



Гакман Анна Вікторівна – доктор наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

Автор понад 90 наукових публікацій в галузі фізичної культури та спорту, в тому числі статті, які опубліковані англійською мовою у періодичних виданнях, включених до наукометричних баз Scopus та Web of Science, співавтор 2 колективних монографій виданих в країнах ЄС англійською мовою.

Експерт із акредитації освітніх програм Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти (2021); член експертної групи Міністерства освіти і науки України для проведення оцінювання ефективності діяльності закладів вищої освіти в частині провадження ними наукової (науково-технічної) діяльності за науковим напрямом: Суспільні науки (2020); Член журі Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт спеціальності 017 «Фізична культура і спорт» (2018-2021 р.).

Член організаційного комітету Всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференцій, що проводяться на кафедрі теорії та методики фізичного виховання і спорту Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича з 2015 року.

Нагороджена Грамотою Чернівецької міської ради (2018), Грамотою Департаментом освіти і науки Чернівецької обл.держадміністрації (2020), Подякою Міністерства освіти і науки України (2021).



Оздоровчо-рекреаційна
рухова активність у похилому віці

Гакман Анна



Гакман Анна

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У ПОХИЛОМУ ВІЦІ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича

Анна ГАКМАН

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У ПОХИЛОМУ ВІЦІ

МОНОГРАФІЯ



Чернівці

Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича
2021

УДК 796.011-053.9

Г 149

Друкується за рекомендацією вченої ради
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича
протокол № 3 від 6 квітня.2020 року

Рецензенти:

АФАНАСЬЄВ Сергій Миколайович – доктор наук з фізичного виховання і спорту, перший проректор з науково-педагогічної роботи Придніпровської державної академії фізичної культури і спорту
ФУТОРНИЙ Сергій Михайлович – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри спортивної медицини Національного університету фізичного виховання та спорту України
ЦИГИКАЛО Олександр Віталійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри гістології, цитології та ембріології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Гакман А.В.

Г 149 **Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у похилому віці :**
монографія / Анна Вікторівна Гакман. – Чернівці : Чернівець.
нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2021. – 360 с.

ISBN 978-966-423-000-0

У монографії розглянуто теоретико-методологічні засади рекреаційно-оздоровчої діяльності осіб похилого віку. Охарактеризовано підходи до визначення сутності базових категорій активного старіння населення України. На основі експериментальних даних сформульовано концептуально-методологічні положення стосовно рекреаційно-оздоровчої діяльності осіб похилого віку, що може слугувати теоретичним та технологічним підґрунтям для ефективного вирішення проблеми підняття рівня залучення осіб похилого віку до рухової активності, задля підвищення тривалості та якості життя.

Для фахівців спеціальності фізична культура та спорт, фітнесу та рекреації, викладачів, науковців, аспірантів, студентів, усіх, хто цікавиться актуальними проблемами рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку.

УДК 796.011-053.9

© Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича, 2021

© Гакман А.В., 2021

ISBN 978-966-423-000-0

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	6
ВСТУП	7

РОЗДІЛ 1. ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ОСНОВА АКТИВНОГО ДОВГОЛІТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В СИСТЕМІ НАУКОВОГО ЗНАННЯ	10
--	----

1.1. Проблема збереження здоров'я осіб похилого віку в науковому дискурсі	10
1.2. Характеристика сучасних теорій старіння та підходів до подовження тривалості життя населення	22
1.3. Систематизація досліджень з проблеми залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності	36
1.4. Вплив оздоровчо-рекреаційної активності на уповільнення темпів старіння організму осіб похилого віку	49
1.5. Модель політики активного старіння у вітчизняних та закордонних дослідженнях	56
Висновки до розділу 1	63

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНИЙ БАЗИС АКТИВНОГО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	65
---	----

2.1. Операціоналізація понять, пов'язаних з проблематикою старіння, подовженням тривалості та якості життя осіб похилого віку: «старість», «старіння», «якість життя», «оздоровча рухова активність», «активне старіння»	65
2.2. Актуальні проблеми активного старіння у сучасному суспільстві	90
2.3. Стратегія державної політики України з питань здорового та активного довголіття населення	113
Висновки до розділу 2	133

РОЗДІЛ 3. МАРКЕРИ ТРИВАЛОСТІ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	136
--	-----

3.1. Особливості здоров'я та захворюваності осіб похилого віку	137
3.2. Характеристика показників фізичного стану осіб похилого віку, їх біологічного віку та темпів старіння	144

3.3. Аналіз інтегральних показників якості життя осіб похилого віку	161
3.4. Соціально-психологічні особливості життєдіяльності осіб похилого віку.....	167
3.5. Розумова працездатність та когнітивні функції осіб похилого віку.....	177
3.6. Характеристика рухової активності осіб похилого віку ..	180
3.7. Взаємозалежність показників рухової активності, якості та задоволеності життям, фізичної працездатності, здоров'я, біологічного віку осіб похилого віку	198
3.8. Експертна оцінка складових активного старіння.....	205
Висновки до розділу 3.....	211

РОЗДІЛ 4. ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ АКТИВНОГО СТАРІННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОТЕНЦІАЛУ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ.....

4.1. Передумови розробки концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності	214
4.2. Основні положення концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності	229
4.3. Обґрунтування та розробка технології реалізації положень концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності.....	242
4.3.1. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку у місцях масового відпочинку (парки)	249
4.3.2. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку на базі фітнес-клубу	251
4.3.3. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб 60-65 років, які навчаються в університеті третього віку.....	253
4.3.4. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу	256
Висновки до розділу 4.....	258

РОЗДІЛ 5. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛОЖЕНЬ КОНЦЕПЦІЇ АКТИВНОГО СТАРІННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОТЕНЦІАЛУ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ.....	260
5.1. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку у місцях масового відпочинку (парки).....	262
5.2. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку на базі фітнес-центрів	267
5.3. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку, які відвідують університет третього віку.....	271
5.4. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку в умовах санаторно-курортних комплексів	275
Висновки до розділу 5.....	283
ЗАКЛЮЧЕННЯ	286
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	312

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АА	Активне старіння
АТ	Артеріальний тиск
Атд	Артеріальний тиск дистолічний
Атс	Артеріальний тиск систолічний
БВ	Біологічний вік
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГРІ	Гострі респіраторні інфекції
ЖЄЛ	Життєва ємкість легень
ЗВО	Заклад вищої освіти
ЗДВ	Затримка дихання на вдиху
ЗЖ	Задоволеність життям
ІАА	Індекс активного старіння
ІЗЖ	Індекс задоволеності життям
ІФЗ	Індекс функціональних змін
ІХС	Ішемічна хвороба серця
КВ	Календарний вік
МТ	Маса тіла
НБВ	Належний біологічний вік
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОРРА	Оздоровчо-рекреаційна рухова активність
ПВ	Паспортний вік
РА	Рухова активність
САН	Самопочуття, активність, настрої
СБ	Статичне балансування
СОЗ	Суб'єктивна оцінка здоров'я
СПА	Соціально-психологічна адаптація
США	Сполучені Штати Америки
УТВ	Університети третього віку
ФВ	Функціональний вік
ФП	Фізична працездатність
ХВ	Хронологічний вік
ЧСС	Частота серцевих скорочень
ЮНЕСКО (UNESCO)	Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
ЯЖ	Якість життя

ВСТУП

Актуальність теми. Світове демографічне збільшення частки осіб похилого віку в демографічній структурі населення на початку XXI століття неминуче стосується й українського населення: за даними науковців, до 2060 року цей показник зросте до 30 % [487]. Сучасні наукові дослідження констатують кризові ситуації в багатьох напрямках життєдіяльності людей похилого віку, які так чи інакше впливають на їхню свідомість і поведінку [62, 159, 292, 311]. Серйозну соціальну небезпеку становить те, що негативні наслідки таких змін позначаються на людях похилого віку як найбільш вразливій категорії населення. Це призводить до порушення їхнього фізичного та психічного здоров'я, дає поштовх для розвитку різних захворювань [6, 65, 179, 335].

Ефективним способом вирішення зазначеної проблеми є оздоровчо-рекреаційна діяльність [31, 147-148, 425]. Її позитивний вплив вирішальною мірою обумовлено узгодженістю між організаційно-змістовними аспектами діяльності та індивідуально-груповими особливостями учасників діяльності. Найбільш важливими особистісними характеристиками в цьому контексті виступають: вікові психофізіологічні показники, стан здоров'я, якість життя (ЯЖ), рівень рухової активності, рівень поінформованості щодо здорового способу життя, профілактика захворювань, дозвілліві інтереси та пріоритети, інтеграція людей у соціальну спільність, формування емоційного стану, що виникає під впливом відчуття свободи, радості та внутрішнього задоволення, звільнення від напруги, стресу, формування позитивної реакції від сприймання краси свого тіла, довкілля, можливості його ширшого пізнання, сприяння фізичному, інтелектуальному, моральному, творчому розвитку особистості [139, 142, 233, 246, 396, 421].

Аналіз сукупності соціально-демографічних, психологічних, економічних, фізичних та інших характеристик, притаманних для осіб похилого віку, дозволяє розглядати заняття оздоровчо-

рекреаційною руховою активністю як одне з оптимальних за багатьма параметрами засобів підтримки відповідного рівня життєдіяльності людей похилого віку [229, 311, 364]. У похилому віці правильно організована рухова активність стає все більш значущою, оскільки завдяки їй стає можливим уповільнити процеси старіння, зберегти рухливість, покращити якість життя, а значить, сприяти активному довголіттю.

Аналіз науково-методичної літератури та педагогічної практики свідчить про значне зростання досліджень, присвячених проблемі оздоровчо-рекреаційної діяльності [13, 27-31, 171, 346, 396, 426], здоров'я та активного довголіття [145, 147, 206, 222, 335, 377], підвищення рухової активності осіб похилого віку [6, 197, 373], покращення показників тривалості, задоволеності та якості життя [59, 205, 243, 385], зниження темпів старіння і біологічного віку [40, 73, 190, 442], соціалізації осіб похилого віку за допомогою творчих занять під час дозвілля [55, 129, 207, 172, 247, 376], аспектам активного старіння [180, 233, 311, 323, 421]. Дослідники вивчали методологічні підходи до формування базових індикаторів активного старіння [399, 405, 419, 424, 432], результати цих досліджень можуть мати для України лише орієнтовний характер, зокрема, через те, що перебіг старіння в інших умовах визначається інакшими чинниками впливу. Узагальнено вітчизняний і зарубіжний досвід планування та впровадження політики забезпечення активного старіння; здійснено оцінку стану дотримання Україною міжнародних програмних документів у царині старіння населення та запропоновані рекомендації щодо вдосконалення державної політики стосовно населення похилого віку в Україні [178, 196, 205, 207, 222, 223, 233, 488].

Докорінне дослідження доробку та напрацювань вітчизняних вчених свідчить про відсутність цілісної картини активного старіння, натомість підтверджує наявність вузлових аспектів дослідження в поєднанні з суттєвими недопрацюваннями в низці напрямів. Зокрема, серед сучасних розробок недостатньо фундаментальних досліджень проблеми реалізації оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку, визначальним орієнтиром яких є підвищення рівня показників рухової активності та якості життя.

Грунтовний аналіз наукової літератури показав, що проблема активного старіння населення з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності не була предметом широкого кола досліджень вітчизняних та зарубіжних науковців і є недостатньо дослідженою.

У монографії сформовано новий науковий напрямок, що передбачає широке розкриття можливостей реалізації оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку стосовно їх залученості до активного старіння, покращення якості та тривалості життя, зміцнення здоров'я.

Авторкою теоретично обґрунтовано концепцію, яка базується на методології системного підходу. Обґрунтовано передумови та розроблено концепцію активного старіння з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності, спрямовану на збереження здоров'я та підвищення якості життя громадян похилого віку, їхньої рухової активності, сприяння вторинній соціалізації, поліпшення умов для самореалізації, підвищення рівня поінформованості щодо здорового способу життя, профілактики захворювань, що відповідає стратегічним завданням державної політики з питань здорового та активного довголіття населення України.

Авторка щиро вдячна за допомогу у проведенні дослідження наукового консультанта, доктора наук з фізичного виховання і спорту, професора О.В. Андрєєвої.

РОЗДІЛ 1

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ОСНОВА АКТИВНОГО ДОВГОЛІТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В СИСТЕМІ НАУКОВОГО ЗНАННЯ

1.1. Проблема збереження здоров'я осіб похилого віку у науковому дискурсі

Тривалість життя населення у всіх країнах світу за останнє сторіччя неухильно підвищується, виникає безліч соціальних проблем, пов'язаних з адаптацією людини похилого віку у суспільстві [11, 38, 42, 53 та ін.]. Згідно з даними ООН, населення світу старіє, збільшення частки людей похилого віку в загальній чисельності населення відзначається практично у всіх країнах. Процес старіння населення стає однією із найбільш значущих соціальних трансформацій ХХІ століття. Це впливає практично на всі сектори суспільства. Демографічне старіння впливає на трудові та фінансові ринки, попит на товари і послуги, серед яких житлове будівництво, транспорт і соціальний захист, а також на структуру сім'ї, взаємини між людьми, що належать до різних поколінь [59, 108, 117, 167 та ін.].

Згідно «Світових демографічних перспектив: переглянута видання 2019 року» [489], до 2050 року кожна шоста людина в світі буде старшою 65 років (16 % населення) порівняно з кожним 11-м в 2019 році (9 % населення). До 2050 року вік кожного четвертого жителя Європи і Північної Америки буде 65 років і старше. У 2018 році вперше в історії число людей у віці 65 років і старше перевищило число дітей віком до п'яти років у всьому світі. За прогнозами, кількість людей віком 80 років і старше потроїться: з 143 мільйонів в 2019 році до 426 мільйонів у 2050 році.

Що стосується України, то в нашій державі з 1991 р в почався процес депопуляції – природного спаду населення через переважання смертності над народжуваністю. Специфіка української депопуляції в тому, що на відміну від провідних країн Європи та світу, де негативний природний приріст

пов'язаний тільки з наднизькою народжуваністю, в Україні на тлі низької народжуваності неухильно зростає також рівень смертності. У наш час частка осіб працездатного віку у загальній кількості померлих досягла 30%, тоді як на рубежі 80-х–90-х років минулого сторіччя вона коливалася в межах 25–26% [487].

Такі факти вказують на гостроту проблеми старіння населення України та необхідність радикальних застережливих дій зі сторони держави на всіх рівнях організації. Адже період активного довголіття залежить від багатьох факторів, як внутрішніх, визначених спадковою структурою організму, так і зовнішніх, що залежать від властивостей навколишнього середовища. Зовнішні умови мають вагомий вплив на розвиток організму й на тривалість життя [1, 51, 66, 73, 136].

Новочасні дані про зв'язок емоцій, поведінки, рухової активності з механізмами нейрогуморальної регуляції функцій організму аргументують істинність, реальність впливу здорового способу життя на стан старіючого організму. Втім залишаються недостатньо вивченими закономірності зниження функціональних резервів людини в періоді пізнього онтогенезу [333, 343, 371, 383], тому особливе значення мають порушення функціонування найважливіших систем організму. У функціональному (фізіологічному) плані відбуваються зміни: розлад нейрогормональної регуляції життєвих процесів, їхньої координації та ритміки, зниження ступеня і швидкості адаптації, занепад фізичних сил і загального життєвого тону. При старінні відбувається дегенерація нервових клітин центральної нервової системи, слабшає її регуляторний і трофічний вплив на організм [48, 343, 406, 427, 455].

Провідними в структурі захворюваності людей старше працездатного віку залишаються серцево-судинні захворювання. Згідно з результатами дослідження SAGE, в Україні серед населення 70 років і старше поширеність артеріальної гіпертензії становить 65,2%, а стенокардії – 47,8%. З постарінням населення пов'язується збільшення числа захворювань, таких як атеросклероз, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія [291, 319].

Передусім вікові зміни розвиваються в серцево-судинній системі. Саме вона визначає перспективу: довголіття або ранне

постаріння. Удосконалення методів діагностики, лікування і профілактики захворювань серцево-судинної системи, а також раннє виявлення причин, що зумовлюють збільшення частоти виникнення серцево-судинних захворювань, мають особливу актуальність і значимість у протидії передчасному старінню [135].

Іноді слабке здоров'я в похилому віці може бути наслідком недостатнього або неправильного харчування. Через те, що рухова активність знижується, обмін речовин сповільнюється, люди похилого віку мають потребу в їжі менше, ніж молоді. У віці 65 років потрібно на 20% менше калорій, ніж в період ранньої дорослості. Харчування – головний фактор, що впливає на здоров'я. Неправильне харчування, що виражається як у недостатньому, так і в надмірному надходженні харчових речовин, може спричинити різні захворювання [47].

Відомо, що старіння є генетично запрограмованим процесом, який супроводжується певними віковими змінами в організмі [59, 65, 78, 167 та ін.]. За даними ВООЗ, населення в Європейському регіоні, як і в світі загалом, швидко старіє: його середній вік вже найвищий у світі, і очікується, що частка людей віком 65 років і старше збільшиться з 14% в 2010 році до 25% в 2050 році [487].

З віком знижується інтенсивність обмінних процесів. Одночасно зростає ризик розвитку атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарда, інсульту, цукрового діабету, пухлинних й інших хвороб. У старості відбувається природне й обов'язкове зниження сили, обмеження фізичних можливостей [41, 51].

У соматичному здоров'ї людини виокремлюють поняття про фізичну працездатність як здатність організму людини проявити найбільше фізичного зусилля в статичній, динамічній чи змішаній роботі.

Фізична працездатність залежить від низки об'єктивних і суб'єктивних факторів: рухової координації (навичок, техніки виконання рухів); енергетичного потенціалу, пов'язаного з потужністю та ефективністю процесів енергоутворення аеробним й анаеробним шляхом; від параметрів фізичного розвитку і психічних мотивацій [37, 66, 249, 267, 292 та ін.].

Проблема рухових можливостей при старінні послідовно вивчається у зв'язку з її роллю в системі оздоровчо-рекреаційної діяльності. Одним з найважливіших варіантів її вирішення вважають регулярне використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності [39]. Між досягненнями науки із проблем, пов'язаних зі здоров'ям, руховою активністю і повсякденною практикою залишається значний дисбаланс, зумовлений об'єктивними умовами і суб'єктивними факторами [211].

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у похилому віці включає в себе колективні та індивідуальні компоненти, сукупність яких можна розглядати у соціально-гуманітарних, психолого-педагогічних і медико-біологічних аспектах [35].

Рухова активність у похилому віці покращує кровообіг, стимулює роботу внутрішніх органів, покращує процеси обміну речовин і розумову діяльність. Заняття оздоровчою руховою активністю сприяють: оволодінню власним тілом, розвитку просторово-часових відчуттів, координаційних рухових умінь і навичок, формуванню довільної регуляції; створенню функціонального ресурсу діяльності особистості [35, 304]. За допомогою основних рухів: ходьби, бігу, стрибків, метання, лазіння, у осіб різного віку формуються прикладні уміння і навички, необхідні у повсякденному житті. Фізичні вправи є основним засобом оздоровчого напрямку фізичної культури. До них зараховують різноманітні типи вправ: гімнастичні, фізичні прикладного характеру, швидкісно-силові, силові, дихальні, на розслаблення, у рівновазі тощо.

У сучасному світі питання підтримки здоров'я громадян визначено одним з провідних напрямків суспільної і державної роботи різних країн світу. Загальні права людей похилого віку викладені в Міжнародній декларації прав людини [160], Глобальних рекомендаціях з рухової активності для здоров'я (2010) [109], Європейській Конвенції про захист прав і основних свобод людини [154], деклараціях ООН [79, 125], ЮНЕСКО, ВООЗ [488]. Також, було прийнято законодавчі акти про людей похилого віку і в Україні, однак в нашій державі проблема сприяння і пропаганди рухової активності є ще більш гострою. Із 1991 року затверджувалися нормативні документи різної

юридичної сили та спрямування, ціллю якихбула реалізація окремих дій на різних рівнях державного управління. Своєрідного значення для визначення прав і обов'язків осіб похилого віку, відповідальності держави, приватних осіб, благодійних організацій мають закони «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991) [161], «Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту» (1993) [163], та «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» (1994) [162]. Відповідно до Закону України «Про фізичну культуру та спорт» [164], Постанови Верховної Ради України «Про забезпечення сталого розвитку сфери фізичної культури і спорту в Україні в умовах децентралізації влади» (2016) [264] і Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [238], «Цільової соціальної комплексної програми розвитку фізичної культури і спорту до 2024 р. населення України» [265], в тому числі люди похилого віку, мають долучатися до систематичного виконання рухової активності.

Однак реалізація зазначених документів була різною. Головний їх недолік – зорієнтованість переважно на популяризацію спортивних чи змагальних видів фізичної активності серед молоді, тоді як люди похилого віку, внаслідок низької рухової активності є основною частиною населення із проблемами із здоров'ям.

Залучення населення України до рухової активності розглядається масштабно, проте особи похилого віку можуть доєднуватися до рухової активності у місцях масового відпочинку, у групах здоров'я при різних громадських організаціях, при осередках Всеукраїнського центру фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх», при міських поліклініках та медичних центрах, у санаторно-курортних та оздоровчорекреаційних закладах.

На сучасному етапі залучення осіб похилого віку до рухової активності знаходиться на низькому рівні [12, 20, 45, 55, 73 та ін.], що обумовлює необхідність пошуку шляхів розв'язання проблеми. У психології визначальними для цього є положення теорії самовизначення [120], у педагогіці – концепції

суспільної освіти з питань фізично активного способу життя [304]. В обох випадках підґрунтям залучення населення до рухової активності є посилення у них відповідних мотивів шляхом створення адекватних ситуативних чинників та формування необхідних знань й умінь у процесі фізичного виховання.

Старіння населення стає державною проблемою практично у всіх країнах, тому суспільство прагне подовжити період активності людей похилого віку, знаходити шляхи прийняття сучасних методик немедикаментозної корекції наростаючих змін в стані їх здоров'я [6, 139, 171, 189].

Сучасні дослідження показують, що систематичні фізичні вправи позитивно впливають на стан організму осіб похилого віку. Підвищення рухової активності сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, підвищенню адаптаційних можливостей організму, зниженню частоти загострень хронічних захворювань, поліпшенню психоемоційної сфери людини, при цьому знижується ризик небажаних наслідків, серед яких зниження когнітивної дисфункції, травми, погіршення психічного здоров'я, мобільності [307, 319, 321].

Низка вітчизняних та закордонних науковців наголошують на ефективності фізичних вправ для людей похилого віку, які впливають на зниження ризику травм, що мають різні медичні наслідки (інвалідність, смерть) [178, 182, 419, 423, 432].

Стійка тенденція до зниження рівня здоров'я населення в Україні спостерігається протягом останнього десятиліття [53, 78, 126]. Це призвело до того, що зараз у державі середня тривалість життя громадян на 10–12 років нижча, ніж у країнах Європейського Союзу. За останні роки внаслідок депопуляції чисельність населення України скоротилася більш ніж на 5 млн осіб [126, 278].

На думку Н.В. Медведовської та Д.Д. Дячук [223], поліпшення стану здоров'я населення, підвищення тривалості здорового та працездатного життя можуть стати надійним підґрунтям й опорою для забезпечення сталого економічного розвитку. Усвідомленість того, що індивідуальне здоров'я тісно пов'язане з громадським, має бути наріжним каменем сучасної соціальної політики.

Тетяна Бахтеєва [49], голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я (2011), стверджувала, що у XXI ст. здоров'я – це передусім самі люди, і від того, як вони живуть та піклуються про своє здоров'я в умовах повсякдення, залежить дуже багато. Спосіб життя значною мірою впливає на розвиток неінфекційних захворювань. За даними ВООЗ, із усіх відомих факторів ризику, що негативно впливають на здоров'я, на першому місці – нездоровий спосіб життя. Його питома вага становить 50% усіх ризиків, що впливають на здоров'я. До нездорового способу життя перш за все відносяться такі фактори, як нераціональне харчування, гіподинамія, куріння та вживання алкоголю. За оцінками міжнародних експертів, близько 50% смертей від неінфекційних захворювань можна уникнути, якщо суспільство зробить вибір на користь здорового способу життя .

Для збереження фізичної працездатності та здоров'я людей похилого віку, підвищення якості їх життя велике значення має рухова активність. Саме пов'язуючи з цим в Україні та в інших країнах реалізуються стратегії підвищення рухової активності для населення з метою профілактики гіподинамії [118].

У Національній стратегії із оздоровчої рухової активності в Україні «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», яку було ухвалено Указом Президента України від 9 лютого 2016 року № 42/2016, зазначається, що достатній рівень оздоровчої рухової активності мають низький рівень – 33% населення, середній рівень – 6% населення, 3% населення мають високий рівень. Для більшої частини дорослого населення характерною є малорухливий спосіб життя, гіпокінезія [238].

У рекомендації ВООЗ «Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я» включені рекомендації з фізичної активності для людей похилого віку, в яких йдеться про те, що люди похилого віку повинні займатися фізичною культурою з помірною інтенсивністю не менше 150 хв на тиждень [109].

Систематичний аналіз наявності і змісту національних рекомендацій з фізичної активності, проведений S. Kahlmeieratal (2015), засвідчив, що в Європейському регіоні із тридцяти семи країн шістьнадцять не мали національних рекомендацій, а в наявних національних рекомендаціях особам пенсійного віку

пропонована рухова активність не менше однієї години в день, в трьох національних рекомендаціях – більш тривалий час, в одній – менш тривалий час, при цьому тільки три національні рекомендації повністю відповідали рекомендаціям ВООЗ щодо осіб похилого віку [489].

У законі України «Про фізкультуру і спорт» чітко визначаються оздоровчі завдання: пропаганда здорового способу життя; залучення широкого кола населення у фізкультурно-оздоровчі заходи, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, в тому числі людей похилого віку; психоемоційна підтримка, яка необхідна для найбільш ефективного психологічного розвантаження [164]. У зв'язку з цим необхідно не тільки удосконалювати фізичний стан людей похилого віку та сприяти підвищенню тривалості їх життя, але і збільшити період активної діяльності для успішної адаптації у новій соціальній ролі.

Дослідники вказують, що одним з головних методів адаптації старших людей у сучасному суспільстві є фізична культура, яка є не лише формою зайнятості, соціальної активності, але й форма корисної життєдіяльності, умовою збереження фізичного та психічного здоров'я, функціональних можливостей, а в кінцевому рахунку сприяє соціальній адаптації [610, 60, 136, 166].

Головним засобом підвищення фізичної працездатності, профілактики захворювань є рухова активність, що має здатність підтримувати соціальну активність та якість життя людей похилого віку [58; 68; 69; 117; 127]. У зв'язку з цим, за свідченням дослідників, значення рухової активності в життєдіяльності людей, зокрема в похилому віці, є особливо вагомим [96; 155; 170].

Зарубіжні дослідники вказують, що низька рухова активність пов'язана зі збільшенням частоти гіпертонічної хвороби, коронарної недостатності, остеопорозу, дегенеративного артрити й діабету. У процесі старіння пригнічуються функції всього тіла, що також збільшує ризик багатьох хронічних захворювань у старшого покоління [161; 173].

"As a nation, we aspire to a Canada in which Every person is as healthy as they can be - physically, mentally, emotionally and

spiritually" – висловлювання, яке фактично є гаслом діяльності керівних органів Канади, щодо здоров'я своїх громадян. На думку канадських фахівців, можна виокремити такі фактори впливу здоров'я населення [382]:

- мережі соціальної підтримки,
- утворення, добровільні товариства, громадські організації,
- зайнятість та умови праці,
- довкілля,
- генетична спадковість,
- знання про превентивні заходи,
- підвищена увага до здоров'я дітей, жінок і людей похилого віку,
- медичні та соціальні служби,
- суспільство,
- стать,
- рівень культури,
- достаток і соціальний статус.

Як бачимо, дуже велике значення у вирішенні цього питання покладається на соціум. На думку канадських фахівців, здійснюватися це повинно не тільки на вертикальному рівні (тобто держава → населення; керівництво → особистість), але і на горизонтальному рівні (сім'я, друзі, сусіди). Треба зазначити, що основною рушійною силою є активність громадських організацій. Держава, в свою чергу, надає істотну підтримку цих ініціатив (наприклад, виділення коштів може здійснюватися прямим шляхом – з місцевих бюджетів, і непрямим – наданням податкових преференцій компаніям, які підтримують ініціативи щодо підвищення якості життя та здоров'я громадян), крім того існує низка державних програм [400].

Причинами передчасної смертності, є такі два основні фактори: стан здоров'я та соціальне благополуччя. Ці фактори є вирішальними для формування і підтримки здоров'я осіб похилого віку.

Існує низка захворювань, які найчастіше стають причинами передчасної смерті цієї вікової групи: серцево-судинні захворювання (34%), рак (29%) та ін. (Табл. 1.1) [382, 490].

Таблиця 1.1

**Показники захворюваності, які стали причинами
передчасної смерті [382, 490]**

<i>Причини</i>	<i>%</i>
Серцево-судинні захворювання	34 %
Рак	29 %
Хронічні респіраторні захворювання	6 %
Генетичні захворювання, захворювання травної системи, смертність малюків під час пологів	5 %
Травми	6 %
Діабет	3 %
Інші хронічні захворювання	17%

За твердженням Christopher A., значну кількість цих захворювань при застосуванні превентивних заходів можна було б попередити. Саме на це спрямована діяльність державних та громадських організацій Канади. Спільно з провідними фахівцями в галузі фізичного виховання, медицини, психології, педагогіки були розроблені керівництва з ведення здорового способу життя (рухової активності, харчування, ментального здоров'я і тощо) [386].

