 11;14; 15; 17; 19; 21; 24; 43], філософії [3; 17; 23; 38; 43] і психології [3; 17; 36] та до актуалізації даного напряму проблематизації у форматі «життя – смерть» як значимої та екзистенційно орієнтованої антиномії.

Чому ж у педагогічних традиціях, незважаючи на актуалізованість проблематики любові та поваги до дитини, принцип «Non nocere» (Не зашкодь) не став домінуючим у професійному мисленні педагога?! Ми це пояснюємо тим, що означені явища, незважаючи на їх тривіальність, потребують відповідної специфікації і внесення їх до технології навчання й підвищення кваліфікації вчителя. Крім того, любити дитину не є перепоною для одночасного Bona mente (З добрими намірами) створення для неї системних ризиків для здоров'я, що підтверджується реаліями життя. Достатньо подивитися на деякі перевантажені навчальні програми, аби склалося перше враження, що основним принципом їх формування було свідоме ігнорування гігієнічних норм і вікових особливостей дитини.

Важливим чинником, який призводить до недостатнього розкриття і рецепції принципу «Non nocere» в педагогічній традиції, є те, що педагоги працюють переважно зі здоровими дітьми й екстремальні ситуації трапляються рідко. У зв'язку з цим екзистенційно та феноменологічно орієнтовані питання життя і смерті є досить далекими і певною мірою проігнорованими в педагогіці, а також недостатньо осмисленими з ціннісних позицій. Освітяни вивчають дитину не стільки феноменологічно, а насамперед схематично, що також не сприяє формуванню в них культури осмислення ризиків [26; 34; 44; 50; 51; 53] та навичок їх діагностики й управління.

Екстремальні ситуації, зумовлені загибеллю дітей внаслідок фізичного навантаження [26; 34; 44; 50; 51; 53], при всій трагічності ситуації є саме тими «кричущими», «запитальними» освітньо-культурними чинниками, які сприяють формуванню нових бачень дитини. В системі цих дитиноцентричних уявлень особлива і первинна увага має приділятися попередженню небезпечних для життя ситуацій. Це зі свого боку визначає необхідність детального вивчення і аналізу ризикованих ситуацій [34; 51; 53], рухових режимів [34], рухових дій [34], вікових особливостей організму [34] та інших складових проблематики збереження життя. Тому саме через Vis tragika (Силу трагізму) ми актуалізуємо вимір проблематизації «життя – смерть», який є значимим і в методології та практиці збереження здоров'я. Вчитель, який перевантажує дитину свідомо чи через своє незнання, робить саме такий вибір у системі «життя – смерть» і не на користь життя. На жаль, чинником, завдяки якому професійна спільнота повертається до питань життя, вітальності, феноменології, антропології, екзистенції та розуміння унікальності кожної дитини і складності кожної ситуації, є наявність екстремальних ситуацій.

На цьому наголошував, як зазначалося вище, один із засновників екзистенційної філософії і психології Карл Ясперс [11], вказуючи на значимість кризових ситуацій для розкриття екзистенції. Стародавня мудрість з усією екзистенційною повнотою і ноуменальною (відповідно до архетипічних ідей К. Юнга – світ вищої та якісно іншої реальності) величчю наголошує: «Media vita in morte sumus» (Посеред життя ми оточені смертю). Важливість піднятя екзистенційних питань, зокрема й у форматі аналізу трагічних ситуацій з метою вдосконалення здоров'язбережувальної компетентності підтверджується давньогрецькою традицією трагедії, смислом якої був катарсис *(від давньогрец. κάθαρσις – облагородження, піднесення, одужання, оздоровлення)* – «очищення» і переродження людини в морально-етичному, екзистенційному і духовному

напрямах. Це включає необхідність осмислення себе як істоти, що не є Богом. Важливим у даному аспекті є розкриття екзистенційної турботи [38. с. 94-116, 138-140, 158-161], а також можливість трансформації і «розширення» Epimelēsthai sautou (Турбота про себе) [47] до турботи за інших (до учнів).

У зв'язку з цим, аналізуючи наявні в освітніх традиціях «мантри здоров'я» (одноманітної молитви) про те, що в нас ніколи нічого поганого не станеться тому, що ми та наші учні ведемо здоровий спосіб життя, на фоні відсутності специфікації і спрямованості в підготовці вчителя з певних специфічних проблем збереження життя, насправді є «рекламою» чи інтегративним показником наявності системних ризиків для життя і здоров'я учнів. При цьому порушення екзистенційних [1; 3; 11; 14; 15; 17; 39] питань є складовою освітнього управління ризиками, зокрема кардіологічними [26; 34; 44; 50; 51; 53].

Представлені питання знаходження вітальних (життєвих) смислів шляхом екзистенційно-ціннісної рефлексії антиномії «життя – смерть» також покладено в основу екзистенційно орієнтованих шляхів профілактики і корекції девіантної поведінки, алкоголізму, наркоманії. За нашими спостереженнями, в деяких освітян існує певний «страх проблематизації» межових станів і смерті, але, як говорили в давні часи, «Timor est, timor mendator asprrimus» (Страх, страх – виправляє суворо). Подібні бачення відповідають екзистенційно [3; 11; 38] орієнтованому розумінню життя. Таким чином, як на рівні методології, так і на практиці важливою є необхідність заміни пафосних радянських традицій «декорування» і приховування освітніх проблем на їх активну актуалізацію. Це відповідає духу феноменологічного підходу та екзистенційних [3; 11; 38] бачень життя, а також є способом реалізації свободи і відповідальності [36, с. 45-55, 93-129].

Отже, необхідною складовою підготовки вчителя в умовах післядипломної освіти є аналіз складних та ризикованих ситуацій [26; 34; 44; 50; 51; 53] із розбором механізмів [34] як виникнення смерті, так і протидії. Представлений підхід робить практику збереження здоров'я і мислення вчителя феноменологічно й ціннісно орієнтованими та «повертає» його до реальності. Це також переводить в актуальний формат знання фізіології, медицини, методики, специфікує їх у напрямі практичної здоров'язбережувальної орієнтації. Крім того, це навчає педагога діяти і приймати рішення в режимі реального часу, дотримуючись правила «Hic et nuns» (Тут і тепер). Такий підхід протидіє компенсаторним алгоритмам «схематично-пасторальної педагогіки», в рамках якої освітній процес і збереження здоров'я представлено спрощено, «декоративно правильно», схематично, відповідно «до плану», нефеноменологічно і лише в позитивному форматі.

Отже, у постановці проблеми збереження життя ми визначаємо як первинну і центральну інтенцію. Це важливо тому, що за спробами впровадити «чим більше здоров'язбережувальних технологій» і дати «кращу» фізичну і функціональну підготовку може десемантизуватися головне питання – Життя. Проблематизація на основі антиномії «життя – смерть» первинно і феноменологічно визначає стратегію і тактику. Вся медична теорія і практика побудовані на цій стратегії вибору. Прикладом застосування даного підходу в XIX столітті є розробка військово-польової хірургії М. Пироговим. Основним принципом цього напряму є первинне сортування поранених, смислом, якого є ефективне і «цинічне» (адже йде відбір за ознакою можливості вижити) надання допомоги спочатку легкопораненим, а вже потім – іншим категоріям. У такому випадку виживає в кілька разів більше людей, ніж при іншій тактиці. Думки, смисли і рішення педагога мають також «сортуватися» на основі первинності життя, а не здоров'я чи досягнень.

Таким чином, «занурюючись» in medias res *(від лат. – у саму суть справи, проблеми)* та на основі аналізу вищезазначеної аргументації та рецепції медичних традицій і актуалізації гуманістичних та кордоцентричних [39] інтенцій, ми конституюємо два базових здоров'язбережувальних принципи, які є первинними і системоорганізуючими в методології та методиці як для формування компетентності так і для освітніх практик збереження здоров'я: «принцип первинності й домінування збереження життя над збереженням і формуванням здоров'я» і «принцип первинності й домінування збереження життя над тренувальним процесом, його результатами і фізичною та функціональною підготовкою». Означені принципи є інтерпретацією й освітньо орієнтованою специфікацією медичного імперативу «Non nocera» (Не зашкодь) і милосердного ставлення до людини.