Багато досліджень закордонних науковців доводять, що за умови раціонально підібраних видів рухової активності, її особливостей та інтенсивності можна попередити появу цілої низки захворювань [368, 371, 377, 389]. Позитивний вплив раціонально підібраної рухової активності проявляється в наступному [382]:

- зниження ризику виникнення серцево-судинних захворювань;
- профілактика появи деяких типів ракових захворювань;
- профілактика діабету другого типу;
- профілактика остеоартриту;
- профілактика остеопорозу;
- зниження кров'яного тиску;
- зниження ризику повторного серцевого нападу;

- зниження больових відчуттів при артритах;
- підвищення емоційного стану під час стресових періодів життя;
- покращення настрою;
- покращення самопочуття;
- контроль ваги;
- допомога кинути курити;
- покращення сну;
- попередження травматизму (особливо у людей похилого віку);
- зниження ризику появи психічних розладів, властивих людям похилого віку;
- попередження асоціальної поведінки тощо.

Варто зазначити, що для активізації людей похилого віку до систематичних занять руховою активністю та ведення здорового способу життя розроблялася низка навчально-методичних, агітаційно-пропагандистських, науково-популярних рекомендацій для цієї вікової групи [392].

Проблема збереження здоров'я осіб похилого віку, на думку Ю. Павлової, Л. Вовканича та Б. Виноградського, постає насамперед у вікових змінах в організмі – це причина погіршення фізичного та психічного стану людей старшого віку, збільшення серед них кількості інвалідів та самотніх, які потребують сторонньої допомоги. Старіння населення за несприятливих соціально-економічних та екологічних умов супроводжується зростанням захворюваності, погіршенням здоров'я, збільшенням питомої ваги хронічних патологічних станів. Актуальними у наш час постають питання дослідження медичних, соціальних і психологічних аспектів проблеми похилого віку [242].

Старіння кожної людини проходить індивідуально і характеризується за якісним критерієм типом старіння, за кількісним – темпом старіння, а з погляду структури старіння – співвідношенням темпів старіння різних систем організму, тобто профілем старіння [256]. Домінування деградаційних змін у тій чи іншій фізіологічній системі організму визначає тип

старіння: серцево-судинний, ендокринний, нервово-психічний, обмінний.

На думку низки фахівців [456, 404, 476, 479], оздоровчо-рекреаційна рухова активність є одним із наоптимальніших способів покращити здоров'я осіб похилого віку. Thompson P. вказує, що регулярні фізичні навантаження необхідні при серцево-судинних захворюваннях, гіпертонії, остеоартритах й остеопорозах тощо. Однак особи похилого віку із хронічними захворюваннями витрачають на рухову активність на 1 000 ккал менше протягом тижня, ніж здорова людина цього ж віку, що зумовлює збільшення ризику захворювань опорно-рухової системи, виникнення депресії [476]. Згідно з проведеними опитуваннями, люди похилого віку не займаються регулярно фізичними вправами. Так, більш ніж 60 % європейців, старших 65 років, не виконували жодних фізичних вправ упродовж семи днів [404]. У США тільки 31 % людей віком від 65 до 74 років виконують фізичне навантаження середньої інтенсивності протягом 20 хвилин тричі на тиждень. 16 % осіб цього віку займаються оздоровчо-рекреаційною руховою активністю по 30 хв п'ять і більше разів на тиждень [456]. Дещо інші висновки роблять австралійські дослідники [444]. Згідно з дослідженнями Morris M., особи віком 55-75 років найбільше часу приділяли ходьбі та фізичній активності середньої потужності порівняно з іншими віковими групами.

За науковими даними І. О. Курило [204], однією з найважливіших умов підтримання здоров'я у похилому віці є зусилля щодо його зміцнення та наявність рівного доступу осіб до послуг охорони здоров'я, які передбачають профілактику захворювань протягом усього життя. Адже чим раніше людина починає піклуватися про своє здоров'я, тим більше повноцінних років життя вона собі забезпечує. Здоровий спосіб життя протягом усього життя сприяє його подовженню та збереженню здоров'я у старості, зниженню інвалідності тощо. Серед респондентів соціально-демографічного обстеження похилого віку понад дві третини (66,9%) жінок та майже половина (49,4%) чоловіків заявили, що ведуть здоровий спосіб життя й піклуються про своє здоров'я [205].

Згідно соціологічного опитування І. О. Курило, 14,1% жінок і 35,9% чоловіків вважають, що піклуються про здоров'я, але все ж мають деякі шкідливі звички, а решта визнають, що їх спосіб життя не можна вважати здоровим. Серед засобів піклування про здоров'я літні жінки частіше вдаються до вживання вітамінів, регулярно проходять медичне обстеження, чоловіки ж порівняно частіше вказують на такі складові свого способу життя, як фізична активність, загартовування. Оцінюючи шкідливі звички й інші ризики для свого здоров'я, літні жінки частіше посилаються на стреси й визнають, що ведуть малорухливий спосіб життя (нерідко відзначаючи також переїдання і нераціональне харчування), а чоловіки частіше мають такі шкідливі звички, як тютюнокуріння і вживання алкоголю [204].

1.2. Характеристика сучасних теорій старіння та підходів до подовження тривалості життя населення

У всьому світі відзначається старіння населення, яке триває інтенсивними темпами [10, 59, 136, 323]. За даними Державної служби статистики України, з 2010 по 2019 рр. частка осіб старше працездатного віку становить 1/6 частину населення і має тенденцію до зростання з 6 млн. осіб до 7 млн. осіб за останні три роки. Очікувана тривалість життя по досягненні 65-річчя в Україні нині є на 5–6 років меншою, ніж у розвинутих європейських країнах. Різниця у тривалості життя за статтю для віку 65 років в останні роки становила 3,6–3,9 року «на користь» жінок, що відповідає такій для інших європейських країн (так, у Швеції вона становить 2,8 року, але у Франції – 4,2, а в Іспанії – 3,9 року). Разом із надто високою в Україні різницею за статтю у тривалості життя при народженні, згадані відмінності у похилому віці свідчать про те, що чоловіча надсмертність на цьому етапі життя є значно меншою, ніж у молодшому віці. Та й у межах власне похилого контингенту «статева диспропорція рівнів смертності з віком поступово зменшується і зрештою нівелюється: від максимального у похилому віці перевищення частоти смертей чоловіків над жінками у 2,7 разу серед 60–64-річних осіб до 1,3 разу – для тих, кому 80–84 роки і майже однакових рівнів смертності в останньому віковому інтервалі» [322].

Старіння населення стає державною проблемою практично у всіх країнах, у зв'язку з чим суспільство зацікавлене в подовженні періоду активності в похилому віці, знаходженні шляхів їх вирішення, прийнятті сучасних методик немедикаментозної корекції наростаючих змін в стані здоров'я [115, 116, 127, 130 та ін.]. Залучення осіб похилого віку до рухової активності є одним із пріоритетних напрямків Національної стратегії із оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» у зв'язку із збільшенням тривалості життя населення нашої держави.

Зміни в організмі під час старіння обумовлюють зниження його адаптаційно-регуляторних механізмів. Прискорене старіння проявляється більш раннім і швидшим розвитком старечих вікових змін, які скорочують тривалість життя [11]. Відомо, що рухова активність у похилому віці позитивно впливає на організм у цілому та на окремі його системи, дає можливість добре себе почувати, позбутися деяких недуг, молодше виглядати, підвищувати власну працездатність, «відтягнути» старість й безпомічність [145].

Характерною особливістю осіб похилого віку є уповільнені процеси старіння, які проявляються інволюційними змінами в конкретних органах і системах організму. Загалом знижується активність неспецифічного і напруженість специфічного імунітету, погіршуються адаптаційні можливості організму до зовнішніх чинників, зокрема до фізичних навантажень, збільшуються періоди впрацювання і відновлення [3, 37, 42].

Згідно з даними М. Александрової [11], основними причинами старіння людини є:

- «надлишок вільних радикалів у клітинах;
- підвищений рівень інсуліну й кортизолу, гормонів старіння;
- зниження рівня тестостерону, естерогену, прогестерону, мелатоніну;
- апоптоз клітин».

Найрозповсюдженішими теоріями (гіпотезами) старіння є: стохастичні (імовірності) та молекулярно-генетичні.

Серед молекулярно-генетичних теорій старіння можна виділити:

- елеваційну (онтогенетичну) теорію старіння;
- теломерну теорію старіння;
- адаптаційно-регуляторну теорію старіння.

Стохастичні теорії старіння акцентують:

- теорію вільних радикалів;
- теорію апоптозу (самогубство клітин).
- «старіння за помилкою»;

Більшість відомих на сьогодні теорій старіння можна розділити на кілька напрямків: біологічний, соціологічний та психологічний (Рис.1.1). Ермолаєва М. В вважає, що біологічний підхід зосереджує увагу на фізіологічних особливостях перебігу старості, соціальний вивчає старість у соціальному контексті (індивідуальні переживання старіючої особи, її місце у суспільстві, взаємодія із соціумом та проблеми старості), а власне психологічний підхід характеризує психічні та психологічні аспекти старіння [152].



Рис. 1.1. Напрями теорій старіння

Соціологічний напрямок теорій старіння представлений кількома підходами, у межах кожного з яких розроблялися власні теорії старіння [152, 183].

Структуралізм стверджує, що соціальна поведінка людини, її відношення, цінності цілком обумовлені організацією та структурою суспільства, в котрому вона живе. В його межах розроблялися теорії відчуження, діяльності та структурної залежності. Відповідно до теорії відчуження (звільнення), однією з умов подальшого функціонування суспільства є

поступове відчуження старіючих людей від тих, хто є молодшим, їхнє звільнення від низки суспільно значимих функцій і ролей. У результаті такого відчуження порушуються істотні відносини між старіючою особою та іншими членами суспільства [178, 186].

Таке звільнення, на думку Дж. Смелзера, можна вважати одним із способів пристосування до своїх обмежених можливостей і примирення зі смертю, яка неминуче насувається [295]. Тобто таким чином індивід готується до кінцевого розриву. Інакше кажучи, суть відчуження полягає у свідомому встановленні обмежень своїм можливостям та зростанні очікування невдач через невідповідність соціальним нормам і стандартам, які притаманні суспільству.

Теорія діяльності (активності) людей похилого віку є певною мірою протилежною до попередньої. Дж. Хавігхарст і Дж. Маддокс вважали, що люди похилого віку повинні зберігати свою активну соціальну роль, притаманну їм у молодому і середньому віці, з метою звичайного функціонування і стійкого розвитку суспільства [360]. Така активність старіючих осіб сприятиме збереженню їхнього психологічного спокою.

Прихильниками теорії діяльності введено поняття «успішна старість». Тобто збереження стилю життя і ціннісних установок, властивих особистості з молодого віку, важливе для отримання задоволення від життя у старості.

Наступною є теорія структурної залежності, або ж теорія розподілу матеріальних засобів. Згідно з нею люди похилого віку мають певний залежний стан, пов'язаний з їхнім обмеженим доступом до соціальних ресурсів, найдужче у сфері отримання прибутків [158]. Таке пригнічене положення, на думку вищезгаданих вчених, політичній «мобілізації» старіючих осіб, сприяє розвитку «вікової самосвідомості», які вважають себе пригніченою групою. Прихильники цієї теорії вважають такий стереотип, як бідність старих є природним явищем та пояснюється тим, що ті не долучаються до виробничої діяльності, відокремлені від матеріальних і соціальних ресурсів суспільства [155].

Черговим соціологічним підходом є символічний інтеракціонізм, який прагне проаналізувати символічність

аспектів соціальних взаємодій та обґрунтувати їх вплив на життя конкретної особи. В його руслі розглядаються теорії девіантності, маргінальності та субкультури [130].

Згідно з теорією девіантності, у процесі старіння з'являються нові особливості поведінки людей, викликані змінами їхніх життєвих умов після виходу на пенсію, внаслідок чого індивіду одразу приписують характеристику «особа похилого віку», вона має поводитися відповідно, не претендуючи на вискооплачувані види трудової чи професійної діяльності. Отже, за цією теорією, людина третього віку зі своїми потребами та запитами є девіантною відносно існуючого суспільства [152, 400].

Близькою до попередньої є теорія маргінальності, вона розглядає старіючих осіб як невелику складову частину населення, що відрізняється від інших маргінальних груп (алкоголіків, асоціальних елементів, наркоманів) лише тим, що вони знаходяться на вищому суспільному щаблі, бо мають хоч незначний, але постійний прибуток у вигляді пенсії [475]. Але суспільство, як і до інших маргінальних груп, має застосовувати до осіб похилого віку спеціальні засоби, щоб їхня поведінка відповідала прийнятним нормам.

Представники теорії субкультури сприймають старіючих осіб як невелику соціальну групу із своєю культурою, яка їх об'єднує, тому між людьми похилого віку виникає особлива близькість за інтересами, спогадами, захопленнями, що призводить до відокремлення та відчуження від інших вікових груп, у тому числі родичів і близьких. А. Роуз зазначає, що «особи похилого віку навіть легше адаптуються до старості, якщо долучаються до «субкультури осіб похилого віку» [462].

Наступна група підходів – це психологічні підходи до аналізу феномену старіння, наявні у різних психологічних школах [153, 227]. Одними з перших специфіку старості розглядали в експериментальній психології. Зокрема Ф. Гальтона в контексті проблем психологічного старіння значним чином зацікавили особливості інтелектуальної діяльності особи та її трансформації у пізньому віці. О. Копієвська відзначає, що «зниження окремих психологічних функцій у осіб цього віку пояснювалося переважно процесами психологічної деградації.

Такі погляди сприяли формуванню уявлення про психологічне старіння як про процес психологічної деградації» [187].

К. Ясперс [358], представник екзистенціальної психології, вважав що «старість сприятливим і природним періодом життя, який має свої переваги – накопичений досвід, стриманість, життєву впорядкованість, здатність до самовитримки, мудрість, хоча здібності у цей період знижуються. Попри те, що людина стає обмеженою тілесно, вона одночасно стає більш духовною. Якщо вона досягла мудрості, то є доброю, терплячою, поблажливою до слабкостей інших, задоволеною життям. Явищем старості цікавилися і з погляду психоаналізу. Хоча З. Фройд і не вивчав безпосередньо проблем похилого віку, але у його роботах простежується наявність особистого відчуття страху перед смертю, що неминуче супроводжує настання старості» [332].

К. Юнг [354], засновник аналітичної психології вважав, що «обов'язком та необхідністю у старості є потреба виробити цілісний погляд на своє життя. Результатом такої психологічної перебудови має стати поява нової життєвої позиції, раціонального погляду на своє існування і водночас – споглядальної, стійкої, психічної та моральної рівноваги. Учений вважав, що старість є окремими важливим етапом життя особистості, тому до неї треба готуватися, принаймні для того, щоб упередити виникнення нервових зривів у процесі старіння».

А. Адлер [7], автор концепції індивідуальної теорії особистості, вважав, що внаслідок зниження фізичних і фізіологічних можливостей людини у старості, вона не здатна дотримуватися звичного способу життя, тому переживає почуття неповноцінності, для компенсації якого повинна від чогось відмовлятися, щось змінювати. Прагнення відшкодування цього почуття, на думку іншого видатного психолога Л. С. Виготського [70], зумовлюється не тільки внутрішніми причинами, а зовнішніми – соціальним середовищем. Засобом подолання такого стану А. Адлер визначав для людей похилого віку знаходження сенсу життя у наданні допомоги іншим особам, відчутті соціальної приналежності й потребності.

Певне злиття та узагальнення викладених вище теорій і поглядів знаходимо у працях Р. Яцемирської. Називаючи їх психологічними теоріями старіння, вона виділяє та аналізує теорії соціальної ізоляції, профілізації особистості, вікових ціннісних асиметрій та взаємостосунків модусів часу [297].

Далі коротко розглянемо кожну з названих теорій. В основі теорії соціальної ізоляції лежать зміни організації життя людини похилого віку. Вона виходить на пенсію, внаслідок чого зменшується кількість соціальних зв'язків та комунікації. Діти, ставши дорослими та самостійними, відділяються, починають помирати близькі та знайомі люди. У такій ситуації людина почуває себе самотньою, важко звикає до незайнятості та надлишку вільного часу. Часто на фоні такого психологічного стану з'являється загострена увага до власного здоров'я, може розвиватися іпохондрична налаштованість [216].

За основу теорії профілізації особистості взято аналіз стилю життя, позицій і соціокультурних орієнтацій кожної людини, її індивідуальних реакцій у похилому віці. В цьому контексті наголошується на необхідності збереження людиною життєвої активності, що є передумовою готовності до змін.

Згідно з теорією взаємостосунків модусів часу людина може існувати у трьох вимірах: минуле, теперішнє і майбутнє. Люди ж похилого віку здебільшого звернені у минуле, тому вони часто передивляються та переоцінюють все своє прожите життя. Таке повернення у минуле, ймовірно, є спробою наповнити своє життя сенсом, знайти опору в житті [118].

Сьогодні існує кілька альтернативних теорій біологічного напрямку, які іноді суперечать одна одній, а разом доповнюють. На проблемі старіння останнім часом почали зосереджувати увагу низка вітчизняних та закордонних науковців, тому з кожним роком з'являються нові теорії, що дозволяють глибше зрозуміти механізми цього процесу. Звичайно, є декілька основних теорій старіння, від яких відштовхуються вчені при визначенні причин старіння людини [130].

Найбільшої ваги надають молекулярно-генетичній теорії, що пояснює процес старіння первинними змінами генетичного апарату клітин. Велику їх частину можна розділити на два основних варіанти. На думку І. Малкіна-Пых, «у першому

випадку вікові зміни генетичного апарату клітин розглядаються як спадково запрограмовані, у другому – як випадкові. Отож старіння може бути запрограмованим закономірним процесом, логічним наслідком росту й дозрівання або результатом накопичення випадкових помилок у системі збереження і передачі генетичної інформації» [216].

Тому, якщо дотримуватись першого погляду, то старіння, взагалі то, стає продовженням розвитку, впродовж якого у певній еволюції послідовності вмикаються і вимикаються різні площини геному. Тоді при «розтягуванні» програми розвитку уповільнюється робота «біологічного часу», що задає темп програмі старіння. Наприклад, в дослідженнях з обмеженням харчування у молодшому віці, відбувається уповільнення темпи росту, а отож, і старіння, хоча механізм далеко не простий. Передбачається, що уповільнення зростання, статевого дозрівання та досягнення оптимальних розмірів тіла призводить до збільшення тривалості життя, себто старіння, як й інші етапи онтогенезу, контролюється генами [392].

Наступною теорією біологічного напрямку є стохастична (ймовірнісна) теорія. Відповідно до цієї теорії, старіння – результат випадкових процесів на молекулярному рівні [226]. Дослідники вважають, що старіння – це наслідок накопичення випадкових мутацій у хромосомах внаслідок зношування механізмів репарації ДНК – виправлення помилок при її копіюванні під час поділу клітин [337].

У той же період запропонована Д. Харманом (1956) та Н.М. Емануелем (1958) вільнорадикальна теорія пояснює не тільки механізм старіння, а й широкий спектр пов'язаних з ним патологічних процесів (серцево-судинних захворювань, ослаблення імунітету, порушень функції мозку, катаракти, раку та деяких інших) [333]. Відповідно до цієї теорії причиною ексцесу функціонування клітин є обов'язкові для багатьох біохімічних процесів вільні радикали – активні форми кисню, синтезовані переважно в мітохондріях – енергетичних фабриках клітин.

Якщо дуже агресивний, хімічно активний вільний радикал випадково залишає те місце, де він потрібний, він може пошкодити ДНК, РНК, білки і ліпіди. Природа передбачила

механізм захисту від надлишку вільних радикалів: крім супероксиддисмутази та деяких інших синтезованих в мітохондріях і клітинах ферментів, антиоксидантною дією володіють багато речовин, що надходять в організм з їжею – у тому числі вітаміни А, С і Е. Регулярне споживання овочів і фруктів, кілька чашок чаю або кави впродовж дня забезпечать достатню дозу поліфенолів, які також є хорошими антиоксидантами. На жаль, надлишок антиоксидантів, наприклад, при передозуванні біологічно активних добавок – не тільки не корисний, але може навіть посилити окислювальні процеси в клітинах [336].

Академік В.П. Скулачов досліджував теорію клітинного апоптозу. Апоптоз (грец. «листопад») – процес запрограмованої загибелі клітини. Як дерева позбавляються від частин, щоб зберегти ціле, так кожна окрема клітина, пройшовши свій життєвий цикл, повинна відмерти, а її місце має посісти нова. Якщо клітина заразиться вірусом, або в ній відбудеться мутація, яка веде до виникнення злоякісної пухлини, або просто закінчиться термін її існування, то, щоб не наражати на небезпеку весь організм, вона повинна померти [354].

Суть роботи ученого – пошук методів протидії руйнуванню клітинних структур вільними радикалами. На думку дослідника, старість – це хвороба, яку можна і потрібно лікувати, програму старіння організму можна вивести з ладу і вимкнути механізм, який скорочує наше життя. На думку В. Скулачова, головна з активних форм кисню, що призводять до загибелі мітохондрій і клітин – перекис водню [226].

Термодинамічна теорія старіння – наукове вчення, за яким в онтогенезі еволюційні процеси на будь-якому ієрархічному рівні протікають в напрямку найбільшої «термодинамічної потреби», що відповідає принципу найменшого примусу [117]. Ця тенденція є причиною зміни надмолекулярного та хімічного складу, а також морфологічної структури тканин при старінні.

Термодинамічна теорія старіння дозволяє сформулювати принципи створення дієт і низки лікарських препаратів, що уповільнюють процес старіння, сприяють профілактиці та лікуванню патологій, в тому числі «хвороб похилого віку» [42]. Омолодження конкретного організму (органу, функціональної

системи або будь-якої локальної зони біотканин) можливо (на тлі постійних генетичних характеристик даного організму) тільки за рахунок змін умов (параметрів) середовища її проживання. Омолодження різних тканин при зміні природи і типу їжі, медичних та косметичних засобів спостерігається через різний час. Суттєве омолодження жирових компонентів біотканин (ліпідних структур) може виявитися вже через 1-2 міс. після початку зміни типу використовуваних в їжі жирів [5].

Помітне омолодження колагенової тканини повинно спостерігатися тільки через кілька місяців після введення в дієту білків, що містять більше колагену молодих тварин. Якщо змінити режим харчування, додаючи в дієту кількість неграничних жирних кислот, то надмолекулярні структури (тканини) можуть омолоджуватися. Витіснення високоплавких жирних кислот і жирів низкоплавкими омолоджує біотканини. Цей процес відбувається відповідно до законів термодинаміки [116].

Імунологічна теорія старіння. Виниклі з віком патологічні процеси пов'язані з дефектами імунної системи, а отже, старіння імунної системи може обмежувати тривалість життя імунних клітин у старому організмі і збільшувати тривалість життя тварин [41].

Старіння організму, згідно з онтогенетичною теорією – це системний процес, що ґрунтується на взаємодії старіючих клітинних ланок організму, кожна з яких може відрізнятися за темпами й ознаками старіння. Старіння організму людей і тварин значною мірою пов'язане зі старінням нейроендокринних функцій головного мозку. Процес кінцевого недокопіювання ДНК не може бути застосований для глумачення процесів старіння неподільних нейроендокринних клітин мозку [10]. До однієї з найбільш яскравих і глибоко розроблених концепцій в геронтології по праву треба зарахувати онтогенетичну теорію старіння і формування вікової патології у вищих організмів, яка має ключове значення в цих процесах вікового підвищення порогу чутливості гіпоталамуса до гомеостатичних сигналів.

В.М. Дильман [131] ще на початку 50-х років розпрацював теорію про вікове підвищення порогу чутливості гіпоталамуса

до регуляторних гомеостатичних сигналів. Саме цей процес зумовлює вікові включення і виключення функції репродуктивної системи в жіночому організмі, вікові зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозній системі, що забезпечує тонічний рівень глюкокортикоїдних гормонів в крові, їх циркадний ритм, підвищення секреції при стресі, і, як наслідок, розвиток стану, позначеного як “гіперадаптоз”.

В.М. Дильман прийшов до висновку, що старіння не запрограмоване, а є побічним продуктом реалізації генетичної програми розвитку, і тому виникає з закономірністю, властивою генетичній програмі. Між 25 і 45 роками у людини відбувається 5-кратне збільшення екскреції гонадотропінів внаслідок поступового підвищення порогу чутливості гіпоталамуса до гальмування периферичними гормонами. Визначають вікові періоди і стани, зокрема, менопаузу і процес старіння, пов’язані зі зміною рівня естрогену в крові. До числа периферичних тканин, які характеризуються підвищенням активності ароматази (естрогенсінтетази) у процесі старіння, відносяться м’язова і жирова [131].

Зважаючи на подані теорії, важливим є залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності. У результаті занять фізичними вправами в осіб похилого віку покращується рівень психічного та соматичного здоров’я, сповільнюються темпи старіння, покращується соціалізація особи у новій ролі пенсіонера, підвищується рівень фізичної та розумової працездатності, якість та задоволеність життям. В останні роки з’явилися емпіричні дослідження, які свідчать про позитивний вплив фізичних вправ на психічне здоров’я людини. Окремі роботи свідчать про зниження ризику виникнення депресивного стану у людей похилого віку, які займаються фізичними вправами [12, 141, 335]. Також наголошується, що внаслідок занять фізичними вправами у людини похилого віку нормалізується сон, зростає задоволеність життям і якість життя в цілому [8, 48, 52, 155, 385, 400]. Причому нерідко поліпшення психічного здоров’я відбувається опосередковано, за рахунок поліпшення загального самопочуття людини [449]. Крім індивідуальних переваг регулярна рухова активність здатна відчутно позитивно вплинути на суспільство загалом, що виражено зниженням витрат системи

охорони здоров'я, пов'язаних з медичною допомогою та інвалідністю [486]. Як відзначають експерти, профілактика неінфекційних захворювань за допомогою рухової активності в поєднанні зі здоровим способом життя є найбільш ефективним і стійким способом зниження захворюваності [78].

Аналізуючи переваги від реалізації програм з підвищення рухової активності людей похилого віку [340], можна зробити висновок про їхню важливість, наявність реальних позитивних результатів від них. Достатній рівень рухової активності експерти ВООЗ виокремлюють як один з пріоритетних факторів, здатних істотно вплинути на якість життя осіб похилого віку і створити відчутні вигоди для суспільства загалом [340].

При дослідженні впливу рухової активності на якість життя більшість вчених роблять акцент на вигодах активного способу життя для фізичного здоров'я людини. У дослідженнях відзначається, що регулярна рухова активність сприяє зниженню ризику передчасної смертності, дозволяє зменшити або запобігти низці функціональних проблем, пов'язаних зі старінням [347, 445].

Ученими також отримані переконливі свідчення того, що у фізично активних людей нижчий ризик виникнення та розвитку серцево-судинних, онкологічних захворювань, різних хронічних хвороб, збільшується щільність кісткової тканини, зменшуються жиrowі відкладення, поліпшується індекс маси тіла, знижується ризик опорно-рухової інвалідності [78]. Виявлено також майже 30 % зниження ризику падіння у людей старшої вікової групи з проблемами рухової активності, які регулярно займаються фізичними вправами [490].

В останні роки з'явилися емпіричні дослідження, які вказують про позитивний вплив фізичних вправ на психічне здоров'я людини. Деяка робота свідчать про зниження ризику виникнення депресивного стану у фізично активних людей похилого віку [11]. Також наголошується, що в результаті занять фізичними вправами у людини похилого віку нормалізується сон, зростає задоволеність життям, якість життя в цілому [40]. Причому нерідко поліпшення психічного здоров'я відбувається опосередковано, внаслідок поліпшення загального самопочуття людини [338].

Отож крім переваг для окремих осіб, регулярна рухова активність дає позитивний ефект для соціуму загалом, оскільки знижуються витрати системи охорони здоров'я, пов'язані з медичною допомогою чи інвалідністю [207]. Як відзначають експерти, профілактика неінфекційних захворювань за допомогою рухової активності разом із здоровим способом життя є найбільш ефективним і стійким способом зниження захворюваності [215]. Згідно з оцінками ВООЗ, кожен долар, витрачений на стимулювання фізичної активності, дозволяє системі охорони здоров'я заощадити в майбутньому 3,2 дол. через зменшення витрат, пов'язаних з наданням медичної допомоги [487].

Можливий економічний ефект від підвищеної рухової активності серед населення похилого віку підтверджують інші дослідження. Наприклад, британськими вченими було здійснено оцінку потенційних витрат і вигоди від реалізації програми зі стимулювання рухової активності населення похилого віку Великобританії в розрахунку на 10 тис. учасників [447]. Авторами було встановлено, що фінансові витрати на організацію, створення необхідних умов для регулярних занять (двічі на тиждень) фізичними вправами людьми похилого віку дозволять запобігти близько 80 смертей і уникнути 230 випадків лікування в стаціонарі, знижуючи тим самим витрати національної системи охорони здоров'я на 600 тис. фунтів стерлінгів щорічно. Цікавий результат отримано в іншій роботі британських вчених [442]. Автори досліджували співвідношення витрат і вигод, пов'язаних з реалізацією заходів стимулювання фізичної активності людей різних вікових груп. В результаті було встановлено, що щорічна економія медичних витрат від реалізації заходів по підвищенню рухової активності осіб у віці 45 років і старше приблизно в три рази перевищує фінансові витрати на їх організацію [439].

Таким чином, регулярне фізичне навантаження – один з важливих і необхідних компонентів активного довголіття, здатний істотно поліпшити якість життя осіб похилого віку і принести відчутні вигоди суспільству загалом. Такі факти привели до того, що уряди багатьох країн розширюють заходи стимулювання рухової активності осіб старшого віку.

1.3. Систематизація досліджень із проблеми залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності

Демографічні процеси у сучасному суспільстві зумовили факт усвідомлення владою багатьох країн необхідності вироблення спеціальних заходів соціальної політики, які б сприяли вирішенню проблем похилого віку, забезпечення умов для успішного та активного довголіття. Вагомий компонент концепції активного старіння – створення умов задля підтримки здорового та активного способу життя осіб похилого віку. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) низький рівень фізичної активності відносять до одного з найважливіх факторів ризику для здоров'я, однією з вагомих причин смертності [487].

Експерти ВООЗ наголошують на необхідності регулярних занять руховою активністю для всіх груп населення незалежно від віку. Водночас особливу увагу фахівці ВООЗ рекомендують звертати на розробку спеціальних заходів з пропаганди і сприяння регулярної практики фізичної активності для осіб старшого віку як найменш фізично активної вікової групи [78].

Для покращення якості життя, рівня фізичного та психологічного здоров'я людей похилого віку необхідно збільшувати обсяг рухової активності та якісно наповнювати їхній «вільний час» різними цікавими й ефективними формами рекреаційної діяльності.

Дані про спосіб життя осіб похилого віку свідчать, що лише невелика частка з них приділяє належну увагу регулярним заняттям фізичною культурою і спортом. Як показують дослідження, українські пенсіонери фізично активні сьогодні в основному за рахунок виконання різних видів робіт (оплачувана робота, робота на присадибній ділянці, догляд за дитиною, риболовля, полювання тощо), але не внаслідок занять спеціально організованими фізичними вправами [209]. Згідно з даними опитування центру моніторингу економічного стану і здоров'я населення України, «частка людей пенсійного віку, що займаються будь-яким видом фізичних вправ і спортом, в 2013 р складала близько 17,6% для чоловіків і 16,8% для жінок.

Найбільш популярними видами рухової активності для літніх чоловіків у віці 60 років і старше стали прогулянка ходьба (11%), їзда на велосипеді (2,7%), заняття бігом, катання на лижах, ковзанах (2%), а також вправи на тренажерах (1,6%) і плавання (1,2%). Жінки пенсійного віку також найбільшу перевагу віддають пішим прогулянкам (11%), далі йдуть заняття плаванням (2,6%), вправи на тренажерах (1,4%) і їзда на велосипеді (1,2%)»[128].

На жаль, в Україні сьогодні практично не має спеціальної політики щодо стимулювання рухової активності людей старшого віку. Одночасно Україна разом з іншими країнами-членами ООН підписала в 2002 році Мадридський Міжнародний план дій із проблем старіння, які рекомендують, безпосередньо, приділяти підвищену увагу факторам, що погіршують здоров'я осіб похилого віку, серед них малорухливий і нездоровий спосіб життя. Мадридський план Міжнародних дій з проблем старіння одним із вирішальних напрямів визначає створення пригожих умов життєдіяльності осіб похилого віку. Так найбільш сприятливі умови для людей старшого віку створені у Норвегії, також сприятливі умови високого рівня створено в Швеції та Швейцарії, а Україна в цьому списку посідає 82 місце (за даними ООН) [292].

Однак реалізація заходів підвищення рухової активності людей похилого віку в Україні здійснюється не регулярно і не стала невідривною частиною соціальної політики ні на регіональному, ні на державному рівнях [322].

У розвинених країнах накопичено чималий досвід в цій сфері діяльності, розпрацьовано механізми реалізації подібних програм на загальнодержавному та на територіальному рівнях. Тому досить важливим є застосування та впровадження таких практик в умови сучасного українського суспільства.

Детальний аналіз зарубіжного досвіду дозвіллевої діяльності з людьми похилого віку, цінність його позитивних і негативних аспектів, своєрідних та істотних рис диктуються попитом сучасної соціокультурної ситуації в нашій країні.

На організацію дозвіллевої діяльності, а саме в обслуговування осіб похилого віку впливають такі чинники:

- помітне зростання кількості осіб цієї вікової категорії, зумовлене демографічною революцією, яка розпочалася із Франції та Фінляндії, а в другій половині ХХ століття – низьку інших країн світу, викликавши демографічне старіння населення внаслідок зниження кількості випадків смертей, рівня народжуваності та збільшення тривалості життя людини [399];

- цінне ставлення суспільства до осіб похилого віку, визнання за ними заслуг, життєвого, соціального й духовного досвіду, який істотно впливає на соціальні відносини в суспільстві [173];

- зміна ринку праці, яка впливає на сприйняття населенням трудової діяльності, активізує питання вікових меж виходу на пенсію, потребує нових методик вирішення проблеми безробіття, перекваліфікації осіб похилого віку [316].

Указом Президента України №42/2016 схвалено Постанову Верховної Ради України «Про забезпечення сталого розвитку сфери фізичної культури і спорту в Україні в умовах децентралізації влади» з метою створення сприятливих умов задля зміцнення здоров'я людей нашої держави як найвищої соціальної цінності, забезпечено реалізацію права особи на оздоровчу рухову активність та та одночасно виконання засад Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [238].

Так, дана стратегія спрямована на формування умов задля підвищення рівня залучення населення різних груп населення до оздоровчої рухової активності, яка сприятиме розв'язанню гуманітарних і соціально-економічних питань для людини, суспільства та держави в цілому. Мета Національної стратегії полягає у формуванні у суспільстві умов до оздоровчої рухової активності й здорового способу життя, визначення здоров'я людини соціальною цінністю держави. Одним із головних завдань Стратегії, що стосується осіб похилого віку, є створення всеукраїнського фонду розвитку рухової активності й здорового способу життя «Активна Україна – здорова нація».

Стратегічною метою є залучення позабюджетних коштів задля розвитку матеріально-технічної бази «спорту для всіх» та заохочення людей, які мають достатній рівень оздоровчої рухової активності та ведуть здоровий спосіб життя, і як наслідок, мають низький ризик неінфекційних захворювань, належним чином дбають про збереження здоров'я своїх дітей та сприяють оздоровленню нації [236].

Дозвілля, як і будь-яке інше багатозначне міждисциплінарне наукове поняття, по-різному інтерпретуються в дослідженнях різних авторів. У низці досліджень поняття «рекреаційно-оздоровча рухова активність» співпадає з термінами, що характеризують рухову активність як спеціально-організовану діяльність, задоволення певної потреби фізичної активності, підтримання рівня здоров'я, соціалізації особистості, проведення вільного часу, забезпечення якості життя та уповільнення старіння організму [1, 11, 17, 58, 119, 331].

На думку окремих науковців [6, 194, 204, 458 та ін.], у суспільстві ще докорінно не подолано негативні стереотипи у відношенні до людей похилого віку, що проявляється у байдужості та негативізмі молоді до людей похилого віку. Сучасна мережа рекреаційно-оздоровчих послуг не завжди відповідає потребам зазначеної категорії населення. Найпоширенішими недоліками на думку У. Холл є [338]:

- «недостатня підготовка особистості до старості (на мікро- та макрорівні);
- неповне використання потенціалу людини похилого віку;
- порушення принципу диференційованого підходу, внаслідок чого рекреаційні заходи плануються для однорідних груп населення;
- невідповідність архітектурних форм дозвілльового закладу його функціям, що заважає досягти максимальної культурної активності відвідувачів».

Нагального вирішення вимагає і проблема персоналу: недостатній досвід роботи закладів з особами похилого віку та інвалідами, відсутність знань специфіки обслуговування цієї категорії населення, недостатня поінформованість, що сприяє

обмеження оздоровчих функцій та послуг, відчуття невпевненості персоналу у своїх вчинках. Водночас підтримка рекреаційно-оздоровчих програм, соціальних і культурних акцій, спрямованих на залучення осіб «третього віку» до здорового способу життя, має тенденцію до зростання. Вагомого значення у проведенні та організації оздоровчо-рекреаційної діяльності набуває стимулювання участі людей похилого віку у спільній рекреації. Таке явище на думку Ю. Колесника залежить від багатьох чинників, зокрема, «від відповідності програм і послуг фізичному стану здоров'я людини; від можливості замовити й отримати інформацію особам із комунікативними ускладненнями (порушеннями слуху, зору, мови); від можливості використовувати в програмах міжнародного символу фізичної доступності (що підтверджує бажання залучити до акції людину-інваліда); від включення до матеріалів програм повідомлень про готовність агентства надати послуги всім громадянам, у тому числі й особам похилого віку та інвалідам» [182].

За дослідженням авторського колективу О. Жданової, Л. Чеховської, М. Данилевич, І. Грибовської, з-поміж методів залучення до занять руховою активністю людей різного віку визначальними є «рекламна інформація в ЗМІ; оголошення на вулиці; контакт з батьками (якщо учасники діти); особисті усні звернення до ймовірних учасників; залучення нових учасників за допомогою осіб, що займаються; бесіди з тими, хто прийшов «довідатись». Більше ніж третина опитаних (36%) залучають до занять тих, хто прийшов «довідатися», 21% – знаходять та звертаються до ймовірних учасників занять. Залучають нових учасників занять за допомогою тих осіб, які вже займаються, 19% опитаних. 14% респондентів контактують з батьками, залучаючи до занять дітей. Лише 5% респондентів зазначили використання рекламної інформації у ЗМІ та зовнішньої реклами (зокрема оголошень на вулицях)» [157].

За твердженнями зарубіжних науковців, фізичні вправи зазвичай сприяють зниженню ваги та поліпшенню здоров'я, проте наявна підтверджена теза про те, що регулярні фізичні навантаження допомагають людям зберегти розумові здібності. Рухова активність пропонується як засіб профілактики для багатьох поширених синдромів та захворювань геріатричної

популяції. Зокрема заняття фізичними вправами та руховою активністю пов'язані із зменшенням смертності, зниженням рівня захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань [373, 424, 427, 439]. До переваг рухової активності належать також зменшення ризиків інсульту, цукрового діабету, раку та остеопорозу [345]. Хоча фізичні вправи сприяють зниженню ваги та поліпшенню роботи серцево-судинної системи, є все більше свідчень, що старіння пов'язане з прогресуючим зниженням функцій сприйняття, моторної поведінки, пізнання і пам'яті [241], що супроводжується загальним погіршенням показників фізичної підготовленості [340]. Ймовірно, в цих умовах збереження компетентності в повсякденному житті, а отже, підтримання самостійного життя, піддаються серйозному ризику, наприклад, ослаблені розумові та фізичні можливості збільшують ризик втрати рівновати та падіння для людей похилого віку [398].

Отже, з урахуванням демографічних змін, які прогнозуються та характеризуються зростанням ймовірності збільшення осіб старшого покоління, існує нагальна необхідність впровадження заходів, які дозволяють вести незалежний спосіб життя в похилому віці та почувати себе комфортно.

Підтримка незалежності у осіб похилого віку пов'язано з концепцією «успішного старіння», яка передбачає запобігання хворобам й інвалідності, підтримання високої фізичної та когнітивної функції, постійну участь у соціальній та продуктивній діяльності [156, 152]. Фактично у здорових осіб похилого віку існує тісний зв'язок між фізичною підготовкою і когнітивними здібностями [381].

Багато досліджень осіб похилого віку показали, що поліпшення аеробних можливостей за допомогою оздоровчо-рекреаційних програм позитивно впливає на когнітивні здібності [156, 152, 381, 390 та ін. 390].

Найпоширенішими недоліками у дозвілєвому обслуговуванні осіб похилого віку є [186]: недостатня підготовка особистості до старості, неповне використання потенціалу людини похилого віку, порушення принципу диференційованого підходу, невідповідність архітектурних форм клубу його функціям, кадрова проблема. Саме оздоровчо-рекреаційна рухова активність має слугувати

для усунення окреслених проблем, кращої соціалізації, зміцнення здоров'я, продовження активної життєдіяльності осіб цієї категорії.

Особливістю сучасного способу життя, передусім властивого представникам західного суспільства, є розкіш, що полегшує бездіяльність, особливо в старших вікових групах [393]. Всесвітня організація охорони здоров'я підрахувала, що поширеність недостатньої рухової активності (менше 2,5 годин на тиждень помірної активності) коливається від 31% до 51%, а інші – до 80% [373]. У Сполучених Штатах Америки Healthy People 2010 року (Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб США, 2000) вказали, що 51% дорослих старше 65 років неактивні. Ці цифри аналогічні в Австралії, де 46% дорослих віком від 60 до 75 років неактивні, і приблизно одна третина з них повністю осіла [370]. Тільки 40% людей в цій віковій групі вказують на наявність у них «наміру бути фізично активнішими» [372].

Рухова активність для людей старше 60 років є визнаною стратегією охорони здоров'я [370], оскільки дані наочно демонструють зниження ризику смертності від усіх причин для тих, хто досягає рекомендованих рівнів рухової активності щонайменше середньої інтенсивності [361, 381, 485]. За оцінками науковців, половині фізичного зниження, пов'язаного з віком, можна запобігти, якщо підтримувати адекватні рівні рухової активності [18].

Останнім часом основна увага приділялася впливу середовища на рівні рухової активності осіб похилого віку. В огляді Humpel і колег (2004) було виявлено, що досить важливим для реалізації задовільної рухової активності є доступність до фізкультурно-оздоровчих чи рекреаційних об'єктів, а саме: місцевий парк, безпечні пішохідні доріжки, басейни чи відкриті водоймища, спортивні майданчики, корти тощо. Джайлс-Корті і Донован (2003) також відзначають позитивний вплив та важливість доступу до рекреаційно-оздоровчих об'єктів на рухову активність, але вчені прийшли до висновку, що індивідуальне й соціальне середовище переважають вплив фізичного середовища на досягнення рекомендованих рівнів рухової активності.

Під час визначення рівнів рухової активності для осіб похилого віку потрібно індивідуально враховувати їхню взаємодію з соціальним середовищем [470]. Учасники повинні розуміти програму, а організатори програми – враховувати схильності учасників. Частота, інтенсивність і тривалість програми мають бути придатними для всіх учасників. Винятково важливе значення мають дружлюбність інструктора і послідовність навчання [485]. Ціна також має важливе значення [450], оскільки люди похилого віку зазвичай отримують менше фінансової підтримки (зазвичай це тільки пенсія) [418], використання стимулів, забезпечення регулярного зворотного зв'язку під час фізичних вправ є обов'язковими [457].

Науково-психологічний інтерес до умов післятрудової соціалізації та забезпечення якості життя і суб'єктивного благополуччя людини похилого віку не випадковий. Збільшення тривалості життя людини, з одного боку, та набуття розповсюдженості феномену «старіючої нації», з іншого, низка економічних, суспільно-політичних та психологічних чинників, які безпосередньо призводять до підвищення пенсійного віку жінок і чоловіків по всьому світу, роблять актуальними питання якості життя пенсіонерів, їх суб'єктивного благополуччя, соціальної задіяності, збереження та розкриття потенційних можливостей та здібностей сучасних осіб похилого віку, що слугує свідченням успішності або неуспішної соціальної адаптації осіб похилого віку до нових реалій життя та їх особистісної продуктивності за таких умов. Взаємозв'язок активності людини похилого віку з процесами соціалізації є очевидним. Соціалізація передбачає освоєння індивідом соціального досвіду, системи соціальних зв'язків, а крім цього вона є процесом активного відтворення людиною системи соціальних зв'язків шляхом суспільно значущої діяльності, продуктивного включення в соціальні процеси [187]. В цьому сенсі досвід та життєва компетентність старшого покоління, за умов їх вдумливого та творчого використання, є безцінним ресурсом подальшого суспільного розвитку, який заслуговує на більш продуктивне освоєння. Тому проблема дослідження психологічних особливостей осіб похилого віку є не лише науково актуальною, але й життєво необхідною.

Психологічні зміни, які відбуваються в процесі старіння, роблять цей процес досить важким, тривалим та актуальним. Одним із важливих завдань для людей цього віку є успішна соціалізація у новому статусі. Проблема адаптації до нових ролей і умов життя не тільки існує, а й більш значима для цього вікового періоду порівняно з попереднім. Успішна соціалізація людей похилого віку – одна з основних умов підтримки високої якості їх життя [352].

Цінність рухової активності дозволяє не лише підвищити якість життя, але і збільшити його тривалість. Саме такий вид провідної діяльності забезпечує у цьому віковому періоді внутрішню інтегрованість, необхідні соціальні зв'язки, укріплює почуття власної гідності, толерантність у стосунках з оточуючими, що обумовлюється спрямованістю провідної діяльності на передачу досвіду, значимого для інших.

Достатній рівень рухової активності експерти ВООЗ характеризують як один з пріоритетних факторів, здатних суттєво вплинути на якість життя осіб похилого віку і принести користь для суспільства загалом[487]. Аналізуючи вплив рухової активності на якість життя, більшість вчених роблять акцент на перевагах активного способу життя для фізичного здоров'я людини. У дослідженнях відзначається, що регулярна рухова активність сприяє зниженню ризику передчасної смертності, дозволяє зменшити або запобігти низці функціональних проблем, пов'язаних зі старінням [78].

Ученими також отримані переконливі дані, що у людей, які займаються фізичними вправами, нижчий ризик виникнення і розвитку серцево-судинних, онкологічних захворювань, різних хронічних хвороб, збільшується щільність кісткової тканини, зменшуються жирові відкладення, поліпшується індекс маси тіла, знижується ризик опорно-рухової інвалідності [486].

Отже, регулярне фізичне навантаження – один з важливих і необхідних компонентів активного довголіття, здатний істотно поліпшити якість життя осіб похилого віку і принести відчутну користь суспільству. Саме ці умови спричинили факт того, що уряди багатьох країн сьогодні розширюють спектр заходів щодо стимулювання рухової активності осіб старшого віку.

Silverstein et al. [467] у своєму дослідженні моделюють рівень «навколишнього середовища» з урахуванням важливості фізичних і соціальних характеристик діяльності середовища, які впливають на залучення до рухової активності осіб похилого віку, виокремлюючи фактори, що роблять діяльність доступною і привабливою. На цьому рівні представлені категорії гнучкості, різноманітності і пристосованості; соціалізація та сприйняття; доступність, здатність докладати зусилля, варіативність. Дія цих чинників впливає на те, як люди похилого віку будують відносини на міжособистісному рівні. Задекларовано динамічний взаємозв'язок у багатьох напрямках між рівнями моделі.

На організаційному рівні моделі представлені результати, що стосуються презентації і доступності рухової активності у дозвіллевих закладах для осіб похилого віку. Види діяльності мають бути репрезентовані так, щоб люди могли ідентифікувати себе з цією діяльністю. Використання акценту «старше 60 років» не є оптимальним способом зацікавлення видами діяльності серед цієї вікової групи. В такому ракурсі буде легше підібрати засоби рухової активності для групових та індивідуальних занять. Також є досить важливим фактором на означеному рівні є доступність для осіб з обмеженням. Заклади чи організації, які мають за мету надавати послуги для осіб з обмеженням, мають бути пристосовані, спеціально обладнані для таких людей [467].

На політичному рівні багато можна зробити для підтримки залучення до рухової активності. Старіння населення на сьогодні стало одним з фундаментальних чинників, що визначають вікову структуру суспільства всіх країн світу. Відповідно до світових тенденцій цей процес набирає обертів і в нашій країні. Уже зараз Україна відноситься до країн з дуже високим рівнем демографічної старості: частка осіб у віці 60 років і старше на сьогодні перевищила 19%, а в 2030 р, згідно із прогнозами, значення показника може досягти 24% [126]. Тому на рівні держави потрібно реалізовувати програми, технології, проєкти, компанії, які робитимуть рухову активність доступнішою для означеної вікової групи. Не менш важливим є рішення місцевої влади щодо припинення пільг на безкоштовне плавання, зменшення вартості оздоровчих послуг, що безпосередньо вплинуло на систематичні заняття, оскільки місцева політика для цієї вікової групи є більш впливовою, ніж національна [233].

Зміст рухової активності визначається взаємодією особистості та соціального оточення, в процесі якої формується тип життєдіяльності, який сприяє ефективному виконанню особою функцій відпочинку, адаптації, зміцнення духовного і фізичного здоров'я [148].

Для збільшення об'єму рухової активності, отримання задоволення від активного відпочинку, профілактики захворювань для людей похилого віку найбільш ефективними будуть циклічні вправи низької або помірної інтенсивності (аеробної спрямованості), тобто такі навантаження, при яких задіяно більше 2/3 м'язового масиву і які можна продовжувати протягом тривалого часу. До них належать: ходьба; біг; плавання і водні види рухової активності (аквааеробіка, акваджогінг); ходьба на лижах; ковзани; їзда на велосипеді; веслування; танцювальна аеробіка (хіп-хоп, сальса, латина, сіті-джем тощо); степ-аеробіка; фітнес-програми з використанням кардіоваскулярних тренажерів (спінбайк-аеробіка) [396].

У зарубіжних країнах при організації оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням перевагу надають діяльності фізкультурно-оздоровчих клубів [427, 442]. У теорії і практиці сучасної педагогіки ведеться активний пошук шляхів й умов сприяння громадянам похилого віку. Технології соціально-педагогічної роботи розглядаються в наукових дослідженнях Наваєва Д.А. [239], Плюхіна Г.А. [255]. Вони орієнтовані на створення і відтворення достойних умов життя людей похилого віку, основані на спрямованості до внутрішніх сил і здібностей людини в її життєвому самовизначенні.

Вивчення стану й тенденцій розвитку оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку показало розрізненість наявних теорій, концепцій і моделей фізичної рекреації, відсутність педагогічно обґрунтованої системи організації рекреаційних занять у фізкультурно-оздоровчих клубах, і, відповідно, соціально-педагогічної технології їх організації.

Агранович Н. В. [6], вказує, що при вивченні структури залученості громадян похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності, особливий інтерес становить інформація про мотиви, завдяки яким люди здатні змінити спосіб життя, адже їх вплив на поведінку може не співпасти з очікуванням організаторів. Такі фактори досить різноманітні (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Фактори, які спонукають людей похилого віку до активізації способу життя [6]

Групи факторів	Характеристика
Внутрішньо-особистісні мотиви	Покращення здоров'я (фізичного і психічного), боротьба із захворюваннями, зниження ваги, підвищення загального самопочуття, задоволення від рухової активності, її змагальний характер
Міжособистісні мотиви	Підтримка сім'ї, колег, друзів, зустрічі з новими людьми, спілкування в процесі тренувань
Мотиви, що діють на рівні спільнот	Організаційні стимули: характер програми (групові заняття, масові заходи, музичний супровід), параметри навколишнього середовища, мотиваційні інтерв'ю. Фінансові стимули: безкоштовні програми або програми з низькою ціною, винагорода за участь у програмі, волонтерство.

До групи внутрішньоособистісних мотивів передусім відноситься поліпшення здоров'я. Про це свідчать дані опитувань людей похилого віку різних країн, які взяли участь в різних програмах рухової активності. Серед чинників, які спонукали їх взяти участь в аналогічних програмах, більшість респондентів засвідчували занепокоєння власним здоров'ям, вирізняли функціональні мотиви, пов'язані з контролем маси тіла, силою, балансом, енергією, а також чинниками, пов'язаними із боротьбою з різними захворюваннями (артритом, серцевими захворюваннями, підвищеним кров'яним тиском, підвищеним холестеринном) [6].

В окремих дослідженнях Буліч Е.[66] виокремлює зворотний причинно-наслідковий зв'язок між способом життя і станом здоров'я. Так, деякі учасники програм рухової активності відзначали, що покращення здоров'я стимулює їх займатися фізичними вправами, інші, навпаки, говорили про те, що вони стали б фізично активними, якби були здоровими.

З-поміж внутрішньо-особистісних мотивів, крім поліпшення здоров'я, найчастіше літні респонденти називали отримання задоволення від занять фізичними вправами, а також змагальний характер [6].

Наступна група – міжособистісні мотиви. Дослідження показують, що соціальна підтримка членів сім'ї, друзів, колег для людини похилого віку також є важливим фактором, що спонукає займатися фізкультурою і спортом. Причому, нерідко фактор соціальної підтримки опинявся другим за значимістю після фактора поліпшення здоров'я [187].

Інша група факторів, що стимулюють людей похилого віку бути фізично активними, – це фактори, виокремлені на рівні спільнот. Один з них – характер програми. Різні дослідження відзначають важливість групових програм рухової активності. Опитування літніх людей, що беруть участь в подібних програмах, свідчать, що одними із стимулів до участі в груповому заході є можливість знайомства з новими людьми, приємне спілкування в процесі занять [173].

На думку Абрамова Т.Ф., Федорюк О.В., Фединяк Н.В., мотивами або бар'єрами можуть слугувати характеристики навколишнього середовища. Існують дослідження, які підтверджують статистично значимий зв'язок між характеристиками району проживання та фізичною активністю людей похилого віку: чим вищим є так званий індекс депривації району, тим нижчий рівень фізичної активності. Ще одним з факторів, що впливають на рівні спільнот, є фінансові стимули. Дослідження показують, що літні люди будуть, найбільш ймовірно, брати участь у безкоштовній або дешевій програмі рухової активності [2, 323, 326].

В одній з робіт автори Barbosa V.T., Santos R.L., Chaves A.B., Brindeiro-Neto W., Pereira T., Silva A.I. [369] оцінили величину компенсації, яка спонукала б людей похилого віку брати участь в програмах фізичної активності, і з'ясувалося, що переваги мала програма прогулянок насамоті або неформальній групі три рази на тиждень по 20 хвилин, оскільки її обсяг склав би малу витрату енергії, тобто навіть незначна компенсація може стимулювати людей бути фізично активними.

Отже, детермінантами залученості до рухової активності осіб старшого віку виступають передусім мотиваційні фактори (внутрішні та зовнішні). Як засвідчують дослідження, багато з них можна позитивно покращити через облаштування навколишнього середовища відповідно до потреб старших людей та організацію відповідних програм з урахуванням виявлених факторів.

1.4. Вплив оздоровчо-рекреаційної активності на уповільнення темпів старіння організму осіб похилого віку

Похилий вік є одним з критичних періодів життя людини, під час якого відбуваються морфофункціональні зміни організму, що сприяють поступовому зниженню життєдіяльності. Темпи й інтенсивність старіння передусім залежать від таких факторів, як генетичні передумови і спосіб життя людини [40, 67, 145, 171]. Що стосується першої складової, генетики, то тут неможливі зміни, а ось над другою можна працювати протягом усього життя. Однією з особливостей сучасного способу життя є прогресуюча тенденція до зменшення обсягу рухової активності. Водночас малорухливий спосіб життя є однією з визначальних причин погіршення здоров'я. При недостатній руховій активності в організмі людини порушуються нервово-рефлекторні зв'язки, що з часом зумовлює розлад регуляції діяльності всіх систем організму, розвиток дегенеративних захворювань [131, 167].

У сучасному суспільстві зберігається висока поширеність гіподинамії. Рухова активність більшості населення зводиться до мінімуму рухів, необхідного для підтримки життєдіяльності. Практично всі заходи щодо поліпшення здоров'я серед населення похилого віку зводяться до прийому різних лікарських засобів. При цьому зовсім забуваються такі способи, як заняття фізичною культурою, які не тільки досить ефективні, але й доступні для всіх категорій громадян. У більшості осіб старших вікових груп немає стимулу до занять руховою активністю, вони фактично забувають про необхідність підтримки своєї фізичної активності, яка є одним з чинників збереження і зміцнення здоров'я [305].

У сучасних умовах розвитку світової спільноти стандартним підходом до явища старіння стає підхід «active ageing», який був

розроблений Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я в 2002 р. і визначається як «активна оптимізація можливостей для збереження здоров'я, забезпечення соціальної захищеності та участі в житті суспільства з метою поліпшення, забезпечення підвищення якості життя людей похилого віку». [487].

Ще А. М. Амосов вважав, що використання засобів оздоровчої фізичної культури мобілізує всі психосоматичні процеси організму, переводячи його на більш адекватний рівень реагування. Незважаючи на це, сьогодні в нашій країні фіксується досить низький рівень фізичної активності населення, що особливо помітно у осіб старших вікових груп. Нині в стратегії розвитку спорту для всіх у різних державах виділяють пріоритетне завдання – залучення максимально можливої кількості людей до регулярних занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю, в тому числі осіб похилого віку. За науковими даними Л. Дворецкая серед різних вікових груп населення систематично займаються оздоровчо-рекреаційною руховою активністю і спортом 6,1 млн. осіб віком від 30 до 59 років, або 9,7% загальної чисельності цієї вікової групи, а віком 60 років і старше – 0,6 млн. осіб, або 2,2%, при чому число жінок в 2-3 рази менше чоловіків. [123].

Рухова активність необхідна особам усіх вікових груп, вона повинна бути постійним фактором життя, головним регулятором всіх функцій організму [147, 198, 231, 232]. Саме тому сучасна політика держави спрямована, крім іншого, на розвиток фізкультури і спорту. У школах та інститутах заняття фізичною культурою включені в навчальний процес, на підприємствах введені заняття фізкультурою і спортом в типовий перелік щорічно реалізовуваних роботодавцем заходів щодо поліпшення умов і охорони праці, зниження рівнів професійних ризиків [48, 50, 63, 64], тоді як для осіб старших вікових груп поки таких занять не передбачено.