Керуючись даними принципами, ми визначаємо (точніше рецептуємо з медичної традиції) первинну й основну системоорганізуючу ієрархію збереження здоров'я і життя, яка складається з трьох аспектів, що розуміються також як етапи, алгоритми, стратегії і практичні дії. Представимо ці аспекти як a maximis ad minima *(від лат. – у низхідному порядку)*:

I. Збереження життя (проблематика збереження життя в контексті рухової активності);

II. Збереження здоров'я (проблематика збереження здоров'я в процесі рухової активності та засобами фізичної культури);

III. Інтегративне й співвідносне формування і покращення здоров'я, підвищення функціональних та фізичних (сили, витривалості тощо) можливостей, а також конгруентний розвиток тіла і тілесності засобами фізичної культури.

У даному дослідженні ми обмежимося розглядом першої виокремленої нами в рамках проблематизації стратегії чи проблеми «збереження життя».

Представлена вище схема сформована на основі ідеї збереження життя і здоров'я в теперішньому часі і відповідно до принципу «Hic et nunc» (Тут і тепер). Спрощено в дану схему закладено інтенцію та ієрархію смислів і дій, яка представлена у вигляді системи «життя – здоров'я – рухова активність (фізична культура)». Під цим насамперед розуміють феномен життя, що містить рух. Однак Життя – це щось більше ніж рух. У сучасних освітніх і культурних традиціях існує інша схема, яка має протилежний вигляд «рухова активність – здоров'я – життя». В такій інтерпретації десемантизуються смисли життя і домінуюча позиція займається рухом, дією, діяльністю, результатом, фізичною і функціональною підготовкою, порядком, дисципліною, розвинутим тілом (у культуризмі) тощо. Зважаючи на вказані візії, існує потреба в необхідності формування (зокрема розкриття) в педагога здатності й інтенціональності бачити та розуміти життя в його неповторності, цілісності, феноменологічності, темпоральності як буття й цінність, а не як функцію, рух чи інший аспект. Це є досить складно, адже життя, здоров'я, життєві цінності

(як і сакральні), є апофатичними за своєю глибинною аксіологічною природою, тобто шлях до їх адекватного розуміння, осмислення часто проходить через загрозу втрати. Зрозуміло, що життя без руху не існує, це взаємозалежні процеси, але ми визначаємо технологічно орієнтовану послідовність, в якій первинно необхідно бачити життя, а лише потім – здоров'я і рух.

Важливим кроком постановки проблеми є визначення умов, факторів, ситуацій і феноменів, які створюють ризики для життя. Опускаючи даний процес проблематизації в деталях (зважаючи на обмежений об'єм публікації), ми представимо вже готовий результат нашого аналізу. При відборі ризиків ми керуємося фактором статистичної значимості, традицією трансферу медичних знань і практик, а також ідеями феноменологічного підходу [7] та специфікації. При цьому беремо до уваги, що зберігати життя, як і здоров'я, використовуючи правило «взагалі», майже неможливо. З цим зазвичай стикаються, коли говорять про те, що певна технологія тотально «зміцнює», «покращує» здоров'я. Панацеї, як доводить досвід життя і традиції медицини, тим більше в простому варіанті, не існує. Це – давній міф про наявність унікального та наскрізного методу оздоровлення та лікування. В освіті сформувалася ідея про *«рухову Панацею»*, що проявляється у спробі звести збереження здоров'я до рухової активності у форматі певних методик чи технологій. Таким чином, в освіті склалося уявлення про те, що зарядка, аромотерапія, руханки та інші локальні за своїм впливом методики «зміцнюють» імунітет і весь організм загалом, завжди і в усіх. Насправді у збереженні здоров'я дійсно ефективні та «реальні» підходи та методики мають бути специфікованими (конкретизованими) тому, що вони вибудовується на основі знань нормативних і патологічних феноменів. Таке розуміння підтверджується медичною традицією.

На основі вказаного аналізу ми формуємо один з основних методологічних і методичних принципів нашої педагогічної системи – *«специфікація (конкретизація) здоров'язбережувальних проблем, уявлень, практик, компетентностей шляхом феноменологізації»*. По-іншому через розкриття і пізнання певних феноменів, ситуацій, сценаріїв, конкретизувати й адаптувати до реальності певну проблему, діагностику, компетентність чи технологію практично неможливо. Рецептурний підхід, який ми нерідко можемо спостерігати в освітній традиції у формі «дайте нам рекомендації і найкраще – не більше, як на сторінку!», є абсурдним і некоректним. Феномени дитини, здоров'я, ризиків і патологій не «вміщуються» в методичні рекомендації. Для цього потрібне формування й актуалізація спеціальних, персональних знань [20] і феноменологічного мислення, що може бути здійснено через досвід проблематизації, практики, спілкування, рефлексивні, маєвтичні технології.

Тому ми приходимо до необхідності використання в процесі постановки проблеми і в методології розробки здоров'язбережуальної компетентності епістеміологічних та герменевтичних операцій актуалізації, розуміння, інтерпретації, розкриття специфіки та аналізу певних феноменів. Аналіз і вивчення специфічних життєвих (вікових, біологічних, освітніх, ситуаційних тощо) і патологічних феноменів розглядаються нами також і як необхідна умова підготовки вчителя. Даний етап проблематизації, що вибудовується на основі феноменології [7] і включає актуалізацію та первинний аналіз феноменів, ми називаємо *феноменологічно-проблемним*. Він передбачає також трансформацію *(феноменологічно-проблемну трансформацію)* певного феномену в репрезентативний формат. Феномен при цьому може бути представлений варіативно: у вигляді проблеми, онтології, тенденції, ситуації, фактору чи умови ризику. Зазначений спосіб представлення проблем і феноменів у різних форматах визначається нами на основі методичного принципу – *«взаємної здоров'язбережуально орієнтованої репрезентативної трансформації проблем, феноменів, онтологій, тенденцій, ситуацій, факторів, смислів, умов і контекстів»*, тобто з методично орієнтованою метою – для наочності, трансформації, «розгорнутої репрезентації», панорамізації, а також осмислення інтенціональності, онтологізації й інтерпретації проблем можливі «перетікання» їх у феномени чи контексти, і, відповідно, навпаки. Аналіз певних явищ чи проблем здійснюється на основі ідеї трансформації (чи метаморфоз), що включає можливості до інтерпретації. Це представлено нами як один зі шляхів трансферу і відповідно приросту та існування знань про здоров'я, а також як спосіб проблематизації. Наприклад, серце може розглядатися як орган, як цінність, як ризик, як контекст діяльності («Зробити, щось із душею, вклавши серце») тощо. Даний концепт розроблений на основі традицій феноменології [7], філософії енактивізму та ідеї модальних інтерпретацій [12] й аналізу. Далі, розглядаючи проблематизацію, ми об'єднуємо певні проблеми і феномени в групи та формуємо їх ієрархії відповідно до значимості та ймовірності небезпеки.

Проблематизація здійснюється також на основі інтенціонально-смислових осей «норма – патологія», «адаптація – дезадаптація». Як патологічні, так і нормативні феномени можуть бути представлені в ролі умов і факторів ризику. Наприклад, відставання росту серця від росту тіла в підлітковому віці є нормативною віковою особливістю, яка, разом із тим, при значному фізичному навантаженні трансформується у вікові біологічні умови дезадаптації, а пізніше – у фактор ризику гострих кардіологічних порушень [26; 34; 44; 50; 51; 53]. Важливим аспектом є інтенціонально-смислова лінія проблематизації – «навантаження – патологія», яка інтерпретується як здатність фізичного навантаження формувати ризики виникнення певних патологій [26; 34; 44; 50; 51; 53] і відповідно створювати загрози життю або збільшувати ймовірність їх проявів.

Актуальною складовою проблематизації є розгляд часового чинника [22; 34], що репрезентативно розкривається у форматі інтенціонально-смислових осей «теперішній час – майбутній час», «повільно – швидко», «невідкладно – відстрочено», «обмежений чи лімітований час – нескінченний час», «гострий – хронічний». Ми в практиках збереження здоров'я визначаємо як домінуючий теперішній час, використовуючи класичний принцип «Hic et nuns» (Тут і тепер). Відповідно, вказані уявлення трансформуються в принцип *«домінування дій і практик, спрямованих на збереження життя і здоров'я в теперішньому часі над майбутнім»*. Це насамперед потрібно для попередження невідкладних проблем [26; 34; 44; 50; 51; 53], які можуть виникнути в тренувальному процесі. В освіті переважно використовується проекція і «робота» в майбутньому часі у формі профілактики.

При цьому спостерігається зміщення уваги на майбутнє і «не помічаються» та не розуміються проблеми In siti (На місці). Тому, коли виникає проблемна ситуація, відсутні алгоритми, установки, інтенції та смисли невідкладних дій. Це не означає, що не потрібно «працювати на майбутній час», але така діяльність відносно простіша і менш психологічно витратна.

На основі сформованого вище принципу ми визначаємо ще один – *«домінування надання допомоги і профілактики насамперед при гострих порушеннях порівняно з хронічними»*. Гострим порушенням в освітніх практиках здоров'я майже не приділяється увага. Вони не актуалізовані ні як феномени, ні як проблеми. Основним питанням, якому в даному напрямі приділяється увага під час навчання у закладах вищої освіти (ЗВО) і в процесі підвищення кваліфікації, – термінальна стадія гострих порушень, тобто клінічна смерть.

Зрозуміло, що при відсутності спеціальних знань про особливості гострих порушень залишається єдина спроба – допомога в термінальній стадії (точніше – активна і демонстративна спроби її реалізації або імітації). У зв'язку з цим традиційно вивчається надання невідкладної допомоги, що, безумовно, потрібно, але реально це питання є малоефективним, особливо при гострій кардіологічній патології, яка розвивається досить швидко і має свої особливості перебігу.

Для реальної невідкладної допомоги при гострій кардіологічній патології (найчастіше – раптовій серцевій смерті та коронарній недостатності) необхідним є застосування дефібриляції. Подібна практика і відповідні програми [44] навчання вчителів і учнів існує у США та інших країнах. Вона підтвердила свою ефективність. На необхідності запровадження подібних програм, які потребують значного фінансування, наголошує Ольга Богомолець [31].

Ми ж ставимо питання про обов'язкове вивчення такої статистично значимої та найбільш імовірної гострої патології, як система чи панорама специфічних феноменів у контексті насамперед профілактики, а також надання невідкладної допомоги, маючи на увазі свідоме і феноменологічно орієнтоване, а не рецептурне управління ризиками, до складу якого входять елементи діагностики і прогнозування в реальному часовому режимі. Тому реалізація первинного і центрального принципу «збереження життя» базується здебільшого на основі знань про гострі порушення. Важливим аспектом збереження життя є те, що інші порушення серця, які є хронічними, а також деякі нормативні феномени (гетерохронний чи нерівномірний ріст серця і його нервової системи), які вивчаються виокремлено, зокрема розглядаються як фактори ризику гострої кардіологічної патології [26; 34; 44; 50; 51; 53].

При розгляді гострої патології як об'єкта впливу здоров'язбережувальних практик і компетентності, актуальним є насамперед її профілактика в «реальному» часі, яка, окрім попередження у відносно віддаленому майбутньому, потребує швидких і ефективних дій та конкретизованих знань. Відповідно до вказаних запитів, які спрямовані на збереження життя в реальному (теперішньому) часі, нами формуються такі темпорально [22; 34] орієнтовані принципи збереження життя: *«швидкість і невідкладність надання допомоги при гострих порушеннях», «оперативне і швидке прогнозування та постійний моніторинг і аналіз імовірних факторів та умов виникнення гострої патології на занятті», «формування професійного здоров'язбережувального мислення на основі знань невідкладної патології».*

Керуючись вищевказаними принципами та ідеями, а також технологічною і репрезентативною орієнтацією нашої методологічної системи, ми виділяємо такі вісім груп ризиків, які розглядаємо як системи феноменів і/чи проблем. Вказані ризики ми представляємо в порядку зменшення небезпеки для життя – A maximis ad minima (У порядку зменшення), що формує практично орієнтовану ієрархію: 1) гостра кардіологічна патологія; 2) травми голови і хребта та інсульт головного і спинного мозку; 3) травми (окрім травм голови і хребта) та кровотечі; 4) апоплексія яєчника (apoplexia ovarii); 5) хворі діти (зокрема з хронічними кардіологічними патологіями) і діти з особливими освітніми потребами; 6) діти, які вживають психоактивні та нейротропні речовини; 7) діти, які піддаються дії випадкових (стохастичних) загроз (чинників); 8) діти, які перебувають у стані гострого чи хронічного стресу або перенесли екстремальну ситуацію.

Таким чином, на основі ціннісно-технологічної і феноменологічної рефлексій проблематики «життя – смерть», а також із метою оптимізації, алгоритмізації і технологізації здоров'язбережувальної компетентності та діяльності вчителя фізичної культури, виокремимо *базисну ієрархію освітніх ризиків для життя в умовах рухової активності*. Дана базисна ієрархія сприяє розвитку здатності педагога до швидкої постановки проблеми і відповідної технологізації профілактики та надання допомоги. Тобто, йдеться про представлену нами ієрархію як актуальну складову інтелектуальних здоров'язбережувальних технологій та значимий професійно-світоглядний інтелектуально-ціннісний патерн і алгоритм діагностики, аналізу та ментальний аспект профілактики.

Представлені вище феномени і проблеми, що формують дану ієрархію, актуалізуються нами в рамках концепту *«визначальних проблем здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури»* [35, с. 159, 166]. Таким чином, феномени (нормативні, патологічні, темпоральні, антропологічні тощо) значною мірою визначають методологію і методику, а також специфіку та зміст компетентності, тобто в основу як методології, так і практики покладено феномен, що є відповідним центральній ідеї феноменології Е. Гуссерля [7] «Назад до речей», зокрема Non verbis, sed redus (Не словами, а завдяки допомозі речей).

Можна дискутувати щодо послідовності розташування даних груп ризиків, але перша (гостра кардіологічна патологія) посідає це місце в ієрархії у зв'язку з тим, що проблеми з інших груп можуть проявитися у вигляді ускладнень гострої кардіологічної патології. Узагальнюючи значимість для здоров'я і життя уявлень про гостру кардіологічну патологію, ми формуємо принципи *«збереження життя через первинність профілактики і надання допомоги при гострій кардіологічній патології»* та *«принцип первинності збереження кардіологічної здоров'я в тренувальному процесі»*. Тому, при наявності будь-яких проблем щодо збереження здоров'я учнів учитель насамперед має пам'ятати про серце [26; 34; 39; 44; 51; 53].

Отже, серед ризиків для життя дитини, представлених нами у рамках восьми груп, які можуть виникнути внаслідок фізичного навантаження [34; 44], ми виділяємо дві основні – гострі кардіологічні порушення (1-ша група) і травми та кровотечі (2-га, 3-тя і 4-та групи). Крім травми голови, є також хвороби

травматичного характеру, які виділені з репрезентативною і технологічною метою. Таким чином, всі вісім груп можуть бути певною мірою формально зведені до перших двох чи чотирьох, а інші – бути представлені як додаткові. Представлення ризиків у форматі восьми груп розроблена суто з практичною методичною метою – для репрезентації даної проблематики в «розгорнутому» вигляді, а також для зручності використання їх педагогом. Це, крім того, зроблено для *«первинного сортування ризиків»*, що відповідно визначає і *«первинну мінімізацію ризиків шляхом їх швидкої діагностики, прогнозування, класифікації та алгоритмізації дій»*. Зважаючи на це, ми, виділяючи групи ризиків, технологізуємо проблематизацію, тим самим оптимізуючи і пришвидшуючи інтелектуальну діяльність педагога шляхом розробки специфічної *«матриці ризиків для життя в умовах рухової активності»*.