Численні дослідження підтверджують, що заняття фізичною культурою є важливою умовою збереження функціональних можливостей осіб похилого віку [177, 190]. Регулярна рухова активність дозволяє зберігати фізичну форму на належному рівні: підтримується гнучкість і рухливість суглобів, еластичність м'язів, що дає змогу зберігати здатність до руху та

рівноваги, що є важливим чинником профілактики травм у осіб старших вікових груп. Особливо важливим цей факт у випадку, якщо у особи похилого віку є синдром крихкості. Крім вищезазначеного, рухова активність запобігає розвитку хронічних захворювань або прогресуванню наявних. За даними деяких авторів, заняття ефективні навіть у випадках, коли їх вперше починають проводити вже в похилому віці [305].

Численними дослідженнями доведено, що в результаті оздоровчих заходів, в яких використовується фізичне навантаження, підвищується імунна функція організму, пролонгується активний стан, фізична і розумова працездатність, а також поліпшується настрої [475].

Оздоровчий ефект фізичних вправ заснований на тісному взаємозв'язку працюючих м'язів з нервовою системою, обміном речовин, функціонуванням внутрішніх органів [10].

При регулярному і систематичному виконанні фізичних вправ за допомогою моторно-вісцеральних рефлексів оптимізується регуляція всіх систем і органів організму людини. Поліпшується обмін речовин, доставка і використання кисню органами й тканинами, знижується вміст холестерину, атерогенних ліпідів, ефективніше виводяться з організму продукти розпаду, спостерігається економізація діяльності дихальної, серцево-судинної, енергетичної, теплообмінної та інших функцій. Вагомим позитивним критерієм є психологічне розвантаження і зарядка, якщо їх зумовлюють заняття оздоровчими фізичними вправами [450].

Ці аспекти стають дедалі актуальнішими для осіб старших вікових груп, у яких вже є кілька захворювань [3, 43, 51, 241]. Фізичні вправи чинять різноманітний вплив, що залежить від виду вправ, методики їх виконання, рівня фізичного навантаження. При цьому позитивна дія вправ може бути загальною і спеціальною. Загальний вплив спостерігається при виконанні будь-яких навантажень і проявляється в активізації всіх функцій організму. Водночас ті ж вправи можуть бути ефективними при різних захворюваннях. У разі спеціального впливу вправ виявляється специфічна дія на конкретний патологічний процес.

За умови регулярного систематичного виконання простих фізичних вправ можна поліпшити фізичний стан, підвищити

якість життя, уповільнити старіння, прискорити процес одужання і полегшити перебіг наявних захворювань. При цьому необхідно враховувати особливості організму похилого віку, знаходити індивідуальний підхід до кожної людини. При складанні комплексу необхідно включати більше вправ на координацію і спритність, уникати вправ, які передбачають значне навантаження на суглоби, краще використовувати легке й помірне навантаження залежно від стану пацієнта [469].

Учені і практики, що займаються проблемами організації оздоровчої фізкультури (Андрєєва О. [35], Дудіцька С.П. [139], Пангелова Н.С. [7], Томенко О.А. [8], Футорний С.М. [10] та інші), в своїх дослідженнях доводять, що активізація режиму рухової активності покращує стан здоров'я, розширює функціональні можливості, уповільнює процеси старіння в осіб похилого та старшого віку, що перешкоджає розвитку передчасного старіння. При регулярних заняттях фізичними вправами вікові зміни в організмі відбуваються набагато повільніше, людина протягом тривалого часу може зберігати гарне здоров'я і високу працездатність.

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність має величезне значення для поліпшення здоров'я, підвищення працездатності і продовження життя людини, наприклад, при малорухливому способі життя вікові зміни можуть проявлятися вже в 30–40 років [26].

У наукових джерелах вітчизняних та зарубіжних дослідників проаналізовано тривалість життя населення чоловічої та жіночої статі, причини тривалого життя, основні фактори, що впливають на тривалість життя [205]. Користь оздоровчо-рекреаційної діяльності, яка має бути пріоритетною у літньому віці, проявляється у збільшенні легеневої вентиляції, покращенні газообміну в легенях. Жирова тканина у людей похилого віку продовжує накопичуватися і зростати, зумовлюючи ожиріння. В крові акумулюється шкідливий холестерин, який закупорює стінки судин і підвищує ризик тромбозу [75].

Фізичні вправи і рухова активність допомагають організму швидше адаптуватися до умов навколишнього середовища. Виробляється здатність імунної системи протистояти вірусам і бактеріям, тому застуди та інфекційні захворювання матимуть менше шансів атакувати організм [171].

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність передбачає не силові вправи і не інтенсивну аеробну роботу в тренажерному залі, а елементарні рухи: піші прогулянки у парку і на свіжому повітрі, ранкову гімнастику, незначну пробіжку [326]. Але не варто виключати і фізичні вправи, за відсутності медичних протипоказань можливі заняття спортом під наглядом досвідченого тренера.

Під час виконання фізичних вправ мають виникати позитивні емоції, інакше вони будуть малоефективними. Весь комплекс вправ для людей похилого віку підбирається з урахуванням вікових змін, щоб не допустити порушення роботи систем органів.

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність для осіб похилого віку може передбачати такі види рухової активності: плавання, бадмінтон, теніс, ходьбу на лижах, веслування в помірному темпі та ін. Щоб оздоровчо-рекреаційна рухова активність принесла користь і не стала причиною яких-небудь порушень, потрібно врахувати такі рекомендації [182]:

- при заняттях не варто допускати різких рухів, сильно прискорюватися, піднімати занадто велику вагу, різко і швидко міняти положення корпусу тіла;
- під час фізичних вправ неприпустимо затримувати дихання, сильно напружуватися, інакше порушиться приплив крові до серцевого м'яза, а також з'явиться ризик розвитку емфіземи легенів.

Роль оздоровчо-рекреаційної діяльності в житті людини похилого віку індивідуальна і залежить від психофізичних можливостей, суспільного становища й умов. Ефективність оздоровчо-рекреаційної діяльності як цілісної системи соціально-культурної активності людей похилого віку значною мірою залежить від таких факторів [340]:

- фінансової і матеріальної бази: розмірів власної пенсії, бюджетного фінансування;
- моделі організації вільного часу: переваги традиційного блоку заходів дозвілля і технологій;
- кадрового ресурсу: наявності фахівців, які забезпечують реалізацію різноманітних програм з людьми похилого віку;

- морально-психологічного ресурсу: соціальної активності людей похилого віку, їхнього інтересу до форм і засобів дозвілля, рівня культурних запитів і потреб;

- інформаційно-методичного ресурсу: банку методичної літератури, спеціалізованих журналів;

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність має бути орієнтована насамперед на активізацію особистої активності літньої людини, формування її життєвого тону. З урахуванням такого підходу можна виділити основні функції оздоровчо-рекреаційної рухової активності людей похилого віку [22]:

- збереження зв'язку з широким колом людей;
- задоволення потреби у визнанні;
- поліпшення і підтримка психофізичного стану;
- збереження і посилення соціальної активності

особистості.

Для визначення оптимальної реалізації оздоровчо-рекреаційної рухової активності надумку З. Арстанґалиєва доцільно використовувати напрацювання педагогіки, особливо будуть корисні критерії виявлення технологічності [39]:

- «критерій результативності, спрямований на впровадження найбільш продуктивної технології, яка забезпечує високу зацікавленість у діяльності літніх і старих людей, у нормалізації їх психічного і фізичного здоров'я;

- критерій оптимальності, що передбачає максимальну ефективність при найменших фізичних, розумових і часових витратах для людей похилого віку;

- критерій мотиваційної значимості технології, тобто створення умов, за яких підвищувалося б бажання діяти, брати участь у проведених заходах, в організаційних справах;

- критерій керованої технології, що допускає здійснення діагностики настрою, стану здоров'я, схильності літніх осіб до різного типу оздоровчо-рекреаційної діяльності;

– критерій системності технології, тобто системне використання тієї або іншої технології проведення вільного часу за наявності цілей оздоровчо-рекреаційної рухової активності, формулювання її завдань, визначення її змісту, підбір методів, методик, конкретних форм проведення».

За відомостями фахівців медичного факультету Кембриджського університету, щоденна рухова активність (тривалістю 30-60 хв) збільшує тривалість життя людини на 3 роки [401]. Важливим завданням оздоровчо-рекреаційної рухової активності людини похилого віку є поступова підготовка організму до майбутніх (після 75-80 років життя) інволюційних перетворень.

Запобігання передчасного старіння – збереження звички до систематичної фізичної активності. Основні правила, які необхідно виконувати на заняттях фізичними вправами [381]:

1. Застосовані фізичні вправи повинні бути дозованими за кількістю повторень, темпом виконання, амплітудою рухів.

2. Вправи зі значними силовими напруженнями (вправи з гантелями, еспандером, еластичним гумовим бинтом) слід чергувати з вправами на розслаблення.

3. Після кожної групи з 3-4 вправ дієвого характеру необхідно виконувати дихальні вправи.

4. Для виконання вправ слід вибирати найбільш зручне вихідне положення.

5. Щоб уникнути перевантаження необхідно дотримуватися принципу «розсіювання» навантаження, тобто чергувати вправи для верхніх кінцівок з вправами для нижніх кінцівок або для тулуба, вправи для м'язів-згиначів – з вправами для м'язів-розгиначів.

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність забезпечує позитивний вплив на здоров'я людини та допомагає сповільнити процес старіння. Величезні можливості, закладені в організмі кожної людини, можуть бути реалізовані в здоров'я та активне довголіття тільки за умови постійного залучення фізичних навантажень. На жаль, більшість людей нашої держави ведуть малорухомий спосіб життя [189].

Досвід Фінляндії свідчить, що 70% населення країни займаються оздоровчими видами спорту та фізичною культурою, а 50% жителів Фінляндії ходять пішки чи їздять на

роботу на велосипеді. Сучасна Фінляндія знаходиться на першому місці серед країн Європи за показниками тривалості життя. За різними даними, серед населення України лише 3,6% займаються оздоровчими видами спорту та фізичною культурою [464].

Отже, оздоровчо-рекреаційна рухова активність є одним з ключових аспектів здорового способу життя. Вона робить людину не тільки фізично привабливішою, але й істотно покращує її здоров'я, позитивно впливає на тривалість життя, передусім активної його частини. Ризик розвитку у людини небезпечних для життя захворювань судин серця і мозку, цукрового діабету, раку є достовірно нижчим.

1.5. Модель політики активного старіння у вітчизняних та закордонних дослідженнях

Уже в ХХ столітті відзначається тенденції до збільшення частки людей похилого та старшого віку в загальній чисельності населення за демографічними даними [126]. Збільшення швидкості росту чисельності населення було виявлено у всіх вікових категоріях, але найбільші темпи були характерні для старших вікових груп (табл. 1.3) [125]. «Демографічне старіння» – це явище збільшення частки осіб похилого та старечого віку в загальній чисельності населення, причиною якого слугують тривалі зміни відтворення населення [488]. Послідовне вивчення цього явища привело вчених до усвідомлення того факту, що «старіння» суспільства не є тимчасовим, вікова структура населення вже ніколи не стане колишньою.

В результаті означеної демографічної ситуації змінюється тривалість спільно прожитого часу між поколіннями. Видозмінюється вся структура життя кожного покоління, бо зі збільшенням загальної кількості прожитих років ще більш високими темпами збільшується тривалість життя [74]. Важливу роль в цьому відіграє прогрес медицини та економіки: поліпшення якості та умов життя, зміна структури захворюваності і зменшення ролі зовнішніх факторів як причини ранньої смертності, орієнтація на здоровий спосіб життя.

Таблиця 1.3

Частка осіб, старше 60 років, у країнах Європи, % [126]

Частка осіб, старше 60 років, %	Роки			
	Франція	Швеція	Великобри- танія	Німеччина
8	1788	1860	1910	1911
10	1850	1882	1925	1925
12	1870	1912	1931	1937
14	1931	1948	1938	1950
15	1939	1950	1940	1954
16	1947	1956	1952	1960

Однак ще в другій половині ХХ століття французький демограф А. Сові, спираючись на дослідження свого попередника і співвітчизника Ж. Буржуа-Піша, довів, що першопричиною демографічного старіння є зниження народжуваності, а не збільшення тривалості життя, як вважалося раніше. Він вказує на те, що фундаментальною помилкою є поєднання процесу старіння всього населення загалом з тривалістю життя окремих людей, що складають це населення [298].

Наслідки демографічного старіння поширюються на широкий спектр явищ життя суспільства. Старіння населення має як демографічні, так і важливі соціально-економічні наслідки (погіршення трудової структури населення, збільшення навантаження на соціальну інфраструктуру тощо), які істотно впливають як на суспільство в цілому, так і на осіб похилого віку зокрема.

У 2013 році налічувалося 810 мільйонів осіб віком старше 60 років, вони становили 11,7 % населення всього світу. Згідно з прогнозами це число зросте до 1 мільярда менше ніж за 10 років, а до 2050 року – вдвічі і досягне 2 мільярдів, які будуть складати 21 % населення всього світу [126]. Стосовно європейського населення, то кількість осіб похилого і старшого віку є значно вищими. Серед країн Європейського Союзу найбільша частка населення осіб 60 і старшого віку налічується у Німеччині (26,45%), Болгарії (25,83%), Греції (25,28%), Португалії (25,04%) та Швеції (25,12%) [488]. Тобто в

економічно розвинених країнах четверта частина населення припадає на осіб старшого віку. Така ж тенденція спостерігається і на теренах нашої держави.

Методологічний підхід, за яким найважливішою ознакою здорової популяції є її висока життєздатність, а стан здоров'я найкраще репрезентує тривалість життя, в Україні лишається вельми актуальним з огляду на порівняно низьку тривалість життя й істотне відставання за цим індикатором від провідних європейських країн.

Рухова активність – найважливіша передумова збереження функціональної діяльності старіючого організму. Однак існує простий спосіб навіть у такому віці вдосконалити своє здоров'я, знову відчути радість, бажання жити. Необхідно просто почати більше рухатися, займатися не складними фізичними вправами. Водночас при застосуванні оздоровчого тренування для осіб зрілого та похилого віку треба враховувати вікові зміни – зниження резервів функцій організму, еластичності і міцності опорно-рухового апарату, реактивності, ослаблення відновних процесів та ін. Знижуються також можливості адаптуватися до вправ, особливо швидкісного і силового характеру [37, 41, 43, 49].

Проводячи дослідження, в якому взяло участь біля 300 добровольців у віці 65-94 р., американські дослідники Університету Case Western Reserve довели, що рухова активність значно покращує якість життя [243]. До таких же висновків прийшли і норвезькі вчені. Спостерігаючи за 5700 людьми так званого третього віку, вони довели, що особи, які робили фізичні вправи не менше 3-х годин на тиждень, то їх тривалість життя збільшилась приблизно на 5 р. довше за своїх однолітків, які вели малорухливий спосіб життя.

Створена в кінці ХХ століття система організації дозвілля у зарубіжних країнах свідчить про величезну матеріально-технічну базу для проведення дозвіллевого часу, яка включає установи мистецтва, стадіони, національні парки, танцювальні зали, готельно-туристичний сервіс із найрізноманітнішими центрами дозвілля – від дитячих зоопарків і майданчиків до клубів пенсіонерів [331].

Основним способом оздоровчо-рекреаційної рухової активності у Західній Європі та США є створення різноманітних клубів, програм, оздоровчих заходів для людей похилого віку. Мета таких клубів – створити сприятливі умови для трудової діяльності людини, для подальшого творчого й професійного розвитку, спілкування з ровесниками [212].

Проблема правильної організації вільного часу людей похилого віку та реалізації їх рекреаційно-розвивального потенціалу є актуальною сьогодні для багатьох розвинених країн світу. Оскільки населення пенсійного віку в Америці продовжує збільшуватись, повинні відбутися певні зміни в структурі побуту, сім'ї, роботи і дозвілля, життєдіяльності людей. Тому вагому роль у цих змінах мають державні і недержавні, в тому числі неприбуткові, громадські, комерційні, благодійні, релігійні та інші організації.

У Норвегії розповсюджено рух «Тгітг», основна мета якого – популяризація у країні лижного спорту. За статистикою, до нього залучено 2/3 населення. Також там функціонує «Товариство сприяння лижному спорту», організація, що влаштовує лижні прогулянки лісом для осіб різних вікових груп, в тім числі людей похилого віку [478].

Згідно даних Департаменту здоров'я ВООЗ «досвід Італії, Німеччини, Канади, Скандинавських та інших розвинених у спортивному відношенні країн світу свідчить, що спортивний клуб – основна організаційна форма оздоровлення людей похилого віку. У зарубіжних країнах популярними є клуби оздоровчої спрямованості. До прикладу, в Німеччині діє 85,5 тис. спортивно-оздоровчих клубів, у Фінляндії налічується близько 600, у США – більш ніж 15 тис. клубів» [390]. Lim JH у своїх дослідженнях вказує, що «дуже популярні клуби, що надають послуги персональних інструкторів, особливо для літніх людей, які не мають досвіду занять фізичними вправами, для жінок, які мають зайву вагу тощо. Така послуга коштує членам клубів до 25 доларів за годину. У Лас-Вегасі з 1989 р. працює один з найкращих американських спортивно-оздоровчих клубів «Грін Валлей Атлетик Клуб». Він розташований у приміській зоні Лас-Вегаса, його загальна площа 12000 м²

території. Цей клуб відвідує 8 тис. осіб. У клубі пенсіонери відчують себе затишно, вони спокійно знаходять співрозмовників, можуть розраховувати на підтримку, співчуття та розуміння, а також займаються оздоровчою діяльністю. Вони продовжують вести спілкування і за межами клубу, що має особливе значення для людини у такому віці» [433].

В «золоту пору» емоційна сфера особистості також зазнає змін: з одного боку, життя людини стає емоційно спокійнішим, зменшується кількість стресових ситуацій порівняно з особами середнього віку, але з іншого боку – люди похилого віку стають більш вразливі, вони потребують уваги, розуміння й турботи від оточуючих людей. Також вони стають ізольовані, бо коло близьких друзів і родичів для більшості людей похилого віку поступово звужується [177].

Особливо потрібно стимулювати участь осіб похилого віку у спільній рекреації під час проведення дозвіллевих заходів, що залежить від багатьох чинників, зокрема Т. Полькіна, Т. Чуйкова вказують на такі фактори: «від відповідності програм і послуг фізичному стану здоров'я людини; від можливості використовувати в програмах міжнародного символу фізичної доступності (що підтверджує бажання залучити до акції людину-інваліда); від включення до матеріалів програм повідомлень про готовність агентства надати послуги всім громадянам, у тому числі й особам похилого віку та інвалідам. Деяка частина пенсіонерів починає відводити багато часу для громадської роботи і творчості, що ніяк не свідчить про завершення трудової діяльності чи припинення активної участі у соціальному житті». [261]

Втім для більшості людей вихід на пенсію відбувається досить невтішно. Аргументовано, що погіршення фізичного й психічного стану особистості на 55,1 % у чоловіків і 60,3 % у жінок, збігається з закінченням трудової діяльності у зв'язку з пенсійним віком [8]. Тому, саме від контрасту між власною пасивністю й активним життям суспільства даний стан погіршується.

Відповідео до соціологічних даних дані зміни особливо гостро переживають самотні люди, особи із обмеженим життєвим світоглядом, а також фахівці вузького профілю.

Більшу частину незадоволених виходом на пенсію старших людей складають ті, хто невіє наповнювати своє дозвілля, у них відсутні інші інтереси, крім професійних. З часом з'являється відчуття зайвості та непотрібності, саме дане відчуття відіграє важливу роль у передчасному старінні (патологічній старості). У цих людей після припинення трудової діяльності вивільняється багато вільного часу, яке вони невміло сплановують та використовують [338].

Оздоровчо-рекреаційні заклади клубного типу різних країн США та Європи ставлять собі за мету використання оптимальних методів для залучення людей похилого віку до культурного соціуму, активізацію їх малорухомого способу життя, також роблять все, щоб індивідуальність і надалі творчо реалізувалася [479]. Перспектива розробляти індивідуальні оздоровчі програми, використовувати всілякі форми і методи клубної роботи із урахуванням потреб кожної людини похилого віку в особистому контакті з нею і на доступному рівні є беззаперечною перевагою таких закладів.

Головним в успішній реалізації таких заходів що пропонується Міжнародним віковим маніфестом а [359]:

– «дозвілєву діяльність, зорієнтовану на творчу активність особистості (концерти за участю самодіяльних ансамблів та хорових колективів, танцювальні вечори);

– види спортивної і фізкультурно-оздоровчої діяльності (туризм, гра з м'ячем, національні ігри, катання на човнах, плавання) для зміцнення рівня здоров'я, підтримання належної фізичної форми, зменшення ефекту старіння організму;

– задоволення потреби в спілкуванні (бесіди, дискусії, прогулянки, що впливають позитивно на стан здоров'я, життєвий тонус осіб похилого віку)».

Основними напрямками [361] оздоровчо-рекреаційної діяльності є модифікація правил гри із урахуванням можливостей гравців, підготовкою спеціальних програм навчання для осіб з обмеженими можливостями, розробка та оновлення спеціального обладнання для інвалідів, вивчення дозвілєвих потреб інвалідів та осіб похилого віку, пошук шляхів їх задоволення, реалізації співпраці з іншими фізкультурно-спортивними організаціями.

Окрім цього систематичні заняття фізичною культурою дозволяють швидше адаптуватися до життєвих умов, позитивно впливають на психологічний стан, відновлюють почуття соціальної повноцінності, мобілізують волю, збільшують функціональні можливості інвалідів та людей похилого віку.

Культ спорту, культ здоров'я, різні психологічні тренінги у США популяризуються [390]. В пропаганду здорового способу життя залучені всі охочі: від малечі до дідусів і бабусь. У сфері фізичної культури і пропаганди здорового способу життя розробляються найрізноманітніші методики. Оздоровчі комплекси і соціальні агентства ведуть грандіозну просвітницьку роботу, використовуючи у своєму арсеналі різні засоби: від гасел на майках про розвиток спорту та здоровий спосіб життя до маркетингових кампаній, акцій проти СНІДу та наркотиків, різні шоу [400].

Систематична і планова санітарно-гігієнічна та фізична освіта є гарантією життєвого успіху. Велика кількість тренажерних та спортивних залів, майданчиків; легкоатлетичних клубів і тренажерних комплексів завжди готові до послуг відвідувачів усіх вікових категорій і задоволення їхніх потреб на найвищому рівні [194].

Підвищенна увага зарубіжних клубів до організації дозвілля осіб похилого віку обумовлена різними чинниками, а саме: «збільшенням вільного часу у людей похилого віку порівняно з іншими віковими групами; відчутним збільшенням населення категорії людей цього віку; високим рівнем організації дозвілля; різноманітністю видів дозвіллевої діяльності; дбайливим ставленням суспільства до людей похилого віку» [8].

Головними напрямками реалізації клубних заходів для людей похилого віку є [432]: різновиди культурно-дозвіллевої діяльності, орієнтовані на виявлення творчої активності особистості (передусім при використанні бібліотерапії, мистецтвотерапії, психотерапії спогадів); спортивна та оздоровчо-рекреаційна діяльність; робота у «хобі-групах»; культурно-дозвіллеві заходи, спрямовані на задоволення потреб у спілкуванні людей похилого віку.

Висновки до розділу 1

Формування здоров'я осіб похилого віку у складних соціально-економічних умовах в Україні є стратегічним напрямком накового пошуку різних галузей знань. Стан здоров'я осіб похилого віку в Україні викликає велику зацікавленість дослідників щодо пошуку способів нівелювання негативних тенденцій погіршення стану здоров'я населення. Рівень фізичного та психічного здоров'я залежить від багатьох взаєзумовлених факторів. Світові практики вказують, що найтиповішими чинниками, які впливають на стан здоров'я осіб похилого віку, є залучення до систематичних занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю. Адже з віком рівень функціонування систем організму знижується, ризик виникнення різних захворювань підвищується. Однак найефективнішим засобом уповільнення процесів старіння організму фахівці різних галузей знань визначають рухову активність та систематичне виконання організованих фізичних вправ.

Різке постаріння населення викликало увагу науковців та спонукало до вивчення різноманітних теорій старіння. Нами виокремлено напрями теорій старіння, які у свою чергу ставили на меті вивчення питань уповільнення процесів старіння руховою активністю. Зокрема серед соціологічного напрямку нами вивчалися теорії відчуження, діяльності, структурної залежності, девіантності, субкультури, маргінальності, якими визначено, що зміна рухового режиму після виходу на пенсію чи уникнення фізичної активності у похилому віці призводить до виникнення низки соціо-психологічних проблем у старших осіб. Психологічний напрям теорій старіння нами розглядався через теорії соціальної ізоляції, профілізації особистості, взаємостосунків модусу часу. Під час вивчення означеного напрямку нами узагальнено, що рухова активність впливає на якість та задоволення життя, рівень самооцінки та психоемоційної адаптації до умов сьогодення пенсіонера, комунікації між поколіннями. Біологічний напрям розглянуто через призму молекулярно-генетичної, статхастичної, вільнорадикальної, «старіння помилково», апоптазу, термодинамічної, імунологічної та онто-генетичної теорій. Саме дані теорії на біохімічному рівні підтвердили

твердження про вплив рухової активності на процеси сповільнення старіння функціональних систем організму.

Тому проблема уповільнення старіння людей в останні роки стала досить актуальною у сфері оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Її вивченням як на фундаментальному, так і на прикладному рівнях займаються провідні фахівці освіти, фізичної культури і спорту, рекреаційної діяльності. Сьогодні завдяки науковим працям одержала своє необхідне теоретичне обґрунтування оздоровчо-рекреаційна рухова активність як один із основних засобів уповільнення старіння організму, покращення стану здоров'я і працездатності людини, що виражається в активізації та удосконаленні обміну речовин, покращенні діяльності центральної нервової системи. Заняття фізичними вправами забезпечують адаптацію серцево-судинної, дихальної та інших систем до умов м'язової діяльності, прискорюють процес входження в роботу, функціонування систем кровообігу й дихання, відновлення після змін, які викликає фізичне навантаження. Отже, оздоровчо-рекреаційна рухова активність забезпечує позитивний вплив на здоров'я людини та допомагає затримати процес старіння.

Вивчаючи міжнародний досвід активного старіння осіб похилого віку, нами виокремлено, що основним напрямком соціальної та державної політики багатьох країн світу є збереження здоров'я, подовження тривалості життя. Особливу увагу зосереджують на зайнятості та залученні осіб похилого віку до активного способу життя.

РОЗДІЛ 2 ТЕОРЕТИЧНИЙ БАЗИС АКТИВНОГО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

2.1. Операціоналізація понять, пов'язаних з проблематикою старіння, подовженням тривалості та якості життя осіб похилого віку: «старість», «якість життя», «оздоровча рухова активність», «активне старіння»

Світова тенденція зростання чисельності людей похилого віку у структурі населення багатьох країн вимагає усвідомлення старості як нового досить тривалого етапу життя. Виникла необхідність аналізу понять, пов'язаних з проблематикою старіння, подовженням тривалості та якості життя осіб похилого віку: «старість», «здоров'я», «якість життя», «оздоровча рухова активність».

Старість є прикінцевим періодом людського життя, часто її пов'язують з поступовим віддаленням людини від участі в активному житті суспільства [226, 239, 442]. Педантичне хронологічне визначення рубежів старості (тобто визначення вікової межі між зрілістю і старістю) є неможливим через великі індивідуальні розходження прояву фізіологічних (уповільнення процесів організму, зменшення пристосувальних здібностей) та психологічних особливостей старіння (знижена адаптивність, погіршення процесів пам'яті, мислення, уваги) [224].

М. Александрова, О. Крімер, Н. Тополь та інші виокремлюють у процесі старіння три взаємопов'язані компоненти [11, 196, 316]:

- біологічне старіння, яке підвищує чутливість організму і зумовлює високу ймовірність смерті;
- соціальне старіння, що виявляється у зміні соціальних ролей, які призводять до зміни соціального статусу та зміни поведінки в соціумі;
- психологічне старіння, що передбачає особливості вибору адаптації до процесів старіння [11, 227].

Схожу класифікацію пропонують Jafari A., Aminisani та ін., поділяючи старіння на три види [421]:

- біологічне старіння (інволюція) – біологічні зміни організму з віком;

- соціальне старіння – зв'язок старіння із суспільством, поведінка і здійснення соціальних ролей у цьому віці;

- психологічне старіння – характерологічне відчуття психологічної старості із притаманними їй об'єктивними властивостями (звуження емоційної сфери, зниження інтелектуальних здібностей) та суб'єктивними переживаннями.

Досліджуючи проблеми старіння, філософ I століття до н. е . Марк Тулій Цицерон у своїй праці «Про обов'язки, про старість, про дружбу» висловлюється стосовно старості: «Людина не робить того, що роблять молоді, але, по суті, робить щось набагато більше і краще; не силою м'язів, не моторністю і спритністю тіла вершаться великі справи, а мудрістю, авторитетом, рішеннями, і старість зазвичай не тільки не втрачає цієї здатності, а навіть зміцнюється в ній» [341].