Якщо перших чотири групи ризиків сформовані шляхом осмислення феноменології гострих хвороб і невідкладних станів, які можуть виникнути у відносно здорових дітей внаслідок впливу фізичного навантаження та інших додаткових чинників, то інші чотири (тобто 5-та, 6-та та 8-ма, окрім 7-ї) групи представлені не лише конкретними патологічними феноменами, які формуються швидко та insiti (на місці), а насамперед дітьми, які вже є «носіями» певних особливостей, патологій, схильностей, звичок. Тому стосовно профілактики ризиків перших чотирьох груп акцент робиться на вивченні можливих патологічних феноменів (діагностика, причини і механізми виникнення тощо). Для 5-ї, 6-ї і 8-ї груп враховуються також специфіка дитини, її спосіб життя чи/і хронічна патологія. Особливістю 7-ої групи є концентрація уваги на можливостях профілактики небезпечних ситуацій, тобто враховуються феноменологія життя і певні «стандартизовані» життєві сценарії. Таким чином, у даній ієрархії використовується як інтегративно, так і відносно виокремлено феноменологія: життя дитини, життєві ситуації та сценарії, гострі [26; 34; 44; 50; 51; 53] та хронічні патології [34], а також час [22] і простір. Завдяки даній ієрархії проводиться класифікація, коли виокремлюються найважливіші групи феноменів: здорові діти, хворі (або в стані ризику), а також ситуації і патології.

Традиційно вчитель розуміє, «бачить» і робить прогнози, розділяючи формально дітей на хворих і здорових. Таким чином, у ментально «невидиму» зону потрапляють всі інші, розглянуті нами феномени. Після того, як педагог розділив дітей на хворих і здорових на підставі довідок, формально він працює зі здоровими учнями, не підозрюючи, що ця група містить потенційні ризики. Такі професійні візії вчителя фізичної культури, на наш думку, є однією з причин трагічних ситуацій на заняттях.

Оскільки перші чотири групи представлені здоровими дітьми, в яких як і в усіх існує ризик виникнення гострої патології, зокрема кардіологічної [26; 34; 44; 50; 51; 53], яка розглядається окремо (в рамках іншого дослідження), ми спробуємо тезисно охарактеризувати *хворих дітей і дітей з особливими освітніми потребами (5-та група)*. Актуалізуючи важливі особливості цієї групи, ми звернемо увагу на деякі ризики для їх життя (відповідно до діагнозу).

Діти, в яких визначається олігофренія (навіть у легкій формі), можуть мати вроджені чи спадкові хвороби серцево-судинної системи у вигляді вад серця, аневризми судин та інших порушень, які збільшують ризики виникнення гострої кардіологічної патології при фізичному навантаженні. Важливим аспектом, який «робить невидимим» для вчителя кардіологічні проблеми, в таких учнів є нерідко досить добре розвинутий опорно-руховий апарат та фізичні можливості (сила, витривалість). У хворих на діабет дітей існують ризики гіпоглікемічної коми, яка виникає внаслідок зниження цукру в крові при фізичному навантаженні. Діти, в яких діагностується виразкова хвороба, піддаються небезпеці розвитку внутрішньої кровотечі внаслідок руйнування судини в ділянці виразки, що може бути спровоковане фізичним навантаженням.

Шоста група представлена *дітьми, які вживають психоактивні та нейротропні речовини* [34]. Деталізуючи, звернемо увагу на наявність різних категорій учнів, що виділяються на основі визначення психоактивних речовин, які вони вживають. Це – діти і підлітки, які вживають алкоголь, наркотики, сурогати наркотиків, медичні препарати, тютюн, а також енергетичні напої, «чефір», а також чай та каву у значних дозах. Але ризики цієї групи насамперед проявляються через феномени першої групи: раптову серцеву смерть і гостру коронарну недостатність.

Сьома група ризиків для життя, яку ми називаємо *стохастичною* (тобто випадковою, рідкісною), сформована проблемами, які становлять значно меншу небезпеку, адже мають імовірнісний, а не закономірний характер. До цієї групи відносять укуси отруйних тварин; раніше не виявлені алергічні реакції на їжу та на рослинні, косметичні й лікарські засоби, електричні ураження; конфліктні ситуації серед учнів, які можуть призвести до гомоциду і суїциду тощо.

Восьма група ризиків для життя характерна дітям, які перенесли гострі інтенсивні стреси [34; 44; 50; 51; 53] чи перебувають у стані хронічного [34] стресу. До даної групи потрапляють діти, які характеризуються деякими специфічними особливостями чи відносяться до певних категорій. Зважаючи на це, дана група зазвичай включає: переселенців із зони бойових дій чи інших катастроф; дітей із неблагополучних сімей; юних «вундеркіндів», які відвідують кілька репетиторів, секцій і гуртків; підлітків, які мають значні проблеми особистісного, освітнього, конфліктного чи іншого характеру; діти, які не мають можливості повноцінно харчуватися; діти, що піддаються хронічному невисипанню (депривації); діти, які мають підвищену мотивацію до навчання та занять спортом, що призводить до їх виснаження; підлітки, в яких визначаються дивацтва *(від нім. verschroben – фершробен)* у поведінці та способах життя, як-от: «оздоровче» голодування, загартовування низькими температурами (купання в ополонці), заняття «домашнім» спортом із «доведенням» себе до виснаження; діти, які проводять увесь вільний час за комп'ютером, телевізором і телефоном чи мають залежність від комп'ютера або комп'ютерних ігор (ігроманія); підлітки, в яких спостерігається стрімкий ріст тіла; особливо успішні діти-спортсмени; діти, які розпочали заняття в школі із 5-6-річного віку.

Аналізуючи останній пункт, який видається парадоксальним, ми можемо зауважити, що раннє навчання, початок якого припадає на вік до семи років, а то й раніше, сприяє порушенню не лише загальної адаптації та резистентності дітей, а й є негативним фактором впливу на серце [34]. Це обумовлено тим, що нервові регуляторні системи серця у віці 5-6 років ще є незрілими [40]. Певний рівень структурної зрілості настає лише у 7 років. Раннє навчання «делікатно» і «інноваційно» деформує, а то й «ламає» всю структуру

дозрівання нервових механізмів регуляції роботи серця. Оскільки мода на раннє навчання «захопила» світ, поволі перетворившись на новітній культурний і освітній міф, то, зрозуміло, що на даний чинник ми не зможемо ефективно вплинути, зважаючи на український і світовий інноваційний тренд, який за своєю глибинною суттю спрямований на ігнорування дитинства і його десемантизацію (в традиційному розумінні). Це є проявом більш глобальних тенденцій дезантропологізації, які розпочалися ще в епоху модерну, а то й раніше. Однак ураховувати ці тенденції необхідно як у методології, так і при проведенні занять із фізичної культури. В даному контексті важливим профілактичним напрямом є дитиноцентрична ідеологія Концепції «Нової української школи» [16], в рамках якої навчальне та інше навантаження значно зменшується та індивідуалізується.

Навіть сам перелік зазначених вище груп, феноменів і ситуацій у деяких педагогів може викликати несприйняття. Невже таке буває? І навіщо розглядати стільки феноменів? Насправді «таке» не лише буває, воно є, але, на щастя освітян, рідко. Тому до відповідних ризиків потрібно бути готовим. І вказана готовність починається із постановки проблеми, тобто з виокремлення і осмислення даних феноменів. Як же потрібно проводити профілактику того, про що ми не знаємо, чи впливати на те, що не ідентифіковане!? Зрозуміло, що в такій ситуації «старий принцип» оздоровлювати «все» і «взагалі» буде недоцільним, неефективним і шкідливим.

Актуальним є те, що при наявності значної кількості вищезазначених ризиків і феноменів per se (по суті) відображена складність і парадоксальність життя. Цю складність із метою професіоналізації та інтелектуалізації практик збереження здоров'я потрібно зрозуміти в смислових рамках ризиків для життя, а також вивчити та обговорити так, як це прийнято у медичній традиції. Безумовно, не всі проблеми вивчаються детально, а лише ті, ймовірність виникнення яких під впливом фізичного навантаження та додаткових чинників найбільша.

Важливим напрямом нашої методології і методики розвитку здоров'язбережувальної компетентності є актуалізація всіх найбільш значимих ризиків, феноменів і проблем, а також формування в педагога здатності знати та розуміти основні з них, використовувати в практиках збереження життя та здоров'я. У нашій педагогічній системі об'єм знань про різні феномени значно відрізняється – від окремої теми, присвяченій раптовій серцевій смерті [26; 34; 44; 51; 53], до загальних уявлень про забій і струс серця [34; 51; 53], що займають об'єм кількох речень. Вказані феноменологіно орієнтовані підходи сприяють формуванню в учителя фізичної культури професійного здоров'язбережувального мислення. Таке мислення, будучи феноменологічним і проблемно орієнтованим за своєю природою, включає необхідні ментальні навички постановки проблеми, уявлення про їх динаміку і зв'язок з іншими питаннями, що відбувається чи розгортається в реальному часі. Таким чином, професійні візії педагога мають формуватися на основі розкриття не лише виокремлених проблем, а й через уміння «опанувати» і створити «онтології проблем» і «панорами проблем». Ми репрезентуємо це у формі методологічного і методичного концепту *«проблематизація на основі формування онтологій і панорам проблем»*. Прикладом такої онтології є представлена вище ієрархія ризиків.

Охарактеризуємо поняття «онтології проблем» і «панорами проблем». *Здоров'язбережувальною онтологію проблем* ми вважаємо таку їх сукупність, якій притаманна певна системність, взаємозалежність, зв'язність, певний рівень різноманіття, інтенціональність, внутрішня цілісність, структурна, смислова і контекстуальна спрямованість. *Здоров'язбережувальну панораму проблем* ми визначаємо як відносно довільне і «випадкове» поєднання проблем або, навпаки, цільову інтеграцію, в якому відсутні актуальні внутрішні зв'язки. Таким чином, для онтологій проблем характерна певна впорядкованість чи навіть системність, а панорама проблем є відносно довільним і спонтанним утворенням.

Переходячи до розгляду виокремлених груп проблем чи/і феноменів, необхідно вказати, що кожна із них являє собою ієрархізовані системи ризиків і феноменів. Розглядаючи більш детально першу *групу гострих кардіологічних порушень,* ми виділяємо таких дванадцять «основних» патологій: раптову серцеву смерть, гостру коронарну недостатність, інфаркт міокарду, забій і струс серця [34; 51; 53], аритмії, приступ пароксизмальної синусової тахікардії, гостру серцеву недостатність, шок, колапс, гіпотонію, гіпертонічний криз. Актуальним аспектом є те, що всі вищеперераховані патології можуть бути спровоковані фізичним навантаженням.

Найбільша увага приділяється профілактиці перших двох патологій: раптовій серцевій смерті [26; 34; 50; 51; 53] та гострій коронарній недостатності. У нашому спецкурсі детально вивчаються причини і механізми виникнення вказаних патологій серця співвідносно з руховою активністю, а також їх діагностика і профілактика під час занять. Забій серця (combustion cordis) і струс серця (comotio cordis), а також аритмії розглядаються оглядово, насамперед із позицій їх недопущення, тобто профілактики. Дітей потрібно оберігати від ударів у ділянку серця, від падінь, а також пам'ятати, що будь-яке порушення ритму серця, яке діагностується зазвичай на основі скарг учня на «збої» і дискомфорт у роботі серця, є сигналом до зменшення і припинення навантаження.

Окрім того, ми оглядово вивчаємо і хронічні кардіологічні порушення, адже, як відомо, вони часто є передумовою виникнення гострих, а також можуть формуватися внаслідок некоректних рухових режимів чи сумарної дії, часто різних за своєю природою і відносно безпечних факторів. Тому в нашій програмі розглядаються також такі патологічні кардіологічні феномени, як міокардіодистрофія, причиною якої може бути фізичне навантаження, грип, вживання алкоголю; спортивне серце; серцева недостатність, що нерідко обумовлює біль у правому підребер'ї під час навантаження; пролапс мітрального клапана, який інколи трапляється в підлітків; пароксизмальна синусова тахікардія (як хронічна хвороба), а також гіпертонічна хвороба (з метою збереження здоров'я педагогів).

Підготовка вчителя фізичної культури передбачає діагностику невідкладних кардіологічних станів та надання першої допомоги, однак особлива увага приділяється профілактиці та «корекції» зазначених вище гострих кардіологічних порушень [26; 34; 44; 50; 51; 53] і станів, адже, аналізуючи складність та специфіку перебігу представлених патологічних феноменів, з'являється сумнів щодо можливості надання вчителем ефективної першої допомоги. Найважливішою, на нашу думку, є така організація освітнього процесу, за якої можливість

трагедії зведено до мінімуму. При цьому, ми маємо на увазі мінімізацію, а не остаточне виключення ризиків, тому що не можливо врахувати всі чинники. Наприклад, учень може прийняти незначну дозу алкоголю за день до тренувань, що у певних випадках у процесі занять значно підвищує ризики порушень кардіологічного здоров'я [34].

Розгляд вищезазначених патологічних кардіологічних феноменів проводиться на основі актуалізації класичних знань морфофізіології, біохімії, патології серцево-судинної системи, а також антропології, гігієни, патології, медицини, методики, психології та культурології, тобто дисциплін, які традиційно входять до програми підготовки педагога у закладі вищої освіти. Основою аналізу є базисні знання традиційних навчальних дисциплін. Ідея розвитку здоров'язбережувальної компетентності полягає в актуалізації, трансформації, ціннісній і технологічній орієнтації інтелектуального потенціалу вчителя фізичної культури. Таким чином, береться до уваги ідея фундаменталізації [18], що розглядається як значимий чинник методології і методики. Ми спрямовуємо освітній процес на актуалізацію і трансформацію вже наявного інтелектуального потенціалу педагога, а також на розвиток здоров'язбережувально орієнтованої рефлексії його досвідів і практик. Спрямування на практику визначає інтенція технологізації, тому вісь проблематизації «фундаменталізація – технологізація» у даному випадку представлено не як антиномію, а як замкнутий процес існування знань у форматі їх проблематизації [2], які «циркулюють» у проблемному полі між полюсами теорії і практики (теоретичного та практичного їх використання).

Відповідно до значимості збереження кардіологічного здоров'я нами у навчальному спецкурсі виокремлено навчальний модуль *«Розвиток здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури на основі знань про формування і збереження кардіологічного здоров'я»*. У цьому модулі однією з провідних є тема *«Формування рухових дій і організація тренувального процесу на основі знань профілактики раптової серцевої смерті, а також співвідносної актуалізації проблематики стресостійкості та врахування індивідуальних психофізіологічних і вікових особливостей дитини»*. Патологічний феномен раптової серцевої смерті є визначальним і системоформувальним не лише у нашому спецкурсі, а й у змісті здоров'язбережувальної компетентності загалом. В ієрархії *визначальних проблем здоров'язбережувальної компетентності* цей феномен є першим [34].