На думку С. Л. Рубінштейна, у процесі життєдіяльності людина виробляє вміння не тільки підібрати засоби для вирішення завдань, а й означити самі завдання і ціль життя [284]. Саме в похилому віці людина досягає вершини розвитку, що допомагає активізації особливої роботи над собою від інтелектуальної до фізичної, яку Т. В. Смирнова радить номінувати «діяльністю саморозвитку», опираючись на те, що механізмом розвитку в старості є суб'єктно зумовлене самопроекування [297]. Автор вказує на специфіку розвитку суб'єктності в старості, оскільки в цей період мінімізовані елементи розвитку, які здійснюються в соціальних умовах. На думку М. В. Єрмолаєвої, інтеграція життєвого досвіду поєднана з інтенцією до розширення границь особистості у світі, з освоєнням нових форм самоздійснення, тобто із суб'єктною позицією людини похилого віку [152]. Люди похилого віку змушені орієнтуватися не тільки в нових постійно змінних умовах, а й реагувати на зміни в собі [281, 292, 304].

Ю. Тарнавський визначив три етапи процесу переходу до конкретної соціальної позиції, серед яких: сегрегація – це

відокремлення людини від колишнього оточення та розрив з минулим; наступний етап транзиція, що є проміжним станом, так званою «пустелею безстатусності»; інкорпорація – це наступне включення індивіда у власну соціальну групу, проте уже в новій якості [307]. Перехід до іншої соціальної позиції відзначається особистісним зростом людини, визначенням нових стратегій поведінки, набуттям нових здібностей, корекцією взаємин з довкіллям.

Інші дослідники проводять аналіз проблеми старості в аспекті профілізації особистості, а саме її стилю життя, соціокультурних орієнтацій та позицій. При цьому щирість, проникнення у соціальний потік або, навпаки, тенденція відвертатися від життя співвідноситься з варіативністю індивідуальних реакцій [351]. Особистості з активною життєвою позицією є відкритими до змін, пробують самостійно вирішувати проблеми, які пов'язані з віковими змінами відповідно до їхніх фізичних можливостей. Люди з пасивною життєвою позицією, навпаки, перекладають відповідальність за вирішення власних проблем, що спричинені похилим віком, на різні соціальні інституції. Найчастіше в таких осіб у старості проявляються негативні особистісні риси, такі як незадоволеність, дратівливість, озлобленість, що не були помітні в молодості.

Зasadничі тенденції світового співтовариства, що спрямовані на нову модель старості, а також місце та роль людей похилого віку знайшли відображення у «Принципах ООН відносно людей похилого віку», що прийняті резолюцією 46/91 Генеральної Асамблеї від 16.12.1991р.[268]. Принципи, які рекомендовано зарахувати урядам до своїх національних програм такі: участь, догляд, незалежність, достоїнство, реалізація внутрішнього потенціалу. Принципом «незалежність» передбачено задоволення фізіологічних та матеріальних потреб людей похилого віку, які повинні мати можливість займатися прибутковою діяльністю, працювати, брати участь у визначенні термінів та форм припинення трудової діяльності, а також мати можливість брати участь в освітніх та професійних програмах. Принцип «участь» передбачає залучення людей зазначеного віку до активної участі їх у розробці та здійсненні політики стосовно людей похилого

віку, до суспільного життя. Принцип «догляд» означає вирішення питань забезпечення захистом з боку сім'ї та соціуму відповідно до системи цінностей суспільства, доглядом. Передбачається доступність медичного обслуговування, послуг соціальних чи правових та опікунських установ. Люди літнього віку повинні мати змогу користуватися правами людини та основними свободами, перебуваючи в будь-якій установі, яка забезпечує лікування, догляд, враховуючи повну повагу до достоїнства осіб, їхніх переконань, потреб та особистого життя. Люди похилого віку повинні мати права приймати самостійно рішення щодо догляду за ними та якості їхнього життя. Принципом «реалізації внутрішнього потенціалу» передбачено доступ до можливостей держави у сфері культури, освіти, духовного життя та відпочинку. Принципом «достоїнство» заперечується експлуатація, фізичне чи психічне насилля над літніми людьми, які мають права на достойний та безпечний спосіб життя. Цим принципом передбачено забезпечення справедливого ставлення, незалежно від віку, расової приналежності, статі, інвалідності, етнічної приналежності, а також незалежно від їх економічного вкладу.

Аналізуючи сприйняття тлумачення «якість життя» у похилому віці є досить специфічним. У широкому розумінні цей термін поступово витісняє термін «народний добробут». Також під терміном «якість життя» в науковому диспуті розуміють задоволеність населення своїм життям з погляду різних потреб й інтересів [158]. Це поняття охоплює: умови праці та відпочинку, наявність вільного часу і можливість ефективно його використовувати, житлові умови, соціальне забезпечення та гарантії, охорону правопорядку й дотримання прав особистості, характеристики та індикатори рівня життя як економічної категорії [217], природно-кліматичні умови, показники збереження навколишнього середовища [324], суб'єктивні відчуття спокою, комфортності і стабільності.

У науковому просторі виокремлюють термін «якість життя» у вузькому розумінні: «... воно охоплює перераховані характеристики без рівня життя в його економічному розумінні (доходи, вартість акцій, споживання)» [312]. Низка

характеристик та показників, зокрема «умови праці та відпочинку», «соціальне забезпечення», «розвиненість соціальної інфраструктури сфери послуг», є проміжним становищем і можуть трактуватися залежно від характеру вирішуваних завдань як показники рівня чи як характеристика якості життя.

Для вимірювання якості життя населення (у рамках широкого розуміння сутності цієї категорії, прихильником якого є автор) можливо розглядати два підходи: дедуктивний та індуктивний, як вказує Г. Дмитренко [132] (Рис. 2.1).

Дедуктивний підхід безпосереднім об'єктом аналізу визначає суспільство загалом. Цей підхід передбачає використання для виміру якості життя населення країни макропоказники, які дають змогу порівнювати у часовому зрізі якість життя між країнами та відносно «себе в країні», що обумовлює можливість рейтингування країн за показниками якості життя [8]. Індуктивний підхід передбачає оцінювання якості життя у системі функціональних потреб індивіда та ступінь їх задоволення [8].

Однією з найважливіших проблем сучасності є вивчення різних аспектів проблеми якості життя і здоров'я громадян похилого віку. Ця проблема вимагає комплексного підходу – соціального, економічного і технологічного. Згідно з прогнозами ООН, до 2050 р 22% населення Землі буде пенсіонерами, а в розвинених країнах на кожного працюючого громадянина припадатиме по пенсіонеру [126].

Старіння суспільства неминуче чекає українське населення. Разом з тим вік «активної старості», тобто стану, коли старша людина може вести більш-менш повноцінне життя, буде неухильно підвищуватися. Вже зараз варто задуматися про якість життя населення, адже саме від цього залежить задоволеність, рівень і тривалість життя людини. Поняття «якість життя», досить широке, має не одне трактування, але незмінно включає в себе умови навколишнього середовища, харчування, побутовий комфорт, соціальне оточення, задоволення культурних і духовних потреб, психологічний комфорт, тривалість життя та здоров'я [173, 182, 326, 380, 395].



Рис. 2.1. Два підходи до вимірювання якості життя населення за Г.А. Дмитренко [132]

Турбота про здоров'я громадян – це не тільки обов'язок громадськості та держави, а й можливість переглянути в перспективі «планку» пенсійного віку. Саме така зміна допоможе цій категорії людей довше залишатися професійно активними, надасть можливість жити самостійно, що позитивно вплине й на наступні молодші покоління суспільства. За даними ООН, соціальна категорія якості життя включає дванадцять параметрів, з яких на першому місці стоїть здоров'я [227].

Європейська економічна комісія систематизувала вісім груп соціальних індикаторів якості життя, при цьому здоров'я поставлено на перше місце. Тому якість життя, пов'язану зі здоров'ям, можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного і соціального функціонування здорової чи хворої людини, засновану на її суб'єктивному сприйнятті. Існує поняття «якість життя, обумовлене здоров'ям», завдяки якому учені виокремили параметри опису стану здоров'я, турботи про нього і якість медичної допомоги із загальної концепції якості життя [76].

Сьогодні ВООЗ розроблено такі критерії оцінки якості життя, обумовленого здоров'ям: фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічні (емоції, рівень когнітивних функцій, самооцінка); рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність); суспільне життя (особисті взаємини, суспільна цінність); навколишнє середовище (безпека, екологія, забезпеченість, доступність і якість медичної допомоги, інформації, можливість навчання, побут). У зв'язку з тим, що середня тривалість життя зростає, в розвинених країнах збільшується кількість людей похилого віку, які страждають від старечої безпорадності і нездатні до ведення самостійного життя. Крім збільшення тривалості життя цих людей та методів зміцнення їх здоров'я, велике значення має якість життя, що визначається здатністю людини бути незалежною від навколишніх, насолоджуватись фізичним та розумовим благополуччям [211].

Багато вікових змін супроводжуються збільшенням травматизму, тому нещасні випадки – це одна із вагомих причин інвалідності, що супроводжується порушеннями рухової функції і втратою самостійності згодом. На наш погляд, до основних складових поняття якості життя саме людей похилого віку відноситься матеріальна та соціальна доступність оздоровчих послуг як комплексу профілактичних і соціальних факторів, що надаються особам похилого віку в установах соціально-побутового профілю, реалізуються професійними колективами із компетентних фахівців – інструкторів фізичної культури, фахівця із рекреаційної діяльності, фітнес-тренерів, медичного персоналу, психологів, дієтологів тощо. Крім того, на якість життя впливає значно гірше матеріальне становище та соціальна

підтримка людей похилого віку порівняно з особами працездатного віку [406].

З огляду на вищезазначене, основне завдання організацій, установ, служб, що надають фізкультурно-оздоровчу допомогу людям похилого віку, полягає в підтримці задовільного рівня якості життя осіб, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування, захисту гарантованих державою прав на медичне та соціальне обслуговування. Отож виникає нагальна потреба вивчення та впровадження у практичну діяльність тих компонентів життя осіб похилого віку, які б неухильно підвищували їхній рівень якості життя. Всі людські потреби, які задовільняють якість життя, можна розділити на взаємопов'язані складові: об'єктивну – матеріальну, суб'єктивну – духовну. У структурі матеріальних потреб осіб похилого віку ми виокремлюємо три основних блоки: фізіологічні потреби, потреби у комфортному середовищі, соціально-матеріальні потреби (рис. 2.2).

До структури фізіологічних потреб ми зарахували ті складові, які є визначальними для функціонування людського організму:

– дихання, оскільки причиною багатьох хвороб у осіб похилого віку є порушення киснево-вуглеводного обміну в організмі;

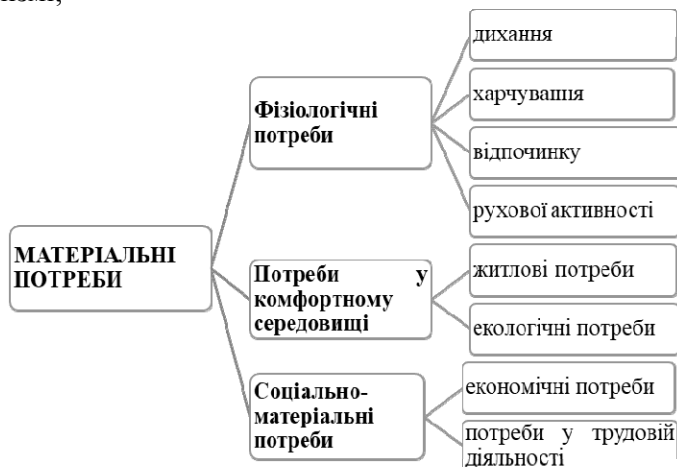


Рис. 2.2. Структура матеріальних потреб якості життя осіб похилого віку

– харчування, адже розповсюдженою причиною захворювань осіб похилого віку є незбалансоване харчування. При раціональному харчуванні пенсіонери не тільки покращують свій стан соматичного здоров'я, але й оптимізують психоемоційний стан, який виражається у позитивному ставленні до себе та свого оточення;

– відпочинок, тому що дає змогу не лише відпочити, оздоровитися, гарно провести час, а й чудову можливість знайти нових друзів, отримати задоволення та користь від оздоровчої та розважальної програм; оптимізує психологічний стан людини з метою її адаптації до нових умов, швидшої соціалізації та профілактики негативних реакцій у майбутньому. Відпочинок передбачає такі форми організації: рекреаційні заходи, творчі заняття, пасивний відпочинок, саморозвиток та самоосвіта, аматорська діяльність, спілкування, суспільно-корисні справи, асоціальні прояви та ін.;

– рухова активність як найважливіша передумова збереження функціональної здатності старіючого організму дозволяє уповільнити морфофункціональні інволюційні зміни; зниження чи відсутність рухової активності у похилому віці може стати причиною багатьох захворювань.

Форми організації рухової активності з людьми похилого віку такі: групи-здоров'я; клуби за інтересами (у тому числі фітнес); ВЦЗН «Спорт для всіх»; денні центри; «соціальні клуби»; будинки з обслуговування перестарілих; клуби дозвілля для пенсіонерів; організація дозвілля перестарілих на природі, біля моря, університети третього віку. Головною метою рухової активності з особами похилого віку як складової якості життя має бути забезпечення умов для активного способу життя, надання морально-психологічної підтримки, усунення конфліктних ситуацій, формування відчуття власної гідності, доцільності докладених зусиль і позитивної самооцінки, уникнення дестабілізуючих факторів життя. Успішними будуть проекти типу «Срібний вік», «Нова професія», «Мистецтво та здоров'я», «Відпочинок за містом», «Активне дозвілля», «Забуті історії» та ін. Рухова активність з людьми похилого віку спрямована на підвищення фізичної та соціальної активності

передбачає використання різних форм: оздоровчі заходи, вело-прогулянки, фітнес-заняття, бальні танці, гра у бридж, консультації для родичів і близьких, які доглядають осіб похилого віку. Прикладом може бути створення соціальних проєктів і програм, метою яких є поєднання інтересів молоді та людей похилого віку. Така інтеграція відбувається шляхом творчої активності (участі у танцювальних, музичних, театральних гуртках), спортивної та оздоровчої діяльності (спеціальні програми для різних вікових груп), організації дозвілля в клубах за інтересами та рекреаційних центрах [179, 195, 243, 246].

На матеріальному рівні вплив на якість життя осіб похилого віку мають потреби у комфортному середовищі, тобто житлові та екологічні. Це наявність побутових умов, які задовільняють пенсіонера, забезпечують комфортне існування (задовільняє потребу чистого повітря, води, їжі тощо) та дають задоволення від естетичної краси навколишнього.

Формування якості життя сьогодні не мислиме без матеріальної складової. Нами виокремлені соціально-матеріальні потреби, які ґрунтуються на наявності трудової діяльності та матеріальних благ. Особи похилого віку, які мають можливість бути працевлаштованими чи перекваліфікуватися у «суміжну» із попередньою працю, можуть реалізувати не тільки потребу в праці як соціально значущій діяльності, але й нівелювати економічне питання, від задоволення якого може залежати реалізація духовних та матеріальних потреб людини загалом.

У структурі духовних потреб людей похилого віку запропоновано виокремити дві складові, а саме: міжособистісну комунікацію та самоактуалізацію (рис. 2.3).

Міжособистісна комунікація включає в себе:

– потреба у причетності до будь-якої соціальної групи старших осіб – цю потребу також називають партисипативною [196]. Вона виражається в прагненні до культурних та дружніх відносин з оточуючими людьми, крім того особи похилого віку нерідко прагнуть не тільки встановлення гарних відносин з іншими людьми, але і бажають знайти підтримку, схвалення значущих й авторитетних для них людей, оточуючих;

– потреба у спілкуванні проявляється у обміні досвідом між старшими людьми, створенні умов для вільного різноманітного спілкування осіб старших вікових груп між собою, зі своїми родичами та членами сім'ї, представниками трудових колективів; визначається успішною адаптацією до старості [307]; дозволяє самостійно організувати своє життя в нових умовах, зберегти активні соціальні позиції, заповнити культурний дефіцит, тобто задоволення пізнавальних і культурних інтересів, збереження та підвищення загального інтелектуального рівня;

– потреба у дружності – за допомогою теплих відносин у сім'ї, з друзями, сусідами, колишніми колегами, однодумцями. Людина похилого віку виглядає життєрадісною, впевнено дивиться в майбутнє; сприяє формуванню психологічного комфорту у соціальній ролі пенсіонера [239];

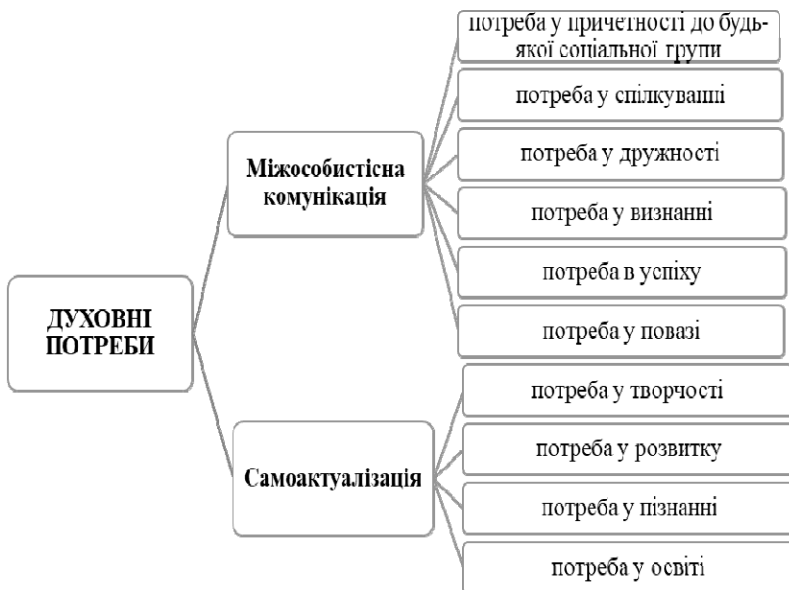


Рис. 2.3. Структура духовних потреб якості життя осіб похилого віку

– потреба у визнанні – виявляється показниками ставлення до осіб похилого віку оточуючих і визначенням якості соціальних зв'язків. Пенсіонери часто роблять вчинки, які, на їхню думку, отримують похвалу друзів [207]; намагаються встановити і підтримувати добрі стосунки, хочуть підтримки з боку родичів, друзів, колег, хвилюються за те, що про них думають інші;

– потреба в успіху – постійне змагання з собою та оточуючими у прагненні перевершити раніше досягнутий рівень виконання, зробити щось краще, ніж раніше; відображається у прагненні осіб похилого віку довести діяльність до успішного завершення;

– потреба у повазі – повага та любов до себе слугує рушійним мотивом для самовдосконалення особистості, який виводить її на новий рівень духовних потреб самореалізації.

Досягнути самоактуалізації особа похилого віку може через задоволення духовних потреб, а саме: у творчості, розвитку, пізнанні та освіті [351]. Творчість як провідна діяльність осіб похилого віку дає змогу вирішити питання кризи соціальної ситуації, пов'язаної із виходом на пенсію, наповнити життя людини новими позитивними якостями. Реалізація творчих потреб, як зазначають фахівці, надає можливість не тільки протистояти віковим інволюційним процесам, а й продовжувати розвивати себе як особистість, задовільняючи потребу розвитку. Суть діяльності фахівців, які працюють із особами похилого віку, полягає у тому, щоб через створення сприятливих умов, підтримувальних методів та засобів, індивідуально-особистісного впливу сприяти послідовному, динамічному розвитку потреб, мотивів, інтересів та активної діяльності людей похилого віку. Задовільняти потребу у пізнанні протягом всього життя людина може тоді, якщо має можливість реалізувати свою потребу в освіті [325].

Виходячи з вищезазначеного, можна зробити висновок, що результати досліджень якості життя та здоров'я громадян старшого покоління становлять суттєвий інтерес для сучасної науки, мають велике прикладне значення, оскільки дають змогу підвищити якість життя людей означеного віку. При вирішенні

проблем дослідження якості життя і здоров'я необхідно приділяти належну увагу критеріям (функціональним і віковим) участі в них респондентів похилого віку. Додатковому вивченню може бути піддана правомірність врахування думки зовнішніх експертів (родичів, персоналу). При розробці адекватних віку опитувальників, які оцінюють якість життя пацієнтів старше 60 років. Необхідно враховувати статеві відмінності факторів ризику виникнення низки захворювань при створенні інструментів для дослідження якості життя.

Не менш важливим для успішного старіння є задоволеність життям пенсіонерів, яке проявляється через задоволення соціально-побутових потреб осіб похилого віку. Для оцінки задоволеності життям розроблені різні методики, найбільш поширені з них: «Індекс задоволеності життям» (Life Satisfaction Index), або LSI, запропонована Нойгартеї, Хевігерст і Тобін [449]; «Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale), або SWLS [392]; «Індекс життєвої задоволеності» [228] та ін.

Методика LSI була спрямована на вимір задоволеності життям в похилому віці. Однак, зрозуміло, задоволеність життям – проблема, актуальна не тільки на останніх етапах життєвого шляху.

Одна з методик більш широкого застосування – Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale), або SWLS [392]. SWLS невелика за обсягом, а тому зручна у використанні. Незважаючи на стислість SWLS її валідність як методики вимірювання суб'єктивного благополуччя на різних етапах періоду дорослості підтверджується різноманітними даними. Було доведено, наприклад, що результати цього тесту корелюють з результатами триваліших методик оцінки задоволеності життям, узгоджуються з інформацією про моральний стан людини, отриманою з інших джерел, наприклад, зі звітів друзів або з клінічних оцінок [392].

Більшість досліджень, спрямованих на вивчення задоволеності життям, не дають однозначної оцінки, що дозволяє судити про її мінливості і кореляції з віком. Відповіді на це питання складно, оскільки оцінка залежності проводилась методом поперечних зрізів, тому виявлення віковій зміні можуть

насправді відображати відмінності між когортами, а не справжню динаміку. У будь-якому випадку результати суперечливі: в окремих дослідженнях виявляється в цілому негативний зв'язок між віком і задоволеністю життям, особливо в осіб 60 років і старше [198, 421]. Таким чином, слід відзначити наявність істотних індивідуальних відмінностей в людей літнього віку, адже багато людей похилого віку цілком задоволені власним життям.

Представлені результати підводять нас до питання про те, якими є детермінанти вікових та індивідуальних відмінностей в задоволеності життям. На вирішення цієї проблеми було направлено безліч досліджень з використанням LSI, SWLS та аналогічних методик. Було виявлено низку корелятивів, багато з яких мають прогностичну силу [449]. Із задоволеністю життям, наприклад, пов'язаний стан здоров'я – здорові люди більше задоволені своїм життям, ніж хворі. Зв'язок із задоволеністю життям має сімейний стан; у осіб, які перебувають у шлюбі, показники задоволеності життям загалом вище, ніж у овдовілих або розлучених. Задоволеність життям також має зв'язок з матеріальним станом, причому в очікуваному напрямку. І насамкінець, з задоволеністю життям пов'язана зміна поведінки психічного настрою [276].

На наш погляд, найбільш цікаві результати можна виявити, вивчаючи взаємозв'язок між рівнем активності і задоволеністю життям. У низці досліджень було виявлено, що цей зв'язок позитивний, тобто люди похилого віку, які ведуть активний спосіб життя, більш задоволені своїм життям, ніж ті, у кого рівень активності знижений [211].

Однак варто зазначити, що у кожної людини персональний шлях старіння. У сучасному світі існує група осіб (порівняно невелика в кількісному відношенні), які позитивно оцінюють своє старіння і задоволені своєю старістю. Ця категорія людей похилого віку орієнтована на сьогоднішній день, вони не схильні оглядатися назад, але і не мають певних планів на майбутнє.

На наш погляд, вельми цікавим є розгляд старіння в аспекті діяльнісного підходу до розвитку особистості. Його представники –R. Navighurst, G. Krempen, F.Heil та ін. – стверджують, що люди своїми діями змінюють власне оточення,

розвивають здатність справлятися з важкими ситуаціями, прокладають свій життєвий шлях. Активне життя виступає умовою поступального розвитку особистості в пізні роки [420].

Дієве, активне ставлення до життя може створити сприятливі умови для прогресивного розвитку особистості. Важливим є те, наскільки змістовними і продуктивними будуть дії людини, наскільки особистісно значущою буде її діяльність. Поняття «щаслива старість» не є абстрактним, воно наповнене певним змістом і відповідає уявленню про щастя в будь-який з вікових періодів або включає нові, незнайомі в минулому переживання.

Прагнення до «маленького щастя» в старості так само природне, як і протягом усього попереднього життя, а досягнення цього стану для старших осіб цілком реальне [60].

П. Кемерон зазначає, що термін «щаслива людина» однаково правомірний для молодих та для людей похилого віку. Порівнюючи групи старших і молодих людей, цей автор робить висновок, що людина в старості може бути такою ж щасливою, як в молодості [261].

Задоволеність собою в старості – особливо важливий показник. Він вказує про відсутність зміни свого «Я». Полькіна Т.М. із співавторами зазначає, що у людей похилого віку з'являється бажання більше турбуватися про оточуючих, виявляти свою любов, увагу, турботу чи просто бути корисним оточуючим. Частина з них відкриває для себе, що старість позитивно вплинула на їх можливості і дала змогу творчо опрацювати накопичений досвід, усвідомлення цього сприяє зміцненню почуття задоволення собою [261]. Задоволеність життям – суттєвий момент становлення життєвої концепції. Позитивна оцінка старіння веде до встановлення прийнятних рамок і обсягу повсякденної діяльності (або зайнятості), а задоволеність ними визначає позитивне ставлення до факту власного старіння.

Отож задоволеність життям є основним інтегральним показником «щасливої старості». Важливо, щоб у людини пенсійного віку було бажання обирати свою зайнятість, а форма і суть мають набагато менше значення, можуть бути різноманітними.

Запропоновано й інше визначення: «Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного й соціального функціонування хворого, що базується на його суб'єктивному сприйнятті». Або ще: «Якість життя – це описовий термін, що відображає емоційний, соціальний і фізичний добробут людини, її здатність функціонувати, виконуючи звичайні життєво необхідні завдання» [454].

Клінічні дослідження та політичні аналітики визнають важливість вимірювання якості життя, пов'язаного зі здоров'ям (HRQL), для інформування щодо управління пацієнтами та прийняття політичних рішень. Опитувальники можуть використовуватися для вимірювання різниць якості життя між пацієнтами у певний момент часу (дискримінаційні інструменти) або поздовжні зміни HRQL у пацієнтів протягом певного періоду часу (інструменти оцінювання). Як дискримінаційні, так і оціночні інструменти повинні бути дійсними (дійсно вимірювати те, що вони повинні вимірювати) та мати високе співвідношення сигнал / шум (надійність та чуйність відповідно). Надійні дискримінаційні інструменти здатні відтворювати різницю між особами. Реактивні оціночні заходи здатні виявити важливі зміни HRQL протягом певного періоду часу, навіть якщо ці зміни невеликі. Заходи щодо якості життя, пов'язані зі здоров'ям, також повинні бути інтерпретовані, тобто клініцисти та політики повинні мати можливість виявляти відмінності в показниках, що відповідають тривіальному, малому, помірному та великому відмінностям [406].

Доступні два основні підходи до вимірювання якості життя: загальні інструменти, що надають резюме HRQL, і конкретні інструменти, що зосереджуються на проблемах, пов'язаних з окремими хворобами, групами пацієнтів або сферами функціонування. До загальних інструментів відносяться профілі охорони здоров'я та інструменти, що створюють комунальні послуги. Підходи не є взаємовиключними. Кожен підхід має свої сильні та слабкі сторони, може бути придатним для різних обставин. Дослідження HRQL привели до інструментів, придатних для виявлення мінімально важливих ефектів у клінічних

випробуваннях, для вимірювання стану здоров'я населення, надання інформації для прийняття політичних рішень [380].

На думку Farquhar M., визначення та вимірювання поняття якості життя та ставить під сумнів операціоналізацію цього тлумачення стосовно заходів щодо стану здоров'я та масштабів функціональних можливостей. Люди похилого віку можуть говорити і думати про якість життя, а також підкреслювати, як змінюється якість життя для різних вікових груп населення, яке проживає в різних географічних районах. Якість життя є більшою, ніж здоров'я: дійсно, соціальні контакти є настільки цінними компонентами хорошої якості життя, як стан здоров'я. Це дослідження стосується питань, що постають у нинішній дискусії щодо якості життя та її вимірювання; це має наслідки для тих, хто бере участь як у дослідженні якості життя, так і в політиці охорони здоров'я та соціальних служб для людей похилого віку [395].