Таким чином, постановка проблеми та проблематизація є наскрізними пізнавальними операціями й інтенціями, які проходять через всю методологію та методику, визначаючи особливості навчальної програми та специфіку практик збереження здоров'я. Аспект проблематизації в його постнекласичному розумінні визначає можливості трансформації проблеми в «панораму проблем», розгляд її (проблеми) в різних контекстах [2; 37, с. 271-326] і форматах, із різних позицій і модальностей [12] й відповідно до різних способів інтерпретації. Тому тематика занять нами формулюється з урахуванням гуманітарних візій [13], які є інтерпретативними [45] за своєю суттю. Теми занять формуються як складний концепт (фрейм) завдяки широкому «проблемно-феноменологічному полю», використанню інтенціонально-смилових ліній та включенню гуманітарних контекстів, які є носіями смислів та мають відповідну інтенціональність. Це дає нам можливість контекстуально і структурно впливати на формування смислів (структурні та контекстуальні смисли). Такий підхід формує не лише суто технологічні «звужені» й специфіковані смисли, інтенції та алгоритмізовані способи дій, а й визначає також широкий панорамний погляд на проблему, актуалізуючи її ціннісно-смисловий і людиномірний виміри.

Зауважимо, що при такому підході тема серця і кардіологічного здоров'я розділяється на специфічні алгоритми профілактики та на цілу сферу, до складу якої входять цінності, смисли, філософія кордо центризму [39] і гуманізму. Гуманітарна складова відіграє роль фону для ефективної реалізації профілактики. За правилами гештальту, потенціал фону є умовою «сили» фігури, зокрема в нашому випадку дій учителя, що спрямовані на збереження здоров'я і життя. Крім того, на основі актуалізації проблематики серця розкриваються екзистенційні й темпоральні [22] питання, що разом із феноменологічною [7] орієнтацію проблематизації сприяють трансдисциплінарній [9] і транспроблемній інтеграції знань учителя.

Зазначимо, що 2-га і 3-тя групи проблем, що визначають збереження життя, представлені профілактикою травматизму (2-га – травми голови, спинного мозку та інсульт; 3-тя – травми і кровотечі). Цей напрям проблематизується нами не стільки і не тільки на основі розгляду певних патологічних феноменів (травм), а насамперед через розкриття, аналіз і осмислення феноменології ймовірних та реально існуючих зовнішніх та внутрішніх умов і факторів формування даних порушень. Це обумовлено тим, що при профілактиці травматизму не завжди доцільно заглиблюватися в аналіз конкретної патології, більш важливо виділити і зрозуміти феноменології механізмів і причини їх виникнення. Значною мірою розуміння проблематики травматизму можна «звести» до феноменології механізмів формування і причин травм, а також до вікової специфіки опорно-рухового апарату, нервової системи та психіки. Наприклад, ми детально, з урахуванням вікових і статевих особливостей, розглядаємо певні «зони ризику» в опорно-руховому апараті та центральній нервовій системі, співвідносячи їх із типовими руховими діями, тренувальними режимами та особливостями координації і психіки дитини. При цьому, як відомо, враховуються вимоги і особливості технологій, методик та практик підготовки. Наприклад, удар у скроневу ділянку є особливо небезпечним, адже скронева кістка у дітей до 11-12 років ще не є цілісним утворенням, як і череп у цілому. Ми не наголошуємо на вивченні чи повторенні детально будови опорно-рухового апарату, а актуалізуємо лише ті знання, що мають безпосереднє відношення до збереження здоров'я і життя, тобто актуалізується вікова феноменологія опорно-рухового апарату в контексті можливих ризиків.

Серед травматичних феноменів 2-ї і 3-ї груп, які є найбільш небезпечними для життя, ми виокремлюємо забій головного мозку; спинальні травми (частковий чи повний розрив спинного мозку); переломи трубчатих кісток, які призводять до ускладнень, наприклад, жирової тромбоемболії (небезпека потрапляння частинок кісткового мозку, до складу якого входить жир, у кровотік і легеневі артерії), а також кровотечі. До 2-ї групи ми відносимо струс головного мозку, хоча він є безпечним для життя. Однак у профілактичному плані важливим є те, що, проводячи профілактику струсу головного мозку, ми попереджаємо забій мозку та проводимо профілактику раптової серцевої смерті.

Необхідність виділення 4-ї групи, представленою апоплексією яєчника (apoplexia ovarii) обумовлена тим, що дане гостре порушення може виникнути внаслідок травми чи фізичного навантаження у «повністю» здорової дитини. Крім того, апоплексія яєчника протікає з внутрішньою кровотечею. Репрезентуючи дану групу, доведено, що ми актуалізуємо не лише ситуаційний аспект, а й висвітлюємо значимість статевого і гендерного чинників у профілактиці смерті. Жіноча стать апріорі є детермінантою, яка в in compacto *(від лат. – стисло)*, в «згорнутому» вигляді визначає ймовірність ризиків для життя при перенапруженні та травмах. Відповідно, це необхідно врахувати в освітньому процесі як на рівні методології, так і практик. Вторинним аспектом виокремлення цієї групи є питання збереження жіночого репродуктивного здоров'я, а також питання гендерної рівності.

Висновки

1. У нашій методологічній системі, спрямованій на розвиток здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах післядипломної освіти, актуальними і первинними є процеси постановки проблеми і проблематизації. У процесі проблематизації ми, з метою формалізації, алгоритмізації, технологізації та наочності, використовуємо концепт *інтенціонально-смислових осей (ліній)*, який визначається як контекстуально орієнтоване інтегративне об'єднання актуальних для нашої методології інтенції, смислів, візій, цінностей, установок, семантик, концептів, що репрезентуються лаконічно, стисло, «згорнуто» у формі послідовності кількох (переважно двохтрьох) слів-понять, слів-образів і можуть розглядатися та інтерпретуватися варіативно в різних форматах, зокрема як: семантичні ряди, семантичні пари, інтенції, антиномії і бінарні архетипи (ті, що мають антагоністичні смисли), антиномічні пари, контексти й актуальні утворення (фігури), синергії (тобто інтерпретація, що сприяє підсиленню чи трансформації смислів). Використання вказаних осей можливе лише співвідносно до певного контексту, тобто воно є контекстуально орієнтованим. У цей концепт також закладено ідею інтертекстуальності, що інструментально розуміється як спосіб проблематизації.

2. Для процесу проблематизації в даній методологічній системі та практиках збереження здоров'я ми використовуємо такі визначені нами принципи: «проблематизація через феноменологізацію антропного і життя»; «проблематизація через аксіологізацію антропного і життя»; «проблематизація через онтологізацію антропного і життя»; «проблематизація на основі формування онтологій і панорам проблем»; «взаємної здоров'язбережуально орієнтованої репрезентативної трансформації проблем, феноменів, онтологій, тенденцій, ситуацій, факторів, смислів, умов і контекстів». Вказані концепти (включаючи інтенціонально-смислові лінії), сформовані на основі контекстуально й антропологічно орієнтованих ідей проблематизації Мішеля Фуко, Жіля Дельоза, Фелікса Гватарі, філософії енактивізму, феноменології, герменевтики та екзистенційних підходів.

3. На основі трансдисциплінарних, феноменологічних, герменевтичних підходів, рецепції медичних традицій, а також актуалізації гуманістичних та кордоцентричних інтенцій, ми конституюємо базові здоров'язбережувальні принципи, до яких відносимо: «принцип первинності й домінування збереження життя над збереженням і формуванням здоров'я»; «принцип первинності й домінування збереження життя над тренувальним процесом, його результатами і фізичною та функціональною підготовкою»; «специфікація (конкретизація) здоров'язбережувальних проблем, уявлень, практик, компетентностей шляхом феноменологізації»; «домінування дій і практик, спрямованих на збереження життя і здоров'я в теперішньому часі над майбутнім»; «домінування надання допомоги і профілактики насамперед при гострих порушеннях, порівняно із хронічними, шкідливими звичками чи поведінковими проблемами»; «збереження життя через первинність профілактики і надання допомоги при гострій кардіологічній патології»; «принцип первинності збереження кардіологічного здоров'я в тренувальному процесі». Означені принципи є первинними і системоорганізуючими в методології та методиці як формування здоров'язбережувальної компетентності, так і для освітніх практик збереження здоров'я.

4. Керуючись принципом первинності життя, імперативами «Non nocere» (Не зашкодь) і «Hic et nunc» (Тут і тепер), а також інтенціями співчуття й милосердя, ми формуємо первину й основну системоорганізуючу ієрархію збереження здоров'я і життя, яка є визначальною в рамках теперішнього часу. Ця ієрархія передбачає такі три аспекти, які також розуміються як етапи, алгоритми, стратегії і ціннісно-смислові матриці практичних дій: 1) збереження життя; 2) збереження здоров'я; 3) інтегративне та співвідносне формування і покращення здоров'я й підвищення функціональних і фізичних (сили, витривалості тощо) можливостей, а також розвиток тіла та тілесності засобами фізичної культури. Вказана ієрархія розглядається у форматі теперішнього часу (тут і тепер). Крім того, вона структурує цей час, «розділяючи» на три темпоральності («раніше» – тут і тепер, «далі», «потім») відповідно до значимості й пріоритетів збереження життя.

5. Із метою оптимізації й алгоритмізації здоров'язбережувальної діяльності вчителя фізичної культури ми виділяємо *базисну ієрархію освітніх ризиків для життя в умовах рухової активності*. Означена ієрархія представлена вісьмома групами ризиків, що розглядаються також як системи феноменів чи/і проблем, до яких відносять: 1) гостру кардіологічну патологію; 2) травми голови і хребта та інсульт головного і спинного мозку; 3) травми (окрім травм голови) і кровотечі; 4) апоплексія яєчника; 5) хворі діти (зокрема із хронічними кардіологічними патологіями) та діти з особливими освітніми потребами; 6) діти, які вживають психоактивні та нейротропні речовини; 7) діти, які піддаються дії випадкових (стохастичних) загроз (чинників); 8) діти, які перебувають у стані гострого чи хронічного стресу або перенесли екстремальну ситуацію. Актуальність даної ієрархії в тому, що вона визначає проблематику збереження життя не лише дітей, які мають певні проблеми зі здоров'ям, а насамперед здорових учнів, стан яких може змінитися швидко і непередбачувано під впливом певних чинників. Дана ієрархія ризиків є ментальною «лінзою», яка, сприяючи формуванню феноменологічного здоров'язбережувального мислення педагога, визначає його можливості до інтелектуально-ціннісних візій і ідентифікацій «невидимих» ризиків.

6. До першої групи ризиків для життя, тобто *гострих кардіологічних порушень,* ми відносимо дванадцять «основних» патологій: раптову серцеву смерть, гостру коронарну недостатність, інфаркт міокарда, забій серця, струс серця, аритмії,

параксизмальну синусову тахікардію, гостру серцеву недостатність, шок, колапс, гіпотонію, гіпертонічний криз. Значимість вказаних патологічних феноменів для практики збереження здоров'я і життя полягає в тому, що вони можуть проявитися у «повністю» здорових дітей під впливом фізичного навантаження в комбінації з іншими чинниками.

Перспективи подальших досліджень. У рамках уточнення і розкриття методичного концепту базисної ієрархії освітніх ризиків для життя в умовах рухової активності ми плануємо і надалі детально розробити й презентувати інші групи ризиків (окрім вищепредставлених гострих кардіологічних) у розгорнутому, репрезентативному, інтерпретативному, ціннісному та технологічно орієнтованому форматах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аннушкин Ю. В. Педагогические условия становления экзистенциально-гуманистического мировоззрения будущего учителя в системе вузовского образования : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 / Аннушкин Юрий Вячеславович. – Иркутск, 2001. – 18 с.
2. Ардашкин И. Б. Феноменология научной проблемы: от классической науки к постклассической: дис. … доктора филос. наук : 09.00.01 / Ардашкин Игорь Борисович. –Томск, 2011. – 296 с.
3. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире : избр. ст. / Л. Бинсвангер // Критическое введение в экзистенциальный психоанализ / Я. Нидлмег. – Москва : КСП+ ; Санкт-Петербург : Ювента, 1999. – 336 с.
4. Быховская И. М. Физическая культура как практическая аксиология человеческого тела: методологические основания анализа проблемы / И. М. Быховская // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. – № 2. – С. 19–27.
5. Вільгельм Дільтей і філософія «духовно-наукового» знання / за заг. ред. М. Марчука. – Чернівці : Чернівец. нац. ун-т, 2011. – 231 с.
6. Грешилова И. А. Экзистенциальная основа педагогической и андрагогической моделей обучения / И. А. Грешилова // Профессиональное образование в России и за рубежом. – 2013. – № 4 (12). – С. 77–81.
7. Гуссерль Э. Логические исследования : в 2 т. Т. 2. Ч. 1. Исследования по феноменологии и теории познания. Исследование V. Об интенциональных переживаниях и их «содержаниях» / Э. Гуссерль // Проблемы онтологии в современной буржуазной философии. – Рига, 1988. – С. 282–297.
8. Завьялова М. П. Когнитология как метанаука в структуре когнитивистики / М. П. Завьялова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2010. – № 2 (10). – С. 18–22.
9. Киященко Л. П. Философия трансдисциплинарности / Л. П. Киященко, В. И. Моисеев ; Рос. акад. наук, Ин-т философии. – Москва : ИФРАН, 2009. – 205 с.
10. Корабльова В. М. Антропологізація як метадисциплінарний тренд: межі застосування / В. М. Корабльова // Науковий вісник Чернівецького університету. Філософія : зб. наук. праць. – Чернівці, 2013. – Вип. 663/664. – С. 218–223.
11. Малкова Я. Ф. Концепция воспитания в экзистенциализме К. Ясперса: генезис и онтологические основания : дисс. ... канд. филос. наук : 09.00.03 / Малкова Яна Феликсовна. – Екатеринбург, 2010. – 150 с.
12. Медова А. А. Онтология модальности : дисс. … док. филос. наук : 09.00.01 / Медова Анастасия Анатольевна. – Красноярск, 2016. – 303 с.
13. Митин А. Е. Методологические основы применения гуманитарных технологий в физической культуре [Электронный ресурс] / А. Е. Митин, С. О. Филиппова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1. – Режим доступа : http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5353.
14. Низовая Т. Н. Педагогические идеи К. Роджерса в современной теории и практике обучения и воспитания в США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Т. Н. Низовая. – Волгоград, 2004. – 180 с.
15. Ниязбаева Н. Н. Экзистенциальные ценности образования : монография / Н. Н. Ниязбаева. – Москва : Перо, 2014. – 124 с.
16. Концепція «Нова українська школа» [Електронний ресурс] / Міністерство освіти і науки України. – Київ, 2016. – 40 с. – Режим доступу : https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukrainska-shkola-compressed.pdf.
17. Новакова О. В. Гуманистические идеи экзистенциализма в развитии современной педагогической мысли Германии : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / О. В. Новакова. – Волгоград, 2002. – 144 с.
18. Петрова Г. И. Новые формы фундаментальности современной науки и формирование когнитивной компетентности в университетском образовании / Г. И. Петрова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2010. – № 4 (12). – С. 111–116.
19. Подлиняев О. Л. Экзистенциальный подход как стратегия развития современного образования [Электронный ресурс] / О. Л. Подлиняев. – Режим доступа : http://www.rusnauka.com/10_DN_2012/Pedagogica/4_104293.doc.htm.
20. Полани М. Личностное знание. На пути посткритической философии / М. Полани ; под общ. ред. В. А. Лекторского, В. И. Аршинова ; пер. с англ. – Москва : Прогресс, 1985. – 344 с.
21. Полянкина С. Ю. Осмысление феномена образования в дискурсе экзистенциальной педагогики / С. Ю. Полянкина, К. А. Дроздова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. – 2016. – № 1. – С. 204–212.
22. Попова А. В. Управление временем в гуманитарном знании / А. В. Попова // Вестник Томского государственного университета. – 2015. – № 396. – С. 59–63.
23. Райда К. Ю. Постекзистенціалістські тенденції в сучасній зарубіжній філософії та гуманітарних науках (історико-філософський аналіз) : дис. ... д-ра філос. наук : 09.00.05 / Райда Костянтин Юрійович. – Київ, 1998. – 400 с.
24. Рожков М. И. Концепция экзистенциональной педагогики [Электронный ресурс] / М. И. Рожков // Ярославский педагогический вестник. – 2002. – № 4 (33). – Режим доступа : http://vestnik.yspu.org/releases/pedagoka_i_psichologiy/18_1/.
25. Романенко Ж. А. Феномен проблемы в научном познании: философско-методологический аспект: дисс. ... канд. филос. наук : 09.00.01 / Романенко Жанна Анатольевна. – Волгоград, 2003. – 165 с.
26. Рябуха О. Смерть учнів на уроках фізичної культури: аналіз причин / О. Рябуха, В. Будзин // Молода спортивна наука України. – 2012. – Т. 2. – С. 171–174.