Попередня дослідницька література дозволяє припустити, що якість життя відображає макросуспільний та соціально-демографічний вплив на людей, а також особистісні характеристики і проблеми людей. Можна стверджувати, що всередині суспільства існує загальне ядро цінностей, а їх наявність чи відсутність впливає на загальний рівень якості. Але оскільки ЯЖ також є суб'єктивною, вона однаково залежить від інтерпретацій та сприйняття особистості [315]. Отже, при визначенні та вимірюванні якості життя потрібно ґрунтуватись емпірично на світоглядних поглядах, відображати індивідуальну суб'єктивність та варіативність поняття, одночасно враховуючи більш широкі соціальні обставини. Однак усталені моделі якості життя рідко є багаторівневими або багатодоменими. Вони варіюються від основних об'єктивних та суб'єктивних підходів, що базуються на потребах, часто впливають з ієрархії людських потреб Маслоу [281]. До класичних моделей, заснованих на психологічному добробуті, щасті, моралі та задоволенні життям, належать фізичне здоров'я та функціонування, соціальні очікування та унікальні уявлення індивіда [158]. Соціальні геронтологи також акцентують увагу на важливості соціальних та особистих ресурсів, самонавчання чи контролі над життям, самостійності (свобода у визначенні

власних дій чи поведінки) та незалежності (здатності діяти самостійно незалежно від будь-кого іншого) [332]. Відображаючи зростаюче визнання багатогранної природи ЯЖ, зараз дослідники часто розробляють моделі, засновані на комбінаціях цих доменів, наприклад, модель Всесвітньої організації охорони здоров'я [487].

У той час як соціальні геронтологи в США мають давню традицію дослідження задоволеності життям, включаючи кореляти «хорошого життя» та позитивних і негативних аспектів старіння, у Європі велика кількість соціальних досліджень була під впливом позитивістських поглядів функціоналізму, який зосереджувався на залежності [450]. У більшій частині Європи це призвело до негативного фокусування на старості як неминучому періоді залежності, бідності, потреби в обслуговуванні та занепаді фізичного та психічного здоров'я. Потреби у догляді залежних людей похилого віку підкреслювалися за рахунок реабілітації, профілактики та лікувальної терапії [317]. Дослідження, засновані на цій моделі, неминуче недооцінювали якість життя людей похилого віку.

Поступове усвідомлення недоліків цієї теорії змістило акцент на більш позитивне бачення старості як природного компонента життєвого періоду, що може забезпечити особисту реалізацію, сприяло визнанню важливості сприйняття індивідами якості їх життя [315]. Через індивідуальний характер якості життя Джойс та ін. стверджували, що теорія якості життя повинна інтегрувати знання з інших когнітивних теорій, наприклад, пам'яті та обробки інформації, оскільки зміни в організмі відображають негайний вплив і процеси старіння. Викликана інформація підлягає зміні за допомогою раніше збереженої інформації, іншими новими та наявними вхідними даними, внаслідок чого реконструюється при зверненні до свідомої уваги [420].

Таким чином, будь-який стимул може змінити побудову особистості якості життя на будь-якому з цих рівнів. Учені стверджують, що зв'язки між рівнями можуть бути стабільними або нестабільними, здоровими або патологічними, представляти різні «глибини» якості життя, змінюватися за своїм статусом як «ознака» або «стан», а цей стан здоров'я може бути «ознакою»

та загальною якістю. Життєві заходи можуть оцінити «стани», хоча такі розрізнення залишаються неясними та потребують подальшого дослідження.

Концепція та вимірювання якості життя значною мірою залежать від експертних поглядів, а не простого дослідження важливих складових. З цією метою В. Frank [399] припустив, що дослідження якості життя більше не може бути просто генеруванням даних про груповий рівень, отриманий з оцінок задоволеності життям; не обмеженням досліджень на тематичні дослідження, а створення цілісної картини, яка дозволяє респондентам висловлювати свої значення поряд із традиційними кількісними підходами та призводить до взаємозалежної «рефлексивності» між дослідниками та учасниками дослідження.

Загальноприйнятим сучасним визначенням рухової активності вважаю будь-який рух тіла, що його людина здійснює завдяки роботі скелетних м'язів та супроводжується додатковими затратами енергії. Оздоровча рухова активність – це будь-який вид рухової активності, що приносить користь для здоров'я, покращує функціональні можливості без зайвої шкоди та ризику для організму [383].

Як вказує М.В. Дутчак, рухова активність особи належить до ключових категорій і ознак життєдіяльності. З розвитком цивілізації змінювалась домінуюча функція рухової активності. Починаючи з другої половини ХХ ст. зростає роль використання рухової активності для оздоровчої мети [147]. Це було обумовлено такими детермінантами:

- необхідністю впровадження ефективних механізмів профілактики хронічних неінфекційних захворювань, які стали основною причиною передчасної смертності людей; винаходом й використанням пеніциліну, антибактеріальних ліків, масовою вакцинацією, безпечною обробкою й зберіганням продуктів харчування, дозволило зупинити й практично усунути більшість тяжких інфекційних захворювань;

- зростанням негативного впливу на здоров'я індивіда зменшення обсягу й інтенсивності рухової активності через упровадження автоматизованого виробництва, збільшення частки розумової праці у структурі трудової діяльності,

підвищення комфортності транспортних засобів, побутової техніки, комунальних послуг тощо;

- низьким рівнем залучення осіб до оздоровчої рухової активності;

- потребою зниження рівня «великого спорту» для залучення до спортивної діяльності нових учасників і впровадження плюралізму в тогочасний спортивний рух; із бурхливим розвитком економіки в багатьох країнах Європи після Другої світової війни, що дозволяв значно збільшити обсяги інвестицій у дозвілля та покращити якість життя громадян;

- виникненням нових видів зброї масового знищення, і як наслідок, зменшенням ролі військового спрямування фізичного виховання різних груп населення;

- результатами наукових досліджень, в ході яких обґрунтовувалась ефективність використання рухової активності для підвищення фізичних і функціональних показників, профілактики низки захворювань у людей [148].

З метою обґрунтування визначення «оздоровчо-рекреаційна рухова активність» необхідно з'ясувати передусім суть поняття «рухова активність», яке є ключовим для вказаного визначення. У сучасних дослідженнях в галузі науки з фізичного виховання та спорту термін «рухова активність» тлумачать по-різному. Так, у теорії та методиці фізичного виховання [203] вказано, що рухова активність складається з обсягів рухів, які людина виконує у процесі життєдіяльності.

Як показав аналіз фахової літератури з досліджуваної проблеми, феномен рухової активності розуміється по-різному: активність, що має тренувальний ефект, підвищує фізичну працездатність, чинить максимальну дію на певний орган, систему чи функцію; основу індивідуального розвитку та життєзабезпечення організму, яка підпорядковується основному закону здоров'я, а саме: «набуваємо – витрачаючи»; природна біологічна потреба дітей, ступінь задоволення якої визначає подальший структурний і функціональний розвиток їх організму; головний прояв життя, природній потяг до фізичного та психічного самовдосконалення; сумарна кількість рухових дій, що виконує людина в процесі повсякденного життя.

У контексті вивчення особистості рухову активність розглядаємо як міру рухливості, що проявляється в активності людини у різних видах діяльності (гра, спілкування, пізнавальна образотворча та інша діяльність), яка забезпечує розвиток емоційних, соціальних, когнітивних досягнень та цілісність психічного людини.

В.К. Бальсевич тлумачить рухову активність як «цілеспрямоване здійснення людиною рухових дій, спрямованих на удосконалення різних показників її фізичного потенціалу та засвоєння рухових цінностей фізичної та спортивної культури» [42]. Також автор конкретизує, що спеціально організована рухова активність людини є природньою та соціально детермінованою необхідністю, потребою організму індивіда у підтримці гомеостазу, а також забезпечення морфологічних, функціональних, біомеханічних та психологічних умов реалізації платформ їх розвитку в онтогенезі та подолання факторів, що цьому перешкоджають [44].

М.М. Візітей, вказуючи на багатогранності й складності людини, яка об'єднує «душу, тіло і дух», радить під час аналізу рухової активності детермінувати у такий спосіб: «...реальність, що розгортається у сфері трьох взаємообумовлених й, окрім того, якісно особливих світів: зовнішнього світу – світу просторово заданих предметів; внутрішнього світу – світу переживань суб'єкта дій, відкритих йому, насамперед, інтроспективно, у самоспостереженні, які не мають просторового в звичайному розумінні виявлення; «середнього», трансцендентального світу, що є світом сходження та розходження зовнішнього й внутрішнього, об'єктивного та суб'єктивного, світом людського «я». Крім цього, автор зазначає, що рухові дії варто розглядати не лише як те, що здійснюється суб'єктом, але також і як те, що здійснюється з суб'єктом» [71].

З позицій детермінантів спорту «рух» розглядають тільки при реалізації фізичних вправ – частини рухових дій, динаміки тіла людини в цілому відносно до її розташування (середовища, опори, фізичних тіл) чи одних її частин відносно інших, та ще механічний рух спортивних снарядів. Рух людини – це одне із найскладніших явищ у світі, яке може бути роз'яснене лише на основі вивчення міцного зв'язку біологічних і механічних закономірностей [56].

У сучасній педагогічній науці рухова активність людини розглядається «як специфічна, базова у певному розумінні стихія, де народжується, розгортає себе людська сутність, де ця сутність рефлексивно себе реалізує» [54].

Багатоаспектне розмаїття дефініцій поняття «рухова активність» і наявна в них тавтологія (до прикладу, «рухова активність – це виконання рухових дій» чи «це сума рухів» тощо), викликали потребу додаткового теоретичного аналізу ключових дефініцій нашого наукового дослідження. Сучасний тлумачний словник української мови тлумачить слово «рух» з філософської точки зору як «спосіб існування матерії, що полягає в безперервній зміні всього сущого і виявляється в безпосередній єдності перервності й неперервності простору й часу»; інше тлумачення: «зміна положення тіла або його частин» [137]. У філософському словнику вміщено таке визначення: «рух – спосіб існування матерії, невід’ємна її властивість, внутрішньо присутній матерії атрибут» [257].

Під час тлумачення у сучасному психологічному словнику поняття «рух» розглядається як «...комплекс психофізіологічних функцій (процесів), що реалізуються руховим апаратом організму (система м’язів, сухожилів, пов’язаних з ними нервових центрів і провідникових (аферентних та еферентних) шляхів, а також рухливі ланки скелета)» [225].

Провідні науковці сучасної вітчизняної спортивної фізіології вказують, що «рух – це результат скорочення скелетних м’язів, які забезпечують переміщення окремих частин і всього тіла у просторі та часі; це головний прояв адаптаційних реакцій організму на зміни навколишнього середовища». [282]

Фахівці ВООЗ розглядають рухову активність як будь-який рух тіла людини, що виникає завдяки роботі скелетних м’язів та супроводжується додатковими витратами енергії [383]. Практично аналогічне тлумачення є найбільш розповсюдженим в англійській спеціальній літературі, де безумовно зазначається, що рухова активність – це всякий рух тіла, викликаний скороченням скелетних м’язів, що зумовлює витрати енергії [48].

Усі рухи, які демонструє людина, схематично можна розділити на мимовільні та довільні. Мимовільні рухи – це рухи, які відбуваються ніби самі собою, без існуючої мети і свідомого контролю. Також вони здійснюються на рівні рефлексів, управління ними відбувається підсвідомо. Довільні рухи – це акти, які людина здійснює, регулює і спрямовує на досягнення поставленої мети, що відповідає запитам. Специфічність довільних рухів у тому, що керівництво ними здійснюється загалом на рівні другої сигнальної системи за допомогою вербальних інструкцій та самонаказів [300].

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що на сучасному етапі розвитку системи наукових знань доцільним буде запропонувати таке визначення досліджуваної дефініції: «рухова активність – це свідоме переміщення тіла та (або) його частин у просторі та часі, яке здійснюється завдяки роботі скелетних м'язів, що потребує додаткових витрат енергії, та спрямоване на досягнення визначеної мети». Аналіз даних наукової літератури дало можливість диференціювати рухову активність залежно від цілі, завдань та функцій на такі види [149]:

– рухова активність навчального характеру, яка визначає формування «школи рухів» і забезпечення належного фізичного стану підростаючого покоління у процесі навчання в закладах освіти та сімейного виховання;

– рухова активність професійного характеру, зумовлена виконанням обов'язків та повноважень, які передбачаються посадовими інструкціями та контрактами (для такої рухової активності характерний широкий спектр різноманітності щодо змісту, обсягу, інтенсивності, умов реалізації);

– рухова активність побутового характеру – це вид діяльності, що пов'язаний з дотриманням правил особистої гігієни, використанням косметичних засобів, виконанням домашніх справ, приготуванням та вживання їжі;

– рухова активність реабілітаційного характеру, що забезпечує особам, які мають морфо-фізіологічні, психологічні порушення функцій через захворювання, травми чи вроджені дефекти, регенерацію здоров'я, фізичного стану, працездатності та адаптацію й пристосування до інших умов життя у суспільстві;

– рухова активність задля переміщення до місця локації (тимчасової чи постійної) навчання, роботи, відпочинку, закладів торгівлі тощо (ходьба, їзда на велосипеді);

рухова активність при дозвіллі, тобто у час, вільний від навчання, роботи, щоденних побутових обов'язків і витрат часу на переміщення чи транспорт (шопінг, активний відпочинок та оздоровлення тощо).

Вказані види рухової активності (за винятком деяких, які належать до професійного характеру), звісно, є корисними для організму у сенсі запобігання розвитку гіподинамії, що посилюється останніми роками. ВООЗ відзначає, що оздоровчою руховою активністю є будь-який вид рухової активності, що є корисним для здоров'я, покращує функціональні можливості без зайвої шкоди для організму [148, 403, 473]. Отже, варто враховувати те, що, маючи певне оздоровче значення, виокремлені нами різновиди рухової активності скеровані насамперед на досягнення так званих «своїх» прикладних, утилітарних завдань.

Аналіз та узагальнення наведених вище найістотніших характеристик визначення понять пов'язаних із проблематикою старіння, подовженням тривалості та якості життя осіб похилого віку, дозволило подати власне трактування понять (рис. 2.4). Активне старіння – це можливість реалізації потенціалу фізичного, психічного та соціального благополуччя у похилому віці, із активним використанням оздоровчо-рекреаційної рухової активності задля подовження тривалості та якості активного довголіття.

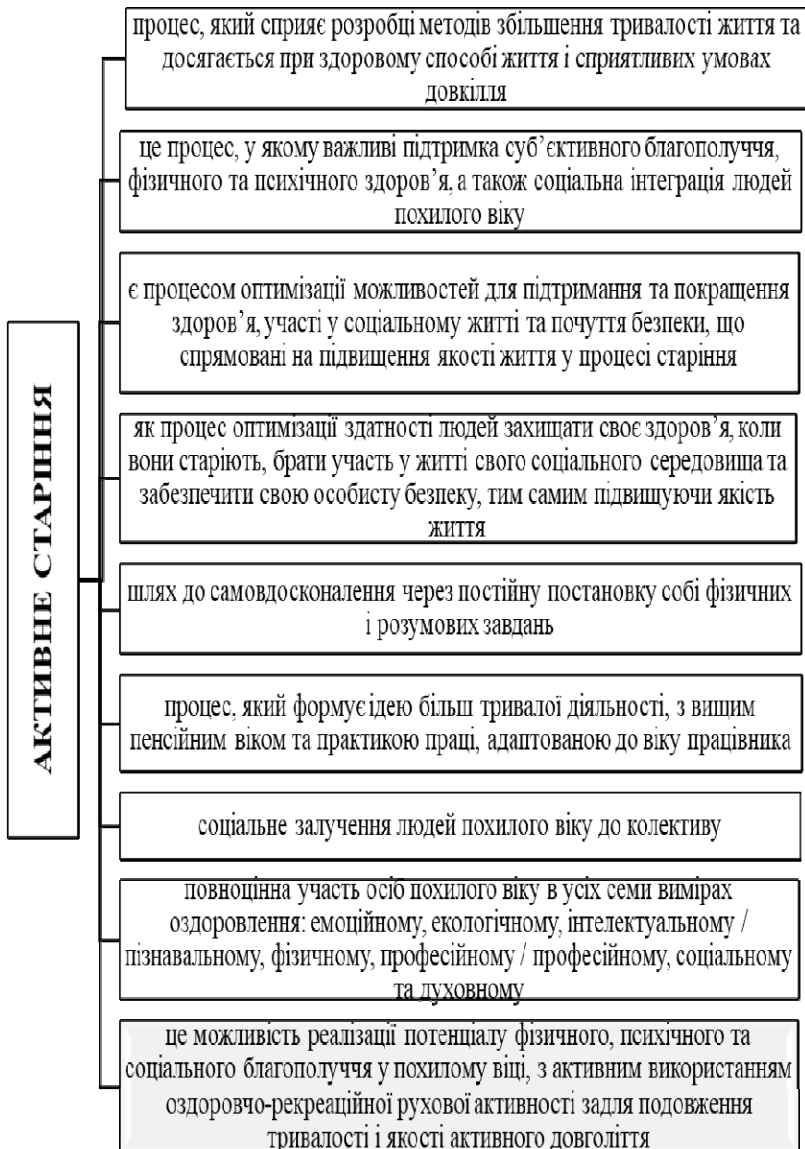


Рис. 2.4. Трагування поняття «активне старіння» у спеціальній літературі

Незважаючи на різноманіття термінів, подане у науковій та спеціальній літературі, окреслені трактування понять найбільш адекватно характеризують досліджуване соціальне явище «активне старіння», оскільки термін відповідає змістовному аспекту цієї сфери, може виконувати пізнавально-інформативну функцію із збереження основних, суттєвих характеристик означеного явища та має свої відмінні особливості в тлумаченні.

2.2. Актуальні проблеми активного старіння у сучасному суспільстві

Демографічне старіння – найважливіша тенденція в сучасному світі. Політика активного довголіття актуалізується у всіх розвинених країнах як реакція на демографічне старіння та кризу пенсійних систем. В останні роки в Україні зростає увага уряду до проблем старших людей. Основні положення державної політики щодо українських пенсіонерів відображені в ряді нормативно-правових документів, прийнято основні документи в галузі соціальної підтримки осіб старшого віку. Однак, як відзначають експерти, незважаючи на значне число нормативно-правових документів, які стосуються питання соціальної підтримки осіб старшого віку, наявна соціальна політика щодо громадян похилого віку України поки не має чітко вираженого і цілеспрямованого характеру [288]. В нашій державі все ще не вистачає комплексного підходу до проблеми старіння населення з урахуванням мінливих потреб населення похилого віку і можливостей, пов'язаних з цими змінами.

У той же час в розвинених країнах реалізація програм активного довголіття набула комплексного характеру, вона успішно здійснюється протягом вже багатьох років, особливо важливим є факт розпрацювання механізмів оцінки ефективності діючих заходів, на підставі яких проводиться їх коригування.

У процесі дослідження зарубіжних практик нами зроблено аналіз ефективності заходів державної підтримки людей похилого віку, які проводяться згідно з такими компонентами активного довголіття, як рухова, трудова і соціальна активність (Рис. 2.4). Зазначений підхід до трактування активного довголіття відповідає концепції активного старіння Всесвітньої

організації охорони здоров'я: «активне довголіття – процес оптимізації можливостей в плані здоров'я, участі та безпеки з метою підвищення якості життя в процесі старіння людей» [487]. Сьогодні він широко використовується вченими, що займаються питаннями старіння [259]. Трудова активність виділяється серед інших видів соціальної активності саме тому, що забезпечує старшій людині самостійний дохід як ключовий елемент безпеки. Фізична активність в похилому віці – необхідна складова здоров'я.

Наявні оцінки індексу активного довголіття, виконані на основі даних науковців [488], свідчать про те, що мінімум 41,5% осіб у віці від 55 років і старше не відповідають основним критеріям активного довголіття, позначених у визначенні ВООЗ [459]. Такий факт є важливим аргументом на користь необхідності розробки та впровадження комплексного підходу до проблеми старіння населення з урахуванням найбільш значущих для України факторів активного довголіття.

Достатній рівень рухової активності відзначається експертами як один з ключових чинників, що впливає на якість життя осіб старшого віку [78]. Різноманітні програми й інструменти державної політики, що дозволяють підвищити рухову активність населення похилого віку, в останні десятиліття стали вельми популярними в багатьох країнах.

Заходи, що стимулюють рухову активність людей похилого віку, як правило, є частиною комплексної національної програми з пропаганди здорового способу життя або вужчого національного проекту, що пропагує активний спосіб життя. У Великобританії та Канаді подібні заходи стали частиною національних кампаній із активного довголіття [386]. У Фінляндії, Іспанії, Канаді реалізуються державні програми щодо активізації способу життя людей похилого віку [486, 490].

Досить високою результативністю характеризується програма рухової активності для жителів Фінляндії похилого віку, яка стартувала в 2005 р. за фінансової підтримки уряду. Оцінка результатів програми, реалізованої в 13 пілотних регіонах країни протягом чотирьох років, виявила триразове збільшення числа осіб похилого віку, які регулярно відвідують групові заняття фізичними вправами [439].

З метою активізації способу життя людей похилого віку зарубіжні науковці [368, 373, 377] вказують на важливість інформування осіб старшого покоління стосовно необхідності нормування рухової активності для означеної статево-вікової групи. Основним підґрунтям інформування можуть слугувати «Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я» [78], що включають розділ про стимулювання фізичної активності осіб у віці 65 років і старше. Ці матеріали містять інформацію про рекомендації щодо рівнів і типів рухової активності та про можливі складові для стимулювання рухової активності.

Активне старіння – це багатовимірна концепція, що стосується ситуації, коли люди продовжують брати участь у формальному ринку праці, займаються неоплаченою продуктивною діяльністю (наприклад, надання допомоги членам сім'ї та волонтерством), живуть здоровим, незалежним та безпечним життям. Отже, політика активного старіння повинна забезпечувати цю різноманітність: надавати можливості для більш тривалого трудового життя, давати можливість соціальної участі, заохочувати здоровий спосіб життя та надавати перспективи для самостійного життя чоловікам та жінкам. Моніторинг реалізації такої політики потребує комплексного інструменту, який охоплює безліч аспектів активного старіння.

Науковцями ВООЗ у 2010 році (2019 році – модифікована) було розроблено комплексну методичку оцінки активного старіння – індекс активного старіння (ІАА). Він охоплює різні аспекти активного старіння: вимірює, який потенціал літніх чоловіків та жінок використовується для сприяння економіці та суспільству і наскільки їх життєве середовище дозволяє їм брати участь у житті соціуму (Рис 2.5).

Вони роблять внесок працюючи, надаючи неформальну допомогу, живучи самостійно та залишаючись здоровими. Індекс активного старіння – досить простий інструмент: він включає 22 показники, згруповані в 4 домени, які показані на малюнку нижче. Всі показники вимірюються окремо для чоловіків і жінок; це дає можливість виявити гендерні розриви в активному старінні [487].

Значення індексу коливаються від 0 до 100. Більш високі значення вказують на вищий ступінь реалізації потенціалу чоловіків і жінок старшого віку. Хоча досягнення 100 балів не є ні реалістичною, ні необхідною метою, досягнення найвищих результатів серед певної групи країн може бути корисним підходом до цілей. ІАА пропонує гнучку основу, яка може застосовуватися в різних країнах на національному, а також на субнаціональному (регіональному та місцевому) рівнях.

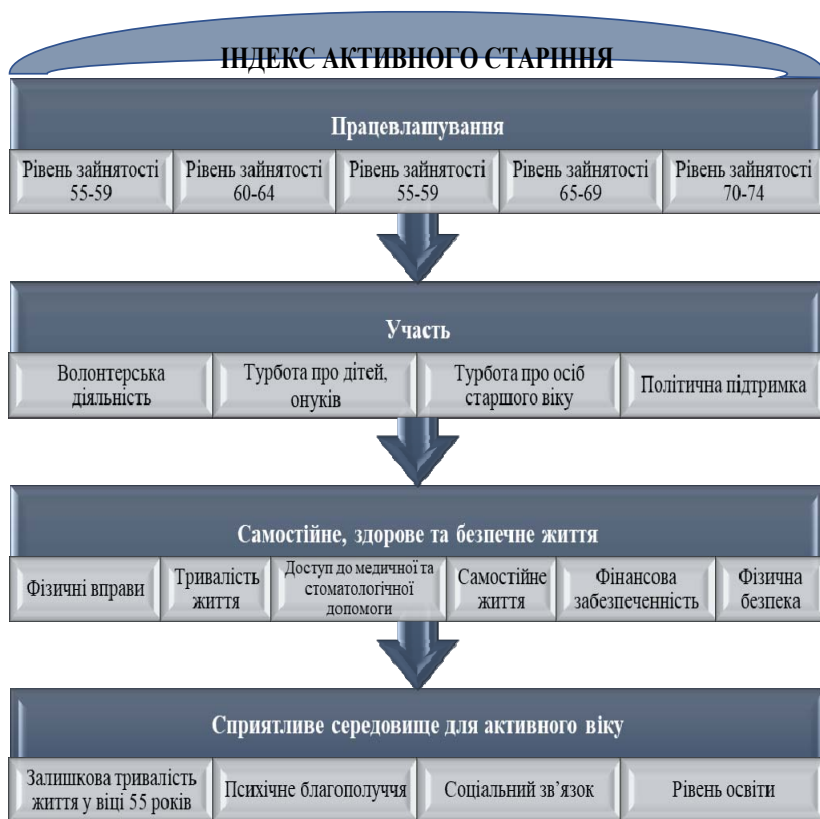


Рис. 2.5. Компоненти індексу активного старіння [487]

Він зображує поточну ситуацію та висвітлює сфери, де можна отримати майбутні вигоди. Держава може мати високі результати в одній галузі, наприклад, зайнятості, з відносно низькими результатами в іншій, наприклад, незалежному проживанні. Це означає, що питання забезпечення можливості незалежного життя потребують особливої уваги. Якщо регулярно визначати ІАА, то це дасть змогу вимірювати прогрес у часі, допоможе визначити успішні заходи політики (табл. 2.1) [490].

У Польщі Міністерство праці та соціальної політики використовувало ІАА у 16 регіонах, щоб з'ясувати, де активне старіння недостатньо підтримується, та визначити сфери, які потребують дій регіональних та місцевих органів влади. В результаті було введено низку політичних заходів, включаючи національну програму соціальної участі людей похилого віку (ASOS). Поки що було три хвили обчислення ІАА: 2013, 2014 та 2015 роки [490].

Таблиця 2.1

Вагомість компонентів активного старіння, % [490]

Показники / домени	<u>Явна вага показника (частка в домені)</u>	<u>Явна вага для домену</u>	<u>Відсутність ваги для показників та областей</u>
Рівень зайнятості 55-59	25%		58%
Рівень зайнятості 60-64	25%		27%
Рівень зайнятості 65-69	25%		10%
Рівень зайнятості 70-74	25%		5%
1-й домен: Зайнятість	100%	35%	28%
Добровільна діяльність	25%		19%
Турбота про дітей, онуків	25%		46%
Догляд старшим дорослим	30%		22%
Політична участь	20%		13%

Продовження таблиці 2.1

2-ий домен : Участь у суспільстві	100%	35%	19%
Фізичні вправи	10%		2%
Доступ до медичної та стоматологічної допомоги	20%		26%
Самостійне життя	20%		24%
Відносний середній дохід	10%		12%
Немає ризику бідності	10%		13%
Немає матеріальних позбавлень	10%		13%
Фізична безпека	10%		9%
Протягом всього життя	10%		1%
3-й домен: Незалежне, здорове та безпечне життя	100%	10%	21%
Залишається тривалість життя 50 на рівні 55	33%		37%
Частка тривалості здорового життя в 55 років	23%		22%
Психічне благополуччя	17%		19%
Використання ІКТ	7%		4%
Соціальна пов'язаність	13%		12%
Рівень освіти	7%		6%
4-й домен: Ємність та сприятливе середовище для активного старіння	100%	20%	32%

Прикладом на регіональному рівні є провінція Біскай (Іспанія), де ААІ використовується з 2013 року для збирання доказів про становище людей похилого віку та визначення пріоритетних напрямків для покращення досвіду, результатів активного старіння. Індекс використовується для моніторингу виконання Стратегічного плану Біскаю 2013 року для людей похилого віку. Для отримання відсутніх даних на субнаціональному рівні у 2014 та 2015 роках було проведено телефонне опитування, засноване на оригінальних питаннях ІАА [487]. Ці приклади ілюструють, що ІАА можна використовувати різними способами.

На закінчення, ІАА є всеосяжним та гнучким інструментом, який надає свідчення для усвідомленого прийняття рішень, розробки та моніторингу політики та стратегій щодо старіння. ІАА є всеосяжним, оскільки допомагає гарантувати, що користувачі розглядають безліч аспектів активного старіння, а не зосереджуються на одному з них. ІАА є гнучким, тому що він може бути адаптований до потреб користувачів в різних контекстах, зберігаючи його структуру (табл. 2.2).

Морфофункціональні зміни в організмі при старінні зумовлюють зниження можливостей його адаптаційно-регуляторних механізмів. «Ціна» старіння схожа до гіпокінезії [259]. Тому обмеження рухової активності з віком значно відбивається на функціональному стані людей похилого віку. Водночас біологічні закономірності довготривалої адаптації до фізичних навантажень на пізніх етапах онтогенезу відіграють важливу роль. М'язова діяльність, активізуючи в організмі процеси, протилежні старінню, є засобом, що підвищує життєздатність людей старшого покоління [3, 5, 37, 40, 5151, 65 та ін.].

Аналіз політики активного довголіття зарубіжних країн показав, що діяльність з підтримки людей похилого віку стала сьогодні невід'ємною частиною соціальної політики багатьох країн світу. Заходи, успішно реалізовані за кордоном, можуть слугувати хорошою базою при розробці державної політики щодо активізації способу життя старших людей в Україні.

Структура активного старіння, ВООЗ, 2012 [489]

Активне старіння		
Основні сфери	Напрями реалізації	Ключові елементи
Участь у ринку праці	Регулювання виходу на пенсію	Використання встановленого законом пенсійного віку замість обов'язкового виходу на пенсію
		Добір варіантів поступового і гнучкого виходу на пенсію
	Інструменти ринку праці	Сприяння у навчанні та підготовці протягом усього життя
		Заохочення створення виробничого середовища, що враховує вік
		Поліпшення іміджу літніх працівників
		Впровадження антидискримінаційної політики
Соціальна інтеграція	Інструменти, що підтримують демократичний участь	Волонтерська діяльність
		Фаміліалізм за замовчуванням: посилення общинної діяльності та навчання протягом усього життя
	Інструменти, що підтримують зв'язок між поколіннями, адаптовані до відповідної моделі	Підтримуваний фаміліалізм
		Дефаміліалізація: створення стимулів для обміну матеріальною і нематеріальною підтримкою

Продовження таблиці 2.2

Здоров'я	Зміцнення здоров'я та профілактика захворюваності	Заохочення відмови від куріння
		Зменшення споживання алкоголю
		Стимулювання здорового харчування і підвищення рівня обізнаності про наслідки незбалансованого харчування
		Заохочення фізичної активності
		Зменшення стресу, наприклад, шляхом поліпшення транспортних систем і умов праці
		Послуги довготривалого догляду
	Створення мережі амбулаторних медичних служб	
	Надання соціальних послуг	
	Створення центрів денного або нічного догляду за немічними людьми похилого віку, які живуть в сім'ї	

Згідно з дослідженнями лише 17% людей пенсійного віку займаються фізичними вправами або спортом [340]. Разом з тим в розпорядженні держави є великий комплекс організаційно-просвітницьких заходів та фінансових інструментів, здатних зробити позитивний вплив на рухову активність людей похилого віку. Тут можливі, зокрема, спеціальні керівництва і програми рухової активності, консультації лікарів, телевізійні передачі (для старших вікових груп телебачення – головне джерело інформації).

Відзначимо, що в Україні заходи щодо підтримки рухової активності людей похилого поки нечисленні і реалізуються

переважно громадськими, некомерційними організаціями чи приватними особами. За аналогією з іншими країнами наша держава надає фінансову підтримку подібних проєктів.

З метою активізації рухової активності осіб старшого віку органи влади окремих регіонів України вже почали працювати над створенням середовища для осіб похилого віку, облаштували спеціальні пішохідні доріжки і веломаршрути. Забезпечення умов для занять фізкультурою і спортом населення старших вікових груп має стати складовою соціальної політики в усіх регіонах країни. Зростанню числа людей похилого віку, які займаються пішою ходьбою, а також любителів велопрогулянок, могло б сприяти збільшення в регіонах числа упорядкованих парків з організованими пунктами прокату велосипедів і палиць для занять скандинавської ходьбою [340].

Таким чином, регулярна рухова активність – одна з важливих і необхідних компонентів активного довголіття, здатна істотно поліпшити якість життя людей похилого віку і принести користь суспільству загалом.

Активний спосіб життя в похилому віці залежить від безлічі факторів, розуміння яких сприяє успішній реалізації політики і програм, спрямованих на формування моделі інтегрованої старості, вказує Чернишкова О.В. [344]. Узагальнене розуміння моделі інтегрованої старості передбачає позитивну життєву перспективу, в межах якої люди похилого віку змогли б знайти своє місце та роль у сучасному суспільстві.

Результати проведеного дослідження дозволили виділити наступні медико-соціальні ризики, які, на думку респондентів, є найбільш значущими для активного способу життя в похилому віці: медикалізація похилого віку; вікова дискримінація у професійно-трудовій сфері [251]. Численні дослідження і праці, починаючи з робіт древніх мислителів, присвячені зниженню фізичних здібностей організму і подоланню цих наслідків у похилому і старечому віці. Згідно оцінювання геронтологів, 60-74 роки – дуже складний вік [117, 186]. У цьому віці помирає найбільша кількість людей, у яких проявляються клінічні інволюційні зміни, залежні від віку та ті, які не залежать від віку захворювання, і саме в цьому віці організм людини переходить з

одного якісного стану в інший, що вимагає значно пильнішого лікарського контролю. Згідно М. Фуко (1998), розширення сфери медицини – це медикалізація суспільства. Медикалізація проявляється в тому, що людина все частіше включається в мережу медичного сервісу, який, в свою чергу, постійно розширюється. Безумовно, в розумних межах медикалізація – необхідне і корисне явище .

У випадку з представниками старшої вікової групи розширення меж медикалізації має об'єктивну основу – вони частіше хворіють. Багатьма дослідниками підкреслюється висока потреба людей старшого покоління в медичній допомозі [342].

За даними Л. Гуло, потреби людей похилого віку в медичній допомозі на 50% вищі, ніж у населення середнього віку. Але значна потреба геронтологічної групи в медичних послугах не завжди є обов'язковою умовою звернень по лікарську допомогу. Так, згідно з даними Міністерства соціальної політики України, виявлена досить низька активність населення похилого віку щодо підтримки та збереження власного здоров'я: більше половини опитаних – 58% звертаються до лікаря, тільки якщо щось турбує; 23,3% респондентів регулярно проходить медичні огляди, але тільки на запрошення з поліклініки (з них 29,8% мають інвалідність); 5,2% відповіли, що проходять медичні огляди тільки після переконань лікаря про необхідність цих заходів (з них 38% мають інвалідність) [122].

Згідно соціологічного дослідження Чернишкової О.В., часткове погіршення здоров'я значно меншою мірою впливає на відмову від активної життєвої позиції в пізньому віці (58,8%). При цьому збереження і підтримання здоров'я в контексті активної старості, на думку учасників анкетування, є особистою ініціативою кожного, оскільки сучасна охорона здоров'я не сприяє продовженню активного способу життя представників старшого віку (52,2%); частково сприяє (37,0%); в цілому сприяє (10,8%) [214].

Як зазначають закордонні науковці, альтернативним способом підтримки здоров'я (без звернення до лікаря) є самолікування, в основі якого лежить життєвий досвід (46%);

використання колишніх призначень лікаря (18,3%); поради сусідів і знайомих (15,4%), інформація з медичної літератури (11,9%), поради працівників аптек (7,2%), інформація з мережі «Інтернет» (1,2%) [349].

Як вказує І. Григор'єва [120], адаптивні можливості людини надзвичайно великі, якщо зміна середовища або типу взаємодії з середовищем відбувається не занадто швидко. При цьому медична допомога може завдавати людям шкоди, пов'язаної з некомпетентністю лікарів, складністю і різноманіттям медичної техніки. Інститут медицини, як будь-яка бюрократична організація, зацікавлена в своєму самозбереженні, фактично домагається того, щоб люди частіше відчували себе хворими. Медики суворо засуджують самолікування, але це передоручає життя і здоров'я кожної людини фахівцям, дезінтегрує суспільство, руйнує автономію, довіру до себе.

Однак, за твердженням відомого геронтолога В. Альперовича, більшість вітчизняних медичних працівників погано знайомі з особливостями старіючого організму [16]. Зростання кількості спеціалізованих лікарів і збільшення вимог до медико-соціальних стандартів сьогодні ледь встигає за демографічним старінням населення розвинених країн.

Необхідно також відзначити ще один бар'єр, що постає на шляху розвитку концепції активного способу життя в старості, – вікова дискримінація на ринку праці між старшими і молодими людьми. Активне старіння як концепт соціальної політики не є новим для дослідницького співтовариства, однак в останні роки помітний процес його актуалізації. Починаючи з 60-х років минулого століття, у багатьох геронтологічних дослідженнях приділялася особлива увага необхідності продовження професійної і трудової діяльності в житті людей похилого віку [348].

За даними проведеного дослідження Чернишкової О.В., зниження фізичних можливостей організму, зміни моторики і швидкості реакцій не є причиною відмови від продовження трудової діяльності, оскільки це повністю компенсується багатим професійним або життєвим досвідом (52,2%); соціальною обізнаністю (24,8%); високим рівнем мотивації до роботи (23%) [345].

Ухвалення Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я Концепції активного старіння наприкінці минулого століття є спробою визначення специфіки цього феномена та вияву характерних для цього процесу особливостей. ВООЗ визначає активне старіння як «процес оптимізації можливостей в плані здоров'я, участі та безпеки з метою підвищення якості життя в міру старіння людей» [346]. На рівні Європейського Союзу поняття активного старіння інтерпретується як тривала економічна активність через продовження періоду працездатності, пізнішого виходу на пенсію, участі в соціальному житті як волонтерів після виходу на пенсію.

Формування активного підходу до старіння, особливо в сфері економіки, набуло особливої актуальності в останні роки. Європейський Союз прагне розвивати політику активного старіння, фінансує збереження робочих місць для людей похилого віку, зміцнюючи їхні позиції на ринку праці і збільшуючи можливість працевлаштування [348].

Серед заходів щодо активізації трудових можливостей людей похилого віку пропонуються наступні [345]:

- 1) державний контроль за працевлаштуванням з можливістю вибору форм і видів трудової діяльності – 42,8%;
- 2) законодавчу заборону дискримінації за віком – 24,8%;
- 3) створення можливостей підвищення кваліфікації або перекваліфікації – 32,4%.

Наявність життєвого і професійного досвіду, набуті навички у старшого покоління втрачають економічну цінність, а нові види соціальної діяльності, прийнятні для старших людей (догляд за собою, членами сім'ї, виховання онуків), які мають, в тому числі і економічну складову, суспільством не стимулюються, знижується можливість активної участі людей похилого віку в соціальному житті.

Під час наукового пошуку нами виявлено, що серед психологічних детермінантів активне старіння розглядається як складова успішного старіння. Так, Kampf A., Lynn A.B. запропонували першу модель успішного старіння. Вони визначили успішне старіння як поєднання низки компонентів: 1) низької ймовірності захворювань та інвалідизації; 2) високого рівня пізнавальної та фізичної активності; 3) високої соціальної активності [359].

Модель складається з фізичних, психологічних (емоційних, особистісних), когнітивних і соціальних чинників людського життя.

Кожен з трьох компонентів успішного старіння включає в себе підкатегорії:

- низьку вірогідність захворювання, що відноситься не тільки до відсутності або до наявності самої хвороби, а й відсутності, присутності або серйозного ризику впливу факторів розвитку хвороби;
- високий рівень фізичних і когнітивних функцій визначає потенціали для діяльності, він показує реальну спроможність працездатності людини.

Активна участь в житті має різні форми:

- міжособистісні відносини, що включають в себе наявність соціальних контактів і спільну діяльність з іншими, обмін інформацією, емоційну підтримку і пряму допомогу в діяльності;
- включеність в продуктивну діяльність (турбота про інвалідів, членів сім'ї, робота в церкві), що створює громадську цінність і відчуття затребуваності.

Kampf A., Lynn A.B. вважали, що кожен компонент важливий сам собою, бо робить незалежний від інших компонентів внесок. Саме кумулятивне поєднання всіх трьох компонентів характеризує успішне старіння [424]. Однак це розуміння успішного старіння неодноразово піддавалося критиці. В основному критиці піддавалося визначення успішного старіння цими авторами, думка про те, що виділені аспекти успішного старіння є фіксованими кінцевими точками, а не особистими цілями, до яких люди прагнуть протягом всього свого життя. На думку опонентів, модель не описує процес формування успішного старіння.

Інші дослідники вважають, що внаслідок цих фіксованих критеріїв, модель не враховує багатьох варіацій успішного старіння. Крім того, критику відзначали, що в цій моделі критерії успішного старіння були запропоновані як нормативні,

знаходяться під впливом ідеалів західних суспільств, тобто вони культурно специфічні [440]. У літературі також зустрічається концепція, що така модель може бути потенційно шкідливою для розробки загальних корекційних заходів [449].

G.Y. Iwamasa і M. Iwasaki доповнили модель J.W. Rowe і R.L. Kahn і запропонували мультикомпонентну модель успішного старіння, в основі якої лежить уявлення про те, що успішне старіння є процесом багатограним і містить уявлення про фізичне, функціональне, соціальне і психологічне здоров'я [20].

Пізніше E.A. Phelan також запропонував модель успішного старіння, що включає виокремлені A. Kampf, A. Lynn компоненти, але доповнені духовним компонентом старіння, що містить внутрішні переживання про сенс життя [424]. Грунтуючись на цих критичних зауваженнях і додаткових дослідженнях, учені прийшли до висновку, що концепція успішного старіння є мультикомпонентним конструктом. Першим прикладом такої моделі є мультифакторна модель успішного старіння Levy B. et. al. [432]. Модель успішного старіння Levy B. et. al. передбачає різні життєві сфери людини похилого та старечого віку, які згодом використовуються при розробці інтервенційних проектів в Міжнародній федерації старіння (англ. – International Federation of Aging). На основі цієї моделі у Федерації старіння розроблено комплекс оцінки ступеня успішного старіння (англ. – Well Aging Assessment Battery), що дозволяє оцінити соціальну підтримку, позитивні і негативні аспекти психічного здоров'я, психомоторне функціонування, метапам'ять, автобіографічну пам'ять, планування майбутнього та інші показники.

Monterino A.M., Silva P., Forte P., Carvalho J. доповнили модель Kampf A., Lynn A.B. і запропонували мультикомпонентну модель успішного старіння, в основі якої лежить уявлення про успішне старіння як багатограний процес, що включає уявлення про фізичне, функціональне, соціальне і психологічне здоров'я [442].

Цікаво порівняти цю модель з моделлю здорового способу життя Pescatello L.S. et. al. [456] (Рис. 2.6).



Рис. 2.6. Модель здорового способу життя [456]

Мультикомпонентна модель успішного старіння включає в себе шість взаємопов'язаних аспектів: фізичний, емоційний, інтелектуальний, соціальний, духовний і професійний. Компонентами професійного аспекту успішного старіння, за Pescatello L.S. et. al., є: вибір кар'єри, задоволення від роботи і продуктивність праці [456]. У двох моделях можна виділити загальні компоненти:

- фізичний компонент, до якого входять такі підкатегорії: охорона здоров'я, харчування, фізичні вправи і зовнішність;

- психологічний компонент, що складається з низки підкатегорій, які відображають готовність до змін, позитивні емоції і відносини, відкритість до нових вражень, прагнення до незалежності;

- когнітивний компонент, представлений пізнавальною активністю, спрямованою на оволодіння новим досвідом;

- соціальний компонент, представлений підкатегоріями: відносини з близькими та друзями, відпочинок і захоплення. Особливе місце приділяється соціальному навчання, виконання соціальних ролей і культурно очікуваного поведінки;

– духовний і матеріальний компоненти описувався не настільки деталізовано як інші. G.Y. Iwamasa і M. Iwasaki виділили наступні підкатегорії духовного аспекту: релігія, внутрішній світ (переживання почуття самотності, переживання цінності життя після перенесених хвороб), віра, альтруїстичне поведіння.

Розглянувши три моделі успішного старіння, уявімо порівняння компонентів багатомірних моделей успішного старіння за Levy B. et. al. Monterino A.M., Silva P., Forte P., Carvalho J. Kampf A., Lynn A.B., що показано в табл. 3.3.

У таблиці 2.3 показано, що фізичний компонент представлений здоров'ям, наявністю фізичних вправ, харчуванням та активною діяльністю. У моделі Kampf A., Lynn A.B. фізичний аспект демонструють дві підкатегорії: уникнення захворювань і підтримка високої пізнавальної та фізичної активності. Вони звертали увагу на важливу роль навколишнього середовища та поведінку для визначення ризиків захворювань в пізньому віці. У моделі Levy B. et. al. фізичний аспект охарактеризовано наступними підкатегоріями: відсутність хронічних захворювань і підтримка здоров'я. Monterino A.M., Silva P., Forte P., Carvalho J. підкреслюють, що важливо враховувати не тільки базові знання та умови для підтримки здоров'я і запобігання хронічних захворювань, а й культурно-специфічну поведінку.

Одним з результатів пошуку шляхів соціальної адаптації осіб похилого віку до деформації вікової структури населення України є концепція «активного старіння», що є пріоритетною з-поміж сучасних політичних концепцій розвинених країн Європи та Світу.

Глумачення демографічних, економічних, соціальних наслідків старіння населення та проблем адаптації до них економіки та суспільства стає досить актуальним серед вітчизняних [204, 311, 335, 362] та закордонних науковців [423, 433, 438]. Розуміння поняття «активного старіння» ввійшло в обіг починаючи з 1990-х років (з моменту його схвалення ВООЗ) та базується на трьох компонентах життєдіяльності старших осіб – задовільному стані здоров'я, зайнятості та

активній багатоаспектній життєвій позиції. Згідно з визначенням ВООЗ, активне старіння є процесом оптимізації можливостей підтримки та покращення здоров'я, участі в соціальному житті, почутті безпеки, що спрямовані на підвищення якості життя у процесі старіння [360].

Таблиця 2.3

Порівняння структурних компонентів в моделях успішного старіння

Компоненти	Моделі		
	Kampf A., Lynn A.B.[424]	Levy B. et. al.[432]	Monterino A.M., Silva P., Forte P., Carvalho J.[442]
Фізичний	Стратегія уникнення захворювань	Здоров'я	Здоров'я
	Підтримка рівня фізичної підготовленості		Фізичні вправи
			Зовнішність
			Активні види діяльності
		Дієта	
Психологічний	Стратегія уникнення хвороб	Позитивні емоції	Позитивні емоції та відносини
			Підтримка незалежності
			Готовність до змін
			Відкритість до нових експериментів
			Відкритість новому досвіду
			Внутрішньоособистісні подолання стресу
Соціальний	Взаємодія із суспільством	Соціальна підтримка	Соціальна підтримка
			Відпочинок та хобі
			Соціальне навчання
			Соціальні ролі

Продовження таблиці 2.3

Когнітивний	Стратегія уникнення хвороб	Нові напрямки навчання	Активне використання розумових здібностей
			Навчання
Духовний	Не розглядається	Внутрішній світ	Релігія
			Внутрішнє сприйняття
			Віра
			Альтруїстична поведінка
Матеріальний	Не розглядається	Не розглядається	Оцінка, визнання
			Оцінка значення грошей
			Фінансова безпека

Аналізуючи такі положення, ми дійшли висновку, що введення цього поняття у науковий обіг та активне розпрацювання концепцій надали змогу людям похилого віку реалізувати власний потенціал для фізичного, соціального, ментального добробуту протягом всього життя, брати участь у суспільній діяльності згідно з потребами та бажаннями. Науковці виділяють три основних складових якості життя в процесі активного старіння – це здоров'я, соціальна інтеграція, зайнятість людей похилого віку. Досягнення об'єктивних та суб'єктивних цілей у цих трьох сферах формує процес «активного старіння».

Саме тому соціальна інтеграція осіб похилого віку як важливий компонент концепції «активного старіння» постає одним з найважливіших завдань сучасної державної політики стосовно людей похилого віку. Особливої гостроти набуває питання у більш похилому віці, на перший план виходить необхідність активної участі в суспільній діяльності – громадській, волонтерській, політичній.

Соціальна інтеграція осіб похилого віку є важливим завданням багатьох міжнародних програмних документів, наприклад Мадридського міжнародного плану дій з проблем

старіння, який позиціонує включення осіб похилого віку в життя суспільства як пріоритетний напрям дій на національному рівні [291]. На важливості соціальної інтеграції та участі людей похилого віку в житті суспільства наголошує Регіональна стратегія з реалізації Мадридського плану в регіоні ЄЕК ООН [278].

Успішною практикою активізації осіб похилого віку у розвинених країнах виявилось створення університетів для «третього віку». В Україні сьогодні реалізуються спроби впровадження університетів третього віку, однак поінформованість населення про їх можливості залишається вкрай низькою. Для нашої країни навчання у «пізньому» віці – явище доволі нове.

Варто зазначити також, що Україна порівняно з іншими країнами Європи характеризується більш стійкими сімейними міжпоколінними зв'язками, тому аспекти забезпечення соціальної інтеграції, на яких наголошується у європейських дослідженнях, в нашій країні виглядають відносно оптимістично [480].

На нашу думку, концепція активного старіння насамперед має за мету трансформувати спрямування політики щодо людей похилого віку від простого забезпечення їх потреб до розширення прав та можливостей. На Європейському просторі також важливим є це питання. Наприклад, низка країн Європи одним із пріоритетних питань соціальної політики визначає турботу про осіб старшого віку. Зазначено, що раніше недостатньо уваги приділялося участі та внеску осіб похилого віку в процес розвитку своєї країни, тому важливою є їх участь у житті суспільства, подолання вікової сегрегації та забезпечення інтеграції осіб похилого віку в суспільство.

Питання здорового старіння та активного довголіття довгий час турбує як національні, так і міжнародні інституції. У концепції активного старіння існує декілька практично значущих особливостей [458]:

- відповідність більш високим потребам та очікуванням старшого населення щодо ефективнішого сприяння зміцненню здоров'я, вдосконаленню медичних і соціальних послуг, включаючи підтримку у питаннях збереження здоров'я;

- право кожного незалежно від віку мати найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я;
- акцент уваги на недоліках якості медичних послуг та чинниках обмеження доступу до них;
- урахування взаємодії заходів забезпечення здорового старіння із стратегіями соціального захисту, спрямованими на запобігання високого ризику бідності серед людей похилого віку;
- розуміння підтримки здорового старіння як внеску кожного пенсіонера у стабільність систем охорони здоров'я та соціального захисту, зокрема, її реалізація, що дасть змогу людям похилого віку залишатися активними, автономними і повністю інтегрованими у суспільство.

Можливості пристосування політики окремих країн у сфері охорони здоров'я до потреб старіючого населення відображені в рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я. Загалом, розглянувши підходи до формування політики у галузі охорони здоров'я стосовно людей похилого віку, можна констатувати, що сучасна політика у цій царині сповідує комплексний підхід та орієнтується на турботу про здоров'я впродовж усього життя людини.

Так, у 2012 р. ВООЗ розроблено рекомендації з модернізації політики здорового старіння для країн Європейського регіону, що викладені в документі «Стратегія та план дій на підтримку здорового старіння в Європі у 2012–2020 рр». Рекомендації 2012 р. є логічним продовженням попередньої спроби (2002 р.) створити документ рекомендаційного характеру щодо реалізації концепції здорового старіння, що був би прийнятним для усіх країн Європи [268].

Рекомендації побудовано за трьома основними (стратегічними) напрямками формування і розвитку політики щодо людей поважного віку у сфері охорони здоров'я, при цьому визначено також більш близькі до практичних дій «втручання» – основні та додаткові.

Перший стратегічний напрям покликаний боротися з доволі актуальною для України проблемою, що полягає у відсутності профілактичного (попереджувального) підходу до власного здоров'я у більшості населення. Сформульований він як

забезпечення здорового старіння шляхом турботи про здоров'я впродовж усього життя. Цей напрям відображає необхідність забезпечення охорони здоров'я та здорового способу життя на всіх етапах життя людини, а також покликаний допомогти населенню засвоїти орієнтовану на власне здоров'я стратегію поведінки на ранніх етапах життя й адаптуватись до пов'язаних з віком змін. Завдання цього напрямку – надавати послуги зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань для забезпечення здорового старіння, приділяючи особливу увагу людям у віці 50 років і старше.

Другий стратегічний напрям полягає у забезпеченні дружнього середовища для людей похилого віку на рівні місцевих громад. Напрямок покликаний сприяти розширенню ролі органів місцевого самоврядування та місцевих неурядових організацій у формуванні та реалізації політики підтримки населення поважного віку. Завданням цього стратегічного напрямку є залучення якомога більшої кількості суб'єктів (об'єднань громадян, місцевих органів влади та працівників соціальної сфери) до процесу розробки політики охорони здоров'я на місцевому рівні, створення більш сприятливих для збереження здоров'я умов життя літніх людей. Проблемним аспектом реалізації цього напрямку в умовах України є низька самостійність регіонів та місцевих громад у прийнятті рішень щодо реалізації соціальних чи інших ініціатив. Традиційно низькою залишається також активність неурядових організацій на місцевому рівні, тоді як їх залучення сприяло б більш цілеспрямованій діяльності з вирішення проблем населення поважного віку.

Третій стратегічний напрям сформульовано як пристосування до потреб старіючого населення системи охорони здоров'я і тривалого догляду за людьми похилого віку

У низці країн громадські неурядові організації відіграють ключову роль у вирішенні проблем старіння, проте для України низький рівень суспільної активності населення є характерною проблемою уже тривалий час. Особливого значення у таких умовах набувають інформаційні методи політики залучення громадян у життя суспільства.

Окрім стратегічних напрямів запропоновано й певні практичні кроки, спрямовані на реалізацію політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням потреб людей старшого віку. До переліку пріоритетних дій входять [268]:

- сприяння фізичній активності літніх осіб; – попередження падінь осіб похилого віку;
- вакцинація літніх осіб та профілактика інфекційних захворювань в установах охорони здоров'я;
- зміцнення потенціалу працівників охорони здоров'я та соціальної сфери у царині геріатрії та геронтології;
- громадська та державна підтримка волонтерського догляду, з особливою увагою до догляду на дому, включаючи самопомогу.

Зазначимо, що сприяння руховій активності людей поважного віку, попередження падінь та підтримка догляду за людьми похилого віку є надзвичайно актуальними для України. Питання рухової активності людей поважного віку не належить до проблем, які є пріоритетними у політиці стосовно людей похилого віку в Україні, проте вона це є однією зі складових активного старіння населення, тож необхідно у майбутньому цьому питанню приділялось значно більше уваги, ніж це зроблено сьогодні.

ВООЗ визначає такі кроки для удосконалення національної політики у цій сфері [78]:

- зміцнення співпраці, поширення обміну досвідом та методами передової практики щодо підвищення рівня фізичної активності серед літніх людей задля сприяння реалізації й оцінки цих заходів;
- запровадження цільових програм на рівні місцевих громад щодо сприяння фізичній активності серед літніх осіб;
- розробка рекомендацій щодо сприяння фізичній активності в усіх типах установ охорони здоров'я та соціальної допомоги, що обслуговують людей похилого віку (з особливою увагою до потреб людей, які ведуть малорухливий спосіб життя), із зосередженням уваги на пропаганді фізичної активності обмеженої інтенсивності (зокрема, ходьби);

– надання підтримки місцевим органам влади у створенні таких середовищ та інфраструктури, що мотивували б фізичну активність людей різного віку (це стосується, зокрема, й транспорту).

Підсумовуючи результати дослідження джерел науково-методичної літератури із актуальних питань активного старіння, слід зауважити високу актуальність цього питання для держави. Адже на період похилого віку припадає зниження соціальної та фізичної активності осіб старшого покоління. Тому, враховуючи компоненти, структуру активного старіння осіб похилого віку, необхідно розробляти, модифікувати, уніфікувати програми активного старіння, які будуть сприяти покращенню якості й подовженню тривалості життя за допомогою засад активного старіння.

2.3. Стратегія державної політики України з питань здорового та активного довголіття населення

Дані літературних джерел свідчать, що в наш час відбувається збільшення населення похилого віку як у світі, так і в Україні [47, 205, 291, 345 та ін.]. Кабачкова А.В. з співавт. (2015) вказують, що за станом на 2013 рік майже кожен п'ятий житель України знаходився у віці старше працездатного, що становить 8,4 млн осіб [171]. У Білорусії спостерігається аналогічна тенденція. Так, Матвейчик Т.В. і співавт. (2016), аналізуючи смертність населення в період 1970-2013 рр., встановили, що за досліджуваний період часу питома частина населення старше 70 років збільшилася в чоловіків з 3,5% до 6,6%, у жінок – з 5,4% до 13,8% [222].

Середня тривалість життя сучасної людини значно вища, ніж у її предків, і це означає, що похилий і старечий вік перетворюється в самостійний і досить тривалий період життя зі своїми соціальними та психологічними особливостями. Ці демографічні зміни спричинюють посилення ролі літніх і старих людей в суспільному, політичному, культурному житті суспільства, зумовлюють необхідність аналізу сутнісних характеристик розвитку людини в цей період життя.

Старіння населення стає державною проблемою практично у всіх країнах, в зв'язку з чим суспільство зацікавлене в

подовженні періоду активності в похилому віці, знаходженні прийнятних і сучасних методик немедикаментозної корекції наростаючих змін в стані здоров'я літніх людей [196].

Для збереження здоров'я і фізичної працездатності осіб похилого віку та підвищення якості їхнього життя велике значення має рухова активність. Підвищення рухової активності сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, підвищенню адаптаційних можливостей організму, зниженню частоти загострень хронічних захворювань і поліпшенню психоемоційної сфери людини, при цьому знижується ризик небажаних наслідків, серед яких зниження когнітивної дисфункції, погіршення психічного здоров'я, мобільності [206].

У всьому світі відзначається явище постаріння населення, яке триває інтенсивними темпами. За даними Державної служби статистики України з 2010 по 2019 рр. частка осіб старше працездатного віку становить 1/6 населення і має тенденцію до зростання (рис. 2.7).