27. Сартр Ж.-П. Идиот в семье. Гюстав Флобер с 1821 до 1857 года / Ж. П. Сартр ; пер. с фр. Е. Плеханова. – Санкт-Петербург : Алетейя, 1998. – 648 с.

28. Сартр Ж.-П. Человек в осаде / Ж. П. Сартр. – Москва : Вагриус, 2006. 320 с.

29. Скотний В. Г. Філософський вимір теолого-екзистенційних моделей освіти / В. Г. Скотний // Молодь і ринок. – 2010. – № 11. – С. 5–11.

30. Смулевич А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич. – Москва : Мед. информ. агенство, 2012. – 336 с.

31. Стенограма засідання «круглого столу» Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему «Раптова серцева смерть – фактори ризику та шляхи профілактики» (21 березня 2018 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30652.pdf.

32. Турчик І. Теоретичні основи формування ціннісних орієнтацій учня засобами шкільного спорту за кордоном / І. Турчик // Педагогіка, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 6. – С. 71–75.

33. Турчик І. Фізичне виховання і спорт шкільній освіті Європи : монографія / І. Турчик. – Дрогобич : Швидкодрук, 2017. – 137 с.

34. Федорець В. М. Аналіз та актуалізація взаємодії вікових, нервових і локомоторних детермінант кардіологічного здоров'я в контексті формування здоров'язберігаючого підходу / В. М. Федорець // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Вінниця, 2011. – Вип. 12. – Т. 3. – С. 137–145.

35. Федорець В. М. Концептуалізація антропологічної моделі здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури / В. М. Федорець // Вісник післядипломної освіти : зб. наук. пр. / гол. ред. В. В. Олійник ; НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менедж. освіти». – Київ : Атопол Груп, 2017. – Вип. 5 (34). – С. 137–178. – (Серія «Педагогічні науки»).

36. Франкл В. Человек в поисках смысла : сборник / В. Франкл ; пер. с англ. и нем. ; под общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева ; вст. ст. Д. А. Леонтьева. – Москва : Прогресс, 1990. – 368 с.

37. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности: работы разных лет / М. Фуко ; пер. с фр. – Москва : Касталь, 1996. – 448 с.

38. Хайдеггер М. Бытие и время / М. Хайдеггер ; пер. с нем. В. В. Бибихина. – Москва : Ad Marginem, 1997. – 451 с.

39. Хвастунова Ю. В. Символика сердца в религиях мира / Ю. В. Хвастунова // Философия, методология, история знаний : труды Сибирского ин-та знаниеведения. – Барнаул ; Москва, 2005. – Вып. 3. – С. 318–320.

40. Швалев В. М. Морфологичекские основы иннервации сердца / В. М. Швалев, А. А. Сосунов, Г. Гуски. – Москва : Наука. – 1992. – 368 с.

41. Шершнева А. В. Концептуальные основы формирования экзистенциальной сферы : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Шершнева Анжела Владимировна. – Калининград, 2001. – 204 с.

42. Щедровицкий Г. П. Проблемы и проблематизация в контексте программирования процессов решения задач / Г. П. Щедровицкий // Философия. Наука. Методология. – Москва : Шк. культ. политики, 1997. – С. 424–471.

43. Bollnow O. F. Neue Geborgenheit. Das Problem einer Überwindung des Existentialismus. Stuttgart : Kohlhammer, 1955. – 247 s.

44. Cost-effectiveness of Project ADAM: a project to prevent sudden cardiac death in high school students / S. Berger, B. N. Whitstone, S. J. Frisbee, J. T. Miner, A. Dhala,R. G. Pirrallo, L. M. Utech, R. C. Sachdeva // Pediatric Cardiology. – 2004. Vol. 25. – Iss. 6. – P. 660–667.

45. Derdolav I. Padagogische Antropologieals Teorie individuellen Selbstverwirklichung / I. Derdolav // Dikussion Padagogische Antropologie. – Munchen, 1980. – S. 63.

46. Diltheу W. Einleitung in die Geisteswissenschaften. Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte. Leipzig : Duncker & Humblot : 1883. – 520 s.

47. Foucault M. Two technologies of the self // Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault / ed. by L. H. Martin et al. London : Tavistock, 1988. – P. 16–49.

48. Gottschalk A. W., Andrish J. T. Epidemiology of sports injury in pediatric athletes // Sports Medicine and Arthroscopy Review. 2011. – Vol. 19. – Iss. 1. – P. 2–6.

49. Johnson L., Syd M. Return to play guidelines cannot solve the football-related concussion problem // The Journal of School Health. – 2012. – Vol. 82. – P. 180–185.

50. Mandatory electrocardiographic screening of athletes to reduce their risk for sudden death proven fact or wishful thinking? / A. Steinvil, T. Chundadze, D. Zeltser, O. Rogowski, A. Halkin, Y. Galily, H. Perluk, S. Viskin // Journal of the American College of Cardiology. – 2011. – Vol. 57. – Iss. 11. – P. 1291–1296.

51. Maron B. J., Estes N. A. Commotio cordis // The New England Journal of Medicine. – 2010. – Vol. 362. – Iss. 10. – P. 917–927.

52. Merkel D. L. Youth sport: Positive and negative impact on young athletes // Open Access Journal of Sports Medicine. – 2013. – Iss.4. – P. 151–160.

53. No traumatic sports death in high school and college athletes / S. P. Van Camp, C. M. Bloor, F. O. Mueller, R. C. Cantu, H. G. Olson // Medicine and Science in Sports and Exercise. – 1995. – Vol. 27. – Iss. 5. – P. 641–647.

54. Overuse injuries and burnout in youth sports: A position statement from the american medical society for sports medicine / J. P. DiFiori, H. J. Benjamin, J. Brenner, A. Gregory, N. Jayanthi, G. L. Landry, A. Luke // Clinical Journal of sport Medicine. – 2014. – Vol. 24. – Iss. 1. – P. 3–20.

55. Powell J. Cerebral concussions: causes, effects, and risks in sports // Journal of Athletic Training. – 2001. – Vol. 36. – Iss. 3. – P. 307–311.

56. Sports-related injuries in youth athletes: Is overscheduling a risk factor? / A. Luke, R. M. Lazaro, M. F. Bergeron, L. Keyser, H. Benjamin, J. Brenner, P. d'Hemecourt, M. Grady, J. Philpott, A. Smith // Clinical Journal Of Sport Medicine. – 2011. – Vol. 21. – Iss. 4. – P. 307–314.

57. The american college of sports medicine (ACSM) position stand. The female athlete triad / A. Nattiv, A. B.Loucks, M. M.Manore, C. F. Sanborn, J. Sundgot-Borgen, M. P. Warren //Medicine And Science In Sports And Exercise. – 2007. – Vol. 39. – Iss. 10. – P. 1867–1882.

58. Wichstrom T., Wichstrom L. Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use? // Addiction. – 2009. – Vol. 104. – Iss. 1. – P. 138–149.

Дата надходження до редакції: 26.06.2018 р.