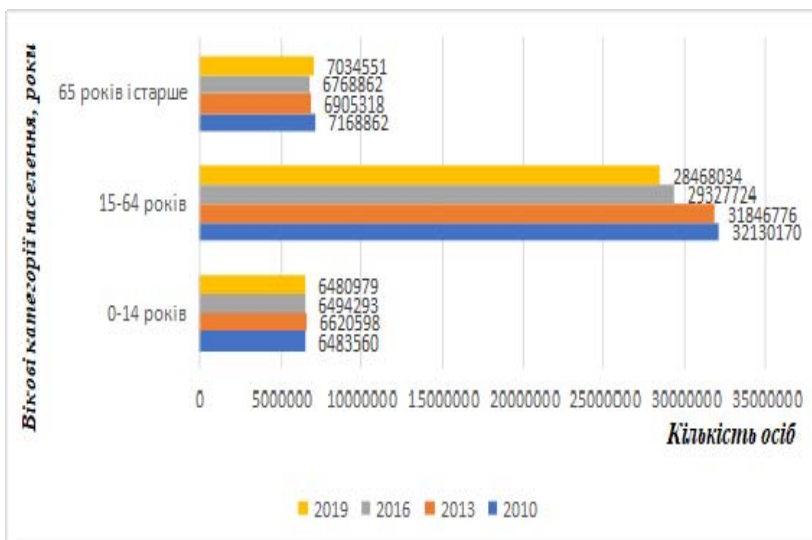


Рис. 2.7. Демографічні дані Державної служби статистики України з 2010 по 2019 рр., кількість осіб

Характерною особливістю осіб похилого віку є уповільнені процеси старіння, які виражаються в інволюційних змінах в конкретних органах і системах організму. Загалом знижується активність неспецифічного і напруженість специфічного імунітету, погіршуються адаптаційні можливості організму до зовнішніх чинників, зокрема до фізичних навантажень, збільшуються періоди впрацювання і відновлення.

За останні десятиліття спостерігається розквіт зацікавленості темою здорового старіння і довголіття. З'явилися нові парадигми, в тому числі поняття «продуктивне старіння», тривалість активного життя, «ефективне старіння» і «успішне старіння». Спочатку ці концепції були значною мірою описовими, але геронтологи почали визначати кількісно здорове старіння, використовуючи методи, які враховують залежність від віку та часу змін захворювання, фізичної і когнітивної функції та інвалідності.

Концепція здорового старіння ВООЗ ґрунтується на поняттях «індивідуальна життєздатність» та «функціональна здатність», що дозволяють співвіднести здоров'я й функціонування людини в похилому віці. Перше з них, «індивідуальна життєздатність», відноситься до сукупності всіх фізичних і психічних здібностей, які людина може використовувати в будь-який момент часу. Однак індивідуальна життєздатність є лише одним з факторів, які будуть визначати можливості дій людини похилого віку. Друге – соціальні умови, в яких живуть люди похилого віку і з якими вони взаємодіють. Ці умови нав'язують різноманітні перешкоди, що, як наслідок, визначають, чи зможе людина з визначеним рівнем індивідуальної життєздатності робити те, що вважає важливим. Ґрунтуючись на цих двох поняттях, здорове старіння визначається як процес розвитку і підтримки функціональної здатності, що забезпечує добробут в похилому віці [486].

Погіршення стану здоров'я населення України призводить до зниження якісних і кількісних характеристик людського потенціалу держави, зумовлює зростання навантаження на сфери медичної та соціальної допомоги, зниження добробуту громадян та негативний вплив на економіку країни в цілому. У доповіді Генерального секретаря ООН на 42-й сесії Комісії з

народонаселення і розвитку ООН зазначено, що старіння може забезпечити додаткове й постійне збільшення доходу на душу населення, економічне зростання за умови, що обсяг інвестицій у сектор охорони здоров'я збільшуватиметься. Однак відповідні результати будуть залежати від створення необхідних інститутів, взяття на озброєння стратегій, які сприяють накопиченню людського і фізичного капіталу. Тому на державному рівні потрібно вжити радикальних заходів не лише щодо стимулювання народжуваності, а й щодо збільшення тривалості життя, підвищення показників здоров'я населення, що знизить рівень фізичного та морального зношування національного людського капіталу. Капіталовкладення у зміцнення здоров'я населення України з огляду на його старіння мають велике значення з кількох причин [322]:

1. Стан здоров'я зумовлює можливості і термін ефективного використання набутого людського капіталу, а також одержання доходів та економічного зростання. Погіршення показників здоров'я призводить до зниження продуктивності праці та трудового потенціалу населення України, а їх поліпшення може позитивно вплинути на економічну активність. Проведені нещодавно дослідження доводять, що один додатковий рік очікуваного життя збільшує ВВП на душу населення на 4%. Однак така взаємозалежність спостерігається не в усіх країнах – вищими показники здоров'я будуть у країнах з ефективною економічною політикою та державним управлінням.

2. Стан фізичного і психічного здоров'я людей визначає можливості здобуття освіти та професійної підготовки, міграції тощо, тобто ефективність інших видів інвестицій у людський капітал. Чим більша тривалість життя, тим більш привабливими є інвестиції в освіту.

3. Здоров'я людей як носіїв певної генетичної інформації зумовлює якість людського капіталу наступного покоління.

Здебільшого довготривалий догляд в Україні, як і в інших країнах колишнього СРСР, забезпечується на базі лікарняних установ, будинків-інтернатів або неформально – членами сім'ї людей похилого віку. Водночас наявність і використання послуг установ інтернатного типу в більшості країн досить обмежені. «Еталоном геріатричної допомоги» названі відділення

інтегрованої допомоги вдома. Ефективні профілактичні медичні послуги, які надаються за місцем проживання, здатні значно знизити потреби людей похилого віку у госпіталізації та інституалізації [222].

У сучасному суспільстві поки не створені економічні та правові передумови для належної соціальної підтримки осіб похилого віку. Пріоритетними завданнями є впровадження ринкових механізмів функціонування системи медико-соціальних послуг, диверсифікація форм їх надання на основі активного залучення недержавного сектору, розроблення механізмів підтримки традиційної ролі сім'ї, в тому числі матеріальної і соціальної підтримки родинам, які здійснюють догляд за людьми похилого віку [208].

Глобальний процес старіння населення світу значною мірою зумовлений успіхами медицини, зростаючою соціальною спрямованістю охорони здоров'я. Хороший стан здоров'я та запобігання захворюваності впродовж усього життя є важливою передумовою для збереження здоров'я у похилому віці, підвищення добробуту, тому має велике економічне і суспільне значення. З огляду на вищезазначене, в Україні важливим невідкладним завданням є поліпшення стану здоров'я дорослого населення та усунення причин захворюваності й смертності серед осіб віком від 25 до 45 років. Водночас уже зараз значна частка державних видатків на охорону здоров'я має спрямовуватися на профілактику захворювань і пропаганду змін способу життя, які забезпечують поліпшення здоров'я. Розвиток системи надання високоякісних доступних послуг довготермінового догляду є ключовою проблемою для суспільства, що швидко старіє [322].

В Україні стратегію довготривалого догляду за людьми похилого віку необхідно будувати так, щоб вона насамперед передбачала догляд вдома із залученням осіб, які здійснюють догляд на неформальній основі, на протигагу надання послуг на базі закладів інтернатного типу [178]. Це передусім зумовлено потребами, які виникатимуть у процесі збільшення серед старшого населення частки осіб, не здатних обслуговувати себе самостійно, а також процесами, які відбуваються у сфері догляду за людьми похилого віку в країнах ЄС.

Необхідне подальше теоретичне осмислення демографічного процесу старіння населення України з урахуванням його впливу на систему охорони здоров'я, планування перетворень, зокрема, щодо раціоналізації бюджетних видатків та розвитку послуг з довготермінового догляду.

За результатами аналізу літератури можна виокремити чотири основні напрямки діяльності в Європі щодо забезпечення здорового старіння.

По-перше, назріло питання приведення систем охорони здоров'я країн у відповідність з реальними потребами людей похилого віку. Медична допомога, що враховує багатопланові вимоги похилого віку комплексно, виявляється ефективнішою, ніж послуги, які просто реагують на конкретні хвороби незалежно один від одного [255].

Сприяння здоровому старінню полягає не в тому, щоб зорієнтувати на медичні послуги. Навпаки, необхідно створити такі умови у системі охорони здоров'я, які можуть забезпечити ведення здорового способу життя людей похилого віку. Такі системи показали кращі результати для старших людей і не є дорожчими, ніж традиційні медикаментозні послуги. Незважаючи на те, що ці системи будуть мати загальний міжсекторальний акцент на створенні й підтримці функціональної спроможності населення похилого віку, головним внеском служб охорони здоров'я в досягненні цього результату буде доведення до максимуму індивідуальної життєздатності.

По-друге, необхідне створення служб, які надають сконцентровану комплексну допомогу людям похилого віку. Така допомога має здійснювати інтеграцію між рівнями і службами, а також між медичною та соціальною допомогою. Ключові дії, які допоможуть досягти цього, передбачають [49]:

- забезпечення отримання людьми похилого віку повної диспансеризації та загальної для всіх допомоги, орієнтованої на оптимізацію їх життєздатності;

- створення служб, розташованих якомога ближче до місць проживання людей похилого віку, включаючи надання послуг на дому, а також надання допомоги в місцевому співтоваристві;

– надання підтримки людям похилого віку в самозабезпеченні за допомогою підтримки з боку однолітків, навчання, інформування та консультування;

– забезпечення наявності медичної продукції, вакцин і технологій, необхідних для оптимізації їх індивідуальної життєздатності.

По-третє, необхідно розробити системи для надання довгострокової медико-соціальної допомоги. Важливо відзначити, що за довгострокову допомогу відповідає не тільки уряд. Навпаки, системи довгострокової допомоги повинні бути засновані на чітких партнерських зв'язках з сім'ями, спільнотами, іншими провайдерами допомоги приватним секторам і відображати проблеми й перспективи всіх зацікавлених сторін [320].

По-четверте, сьогодні дуже активно обговорюється створення зовнішніх умов, різними способами сприятливих для осіб похилого віку [237]. До таких способів відносяться заходи зменшення ризиків для здоров'я (наприклад, високі рівні забруднення повітря, високі показники злочинності або небезпечного дорожнього руху), заохочення здорового способу життя (наприклад, рухової активності), надання ортопедичної техніки, забезпечення доступного громадського транспорту або формування більш безпечного оточення тощо.

Питання ролі осіб похилого віку в соціально-економічному розвитку країн, їхньої участі в усіх аспектах життя суспільства стало визначальною складовою Мадридського міжнародного плану дій щодо проблем старіння. Цей важливий документ визначає стратегію дій, покликаних перетворити старіння із загрози розвитку суспільства на його рушійну силу. Метою цього плану проголошено перехід від «старіючого суспільства» до «суспільства для людей усіх вікових груп». Основними складовими Мадридського плану є рекомендації для формування політики відносно літніх осіб, покликані допомогти окремим державам створити власні програми трансформації політики в умовах старіння населення. Рекомендації не є універсальними, Мадридський план – це насамперед глобальна рамкова стратегія, за якою держави зобов'язались узгоджувати свої напрями роботи та дії на національному рівні [291]. Вибір і

реалізація цих дій суттєво залежать від можливостей конкретної країни. Пріоритетними складовими Мадридського міжнародного плану дій щодо проблем старіння на рівні окремих країн є такі: люди похилого віку в старіючому суспільстві; здоров'я та добробут у поважному віці; середовище підтримки розвитку літньої людини.

11 січня 2018 року український уряд затвердив Стратегію державної політики з питань здорового і активного довголіття населення на період до 2022 року [302]. Цю Стратегію розроблено для реалізації Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом щодо забезпечення створення сприятливих умов для здорового старіння й активного довголіття, адаптації суспільних інститутів до подальшого демографічного старіння і розбудови суспільства, надання рівних можливостей різним верстам населення. Мета стратегії полягає у створенні сприятливих умов для здорового і активного довголіття, забезпечення адаптації громадських інститутів до подальшого демографічного старіння і розбудови суспільства рівних можливостей.

Потрібно зауважити, що в площині сучасного українського суспільства проблема старіння населення є не менш актуальною, ніж у світовому контексті. Україна сьогодні активно долучається до пошуків шляхів розв'язання цієї проблеми. Як відповідь на виклик, пов'язаний із проблемою старіння суспільства та демографічних змін в Україні, сформульована «Стратегія національного плану дій з питань старіння до 2022 року», де пріоритетними завданнями визначено [302].

1. Поліпшення умов для самореалізації й участі в процесах розвитку суспільства громадян старшого віку.

2. Забезпечення здоров'я й благополуччя громадян похилого віку.

3. Створення середовища, сприятливого для активного життя осіб похилого віку.

4. Створення системи захисту прав людей похилого віку.

Згідно з Стратегією Національного плану дій з питань старіння забезпечення здоров'я та благополуччя осіб похилого віку планується реалізувати за такими напрямками [302]:

- заохочення до здорового способу життя осіб різних груп населення як передумови активного старіння та довголіття, в тому числі сприяння руховій активності осіб старшого віку;
- підвищення обізнаності суспільства в питаннях здорового старіння та активного довголіття, якості життя, особливо у похилому віці, профілактики захворювань та надання геріатричної допомоги;
- визначення та оцінювання потреб осіб похилого віку в різних видах геріатричної допомоги;
- спрямування системи охорони здоров'я і соціального захисту населення на підтримку індивідуальної життєздатності та незалежності осіб похилого віку, профілактику захворювань, надання послуг із раннього виявлення захворювань та запобігання передчасній смертності;
- забезпечення загального доступу осіб похилого віку до послуг із профілактики передчасного старіння, негативних емоційних та когнітивних змін, втрати здатності до самообслуговування.

Відомий соціолог Е. Гіденс вважає, що проблеми старіючих націй можна вирішувати за рахунок піклування про молодь: «основна причина старіння суспільства полягає не в тому, що люди живуть довше. Це справді так, але вирішальним є низький рівень народжуваності. Держава повинна стимулювати народжуваність і стежити за тим, щоб соціальна політика держави відповідала формам державної соціальності, які адекватні вимогам часу» [108].

Основними державними заходами соціальної підтримки осіб похилого віку, на думку Суровцевої І.Ю. [304], є:

- заохочення та підвищення працездатності людей похилого віку, наприклад, поліпшення охорони здоров'я на робочому місці й забезпечення більш гнучких умов праці та виходу на пенсію;
- надання людям похилого віку можливості ділитися та розвивати свої знання і навички; залишатися соціально зацікавленими через консультування, добровільну діяльність;
- надання можливостей для навчання протягом усього життя (курси з розвитку ІТ-навичок, культурні заходи,

наприклад, фестивалі пісні чи музичні групи);

- розробка та впровадження послуг (наприклад, транспорту, житла, охорони здоров'я), які чутливі до потреб людей похилого віку і надають їм можливість стати більш політично активними;

- вирішення ізоляції через візити додому та організацію конкретної діяльності у віддалених районах і надання доступних послуг;

- розвиток медичних, соціальних та освітніх послуг з урахуванням індивідуальних здібностей, культури;

- проведення заходів підтримки здоров'я (наприклад, курсів фізичного виховання), які спеціально розроблені для потреб цієї цільової групи, забезпечення доступності, близькості, вартості таких послуг тощо;

- надання підтримки та порад «опікунам» значно старших або непрацездатних членів сім'ї.

Дослідження активного старіння показує, що цей дискурс піднявся на значні риторичні позиції в європейських політичних програмах, але, на жаль, йому було надано дуже мало ресурсів за межами ринку праці та збільшення пенсійного віку.

Протягом десятиліть багато говориться про нову парадигму старіння, яка формує інноваційний погляд на тему віку і способи продовження творчої життєздатності. Це поняття є досить широким, але можна виділити основні риси нової парадигми старіння [487]:

- 1) активне довголіття, нерідко асоціюється з трудовою зайнятістю після досягнення пенсійного віку, що є своєрідною психологічною межею старості;

- 2) соціальна залученість, тобто участь людей «третього віку» в освітніх, культурних й інших заходах, що дозволяють урізноманітнити та актуалізувати репертуар соціальних ролей з урахуванням нового статусу, а також формування на цій основі позитивного ставлення до змін, які відбуваються в організмі та соціальному оточенні;

- 3) підвищена увага до власного здоров'я, безпрецедентне посилення превентивного компоненту в його збереженні, контроль життєвоважливих показників: кількості фізичних

навантажень, артеріального тиску, рівня цукру й холестерину в крові, відмова від шкідливих звичок;

4) орієнтація на формування гедоністичних засад, усвідомлення цінності власних потреб, що будуть задовільнятися за допомогою активного довголіття. Як правило, це пов'язано зі зміною ролі людей похилого віку в сім'ї, зниженням значущості їх участі в соціалізації онуків, зменшенням підтримки своїх старших дітей чи онуків;

5) зміна соціальних пріоритетів щодо осіб похилого віку, відмова від ейджизму, дискримінації, звичних образів і стереотипів. На знак визнання важливості цих процесів рішенням Європарламенту 2012 рік було оголошено «Роком активного старіння та солідарності поколінь».

За визначенням ВООЗ, «Активне старіння – це процес оптимізації можливостей для забезпечення здоров'я, участі в житті суспільства і захищеності людини з метою поліпшення якості її життя в процесі старіння [486]. Активне старіння дозволяє людям реалізовувати свій потенціал фізичного, соціального та психічного благополуччя протягом усього життя, брати участь в житті суспільства, забезпечуючи їм належний захист, безпеку, догляд, коли вони цього потребують». Це визначення тісно асоціюється з благополуччям людей старшого віку.

За підсумками аналізу літератури можна зробити висновок, що процес активного старіння формують різні чинники. З одного боку, існують біологічні передумови, які частково зумовлюють хороший стан здоров'я протягом життя. З іншого боку, значними факторами, що впливають на здоров'я і благополуччя, є соціальні умови, спосіб життя [351].

Основою для систематизації біологічних чинників активного старіння слугували виокремлені та узагальнені у наявній вітчизняній та зарубіжній науковій літературі компоненти з доповненнями автора та запозичені з інших класифікацій [352, 464]:

1. Потреба у руховій активності. При реалізації цієї потреби у осіб похилого віку сповільнюються процеси старіння організму; задовольняється фізіологічна норма у руховій

активності (згідно досліджень ВООЗ люди старше 65 років мають дотримуватися помірного тижневого фізичного навантаження у кількості 150 хвилин з врахуванням щоденних домашніх справ (миття посуду, прибирання тощо); підвищується рівень якості життя; зменшується ризик інфекційних захворювань; покращується діяльність імунної системи організму [78].

2. Нормальне функціонування організму людини через призму рухової активності. Підвищуються, пролонгуються активний стан, фізична і розумова працездатність; оптимізується регуляція всіх систем та органів організму людини; поліпшується обмін речовин, доставка й використання кисню органами і тканинами, знижується вміст холестерину, атерогенних ліпідів, що викликають розвиток атеросклерозу; ефективніше виводяться з організму продукти розпаду, спостерігається економізація діяльності дихальної, серцево-судинної, енергетичної, теплообмінної та інших функцій; психологічне розвантаження [335].

3. Затримка процесів старіння. Наявність уповільнення темпів старіння та знижених значень біологічного віку вказує на активацію процесу вітаукту за умов збереження високої рухової активності.

4. Підвищення опірності організму до несприятливих впливів. Рухова активність виступає для осіб похилого віку своєрідним «адаптогеном», який має загальнотонізуючу дію на всі функції та системи організму; підвищення розумової і фізичної працездатності; зменшення втоми; підвищення стійкості організму до впливу шкідливих чинників.

Значну роль в активному й здоровому старінні, на нашу думку, відіграють соціальні чинники, завдяки яким вдається досягти таких результатів: уникнення соціальної деградації; залучення до суспільного життя; відчуття у особистій потребі суспільства загалом; спілкування із однодумцями; уникнення самотності; комунікація та взаємодія поколінь. Крім того, фізичне і психічне благополуччя формується самосприйняттям і сприйняттям певних ознак старіння людей похилого віку. Важливе питання, на яке необхідно відповісти в контексті досліджуваного матеріалу, полягає у відмінності між

відповідальністю індивідуума й відповідальністю суспільства. Тут потрібно розглядати відповідальність індивідуума за управлінням індивідуальним процесом старіння, а також стимулювати держави-члени ЄЕК ООН до формування відповідних політичних, правових і громадських структур, при яких у людей більше можливостей для активного старіння.

Створення підґрунтя для активного старіння починається з раннього віку і триває протягом усього життя. Тому профілактичні заходи –раціональні інвестиції в здоров'я поступово старіючих суспільств – є вимогою сьогодення. Сприяння реалізації профілактичних заходів та послуг оздоровчо-рекреаційної діяльності відіграє важливу роль в забезпеченні здорового старіння громадян.

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність передбачає активний відпочинок, відновлення сил людини, витрачених в процесі праці, і приносить задоволення та благополуччя. Водночас фізична рекреація відноситься до тієї сфери діяльності, в якій повинні бути інформовані і фахівець, і кожна окрема людина. На формування в людини звички систематичних занять руховою діяльністю впливають як сприятливі, так і несприятливі соціальні фактори [209].

До сприятливих факторів належать [50]:

- раціональний добовий режим;
- правильне чергування праці й відпочинку, фізичної і розумової діяльності;
- різноманітність використовуваних засобів і форм фізичного виховання;
- співвідношення навколишнього середовища та гігієнічних нормативів, наявність гігієнічних навичок, активний спосіб життя сім'ї.

Несприятливі чинники включають:

- порушення режиму дня;
- зневажливе ставлення до занять руховою активністю і відсутність або незадовільні умови для правильної організації активного дозвілля;
- наявність шкідливих звичок, поганий психологічний клімат в родині;

– несприятливі кліматичні умови.

У практичній роботі можна виділити, на думку А.С. Смородинова і В.І. Смородиної [297], такі напрямки активного старіння:

– гігієнічний – передбачає використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для відновлення працездатності й зміцнення здоров'я;

– оздоровчо-рекреаційний – зумовлює використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності під час дозвілля, у вихідні дні з метою відновлення функцій організму та профілактики перевтоми;

– загально-підготовчий – забезпечує всебічну фізичну підготовленість і її підтримку протягом тривалого періоду на рівні вимог і норм будь-якої системи тестів, уповільнення процесів старіння;

– лікувальний – полягає в використанні фізичних вправ, які виконуються не лише з профілактичною, а й із лікувальною метою у схемі заходів із відновлення здоров'я.

У рамках активного старіння для осіб похилого віку важливу роль відіграє оздоровчо-рекреаційна рухова активність. Проте найбільш раціональним є залучення цієї осіб цієї вікової групи через виховання здорового способу та стилю життя. При цьому особливе значення повинно відводитися створенню відповідних умов, матеріально-технічної бази та бажання самих осіб похилого віку.

З метою формування, відновлення, зміцнення і збереження здоров'я осіб третього віку потрібно рекомендувати їм проводити активний відпочинок в санаторно-курортних умовах та місцях, призначених для рекреаційних заходів. У цих випадках Жеребін В.М. і Романов А.І. Зязіна [158] рекомендують враховувати рекреаційну екологічну оцінку регіону як сукупність об'єктів культурної та природної спадщини. За систему оцінок автори взяли параметри, які використовуються в системі світової рекреаційної практики, засновані на спеціалізації території як:

- аквацентру (наявності водних об'єктів);
- гірсько-лижного центру;
- активно-оздоровчого центру;
- курортного центру;
- культурно-історичного центру;
- мисливсько-рибальського центру;
- приморського центру;
- розважального центру;
- спортивно-туристичного центру;
- фестивально-конгресного центру;
- екологічного центру.

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у похилому віці – це своєрідна поведінка, яка задовольняє потреби людей в зміні виду діяльності, в активному відпочинку, в неформальному спілкуванні під час занять фізичними вправами.

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність, як вважають А.С. Смородінов, В.І. Смородинова [297], має великий теоретичний і практичний інтерес. Вона характеризується психофізіологічними змінами організму людини при переключенні на активні види діяльності. Широкому поширенню цього виду діяльності сприяє повна свобода вибору, змісту і тривалості занять, часу і місця їх проведення. Щодо вільного вибору форми занять, то оздоровчо-рекреаційні види рухової активності дають змогу вирішувати переважно оздоровчі завдання, допомагають раціонально використовувати вільний час, підвищують працездатність, допомагають боротися з несприятливими умовами. Вільний вибір різних форм і засобів ОРПА виховує бажання регулярно займатися фізичними вправами і частіше спілкуватися з природою.

Самостійні, регулярні і правильно дозовані види ОРПА розширюють функціональні та адаптаційні можливості серцево-судинної, дихальної, нервово-м'язової та інших систем, зумовлюють підвищення рівня окислювально-відновних процесів, чинять оздоровчу і тренувальну дію, що підвищує працездатність людини похилого віку. До основ оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку для відновлення їх здоров'я зараховуємо такі положення [326]:

1) побудова комплексної програми фізичної рекреації для формування, відновлення, зміцнення і збереження здоров'я на всіх рівнях життя з урахуванням статі, віку, фізичної підготовленості, інших умов і обставин;

2) розробка рекреаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людей третього віку, їх соціального і професійного становища;

3) спільна творча діяльність громадських організацій, комунальних підприємств, медичного персоналу, палаців культури, адміністрації міста. Причому провідна роль в цій справі відводиться особам похилого віку, їх ініціативам;

4) використання сучасних методів оздоровчих технологій, адекватних для кожного пенсіонера.

В процесі організації оздоровчо-рекреаційних заходів для осіб похилого віку необхідно враховувати [319]:

1) безперервність проведених заходів;

2) комплексний поетапний підхід, адекватний фізичному і психічному стану кожного з них;

3) безперервний зв'язок, єдність оздоровчо-рекреаційних і реабілітаційних заходів з вторинною профілактикою захворювань;

4) соціальну спрямованість оздоровчо-рекреаційних заходів та проведення методів лікарського контролю й самоконтролю;

5) застосовуються оптимальні засоби ОРПА, до яких відносяться: немедикаментозна корекція, фізичні вправи, рухові режими, природні фактори природи, масаж, механотерапія, трудотерапія, фізіотерапевтичний і психотерапевтичний вплив, фітотерапія, дієтотерапія, але при дотриманні лікувального і рухового режимів. Не применшуючи значущості кожного з застосовуваних засобів, все ж одними з основних можна вважати фізичні вправи і рухові режими;

6) призначення форм занять фізичними вправами, серед яких необхідно виділити: ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, вечірню гімнастику, дозовану оздоровчу ходьбу, теренкур, тренувальну ходьбу по східцях, оздоровчий біг, заняття на стежці здоров'я, дозоване плавання, веслування, ходьбу на лижах, їзду на велосипеді, прогулянки, екскурсії, туризм, похід в ліс чи інші мальовничі місця тощо;

7) використання зазначених форм занять можна проводити індивідуальним, малогруповим (4-6 чол.) і груповим (12-15 чол.) методами.

Як бачимо, однією з основних умов, що забезпечують здоров'я людини, є її раціональна рухова активність з проведенням лікарсько-педагогічного спостереження і контролю. Рухові дії є потужними факторами, що підвищують адаптаційні можливості організму, розширюють його функціональні резерви.

Природно, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність є новим напрямком у сфері формування, відновлення, зміцнення і збереження здоров'я людини.

В наш час проблема оздоровчо-рекреаційної рухової активності та здоров'я людини, в тому числі і пенсіонера, потребує подальшого вивчення і розпрацювання, адже захворюваність населення в Україні та в країнах СНД є високою і з кожним роком збільшується, тому це питання стало не тільки медичною, але і соціальною проблемою. У більшості з літніх людей виявлені серйозні патологічні процеси, інші негативні тенденції, пов'язані з тим, що не приділяється увага організації здорового способу життя і усвідомленого оздоровчого підходу до рекреаційних заходів, спрямованих на формування, відновлення, зміцнення і збереження здоров'я.

Отже, у осіб похилого віку у процесі життєдіяльності необхідно:

- розвинути валеологічну грамотність і об'єктивну оцінку її ролі в житті суспільства;
- сприяти саморозвитку особистості в системі фізичної культури і спорту;
- сформувати правильне ставлення до потреб суспільства, до проблем валеологічного виховання, вміння вирішувати їх засобами ОРРА, а також іншими засобами фізичної культури і спорту;
- усунути дефіцит рухової активності.

Водночас вагомим потенціалом допомоги володіють знання із галузі наукових досліджень, що відображають основні аспекти оздоровчо-рекреаційної рухової активності [201]:

- біологічний: який вплив ОРРА надає на оптимізацію стану організму осіб похилого віку;
- соціальний: якою мірою ОРРА сприяє інтеграції осіб третього віку в окрему соціальну групу, як в процесі взаємодії відбувається обмін соціальним досвідом;
- психологічний: які мотиви лежать в основі рекреаційної діяльності, які психічні новоутворення виникають у пенсіонерів в результаті рухової активності;
- освітньо-виховний: який вплив ОРРА здійснює на формування особистості в її фізичному, інтелектуальному, моральному та творчому розвитку;
- культурно-аксіологічний: які культурні цінності засвоюють особи третього віку в процесі оздоровчо-рекреаційної діяльності, наскільки така діяльність сприяє створенню нових особистісно-суспільних цінностей;
- економічний: як організовується оздоровчо-рекреаційна рухова активність, які кошти використовуються, і хто її організовує.

Боротьба проти старіння і стримування процесів інволюції також є одним із завдань оздоровчо-рекреаційної рухової активності, адже вона активізує діяльність організму, сприяє не тільки збереженню біологічних функцій, але і їх вдосконаленню, що веде до помітного зниження темпів інволюції. Ця проблема вирішується людьми похилого та старшого віку як індивідуально, на основі власної непрофесійної фізкультурної освіти, так і в групах здоров'я, фізкультурно-оздоровчих центрах [171].

У похилому віці відбуваються незворотні зміни в системах і органах людського організму, так зване старіння. Знижуються показники швидкості і точності рухових дій, менш досконалою стає координація рухів, поступово зменшується їх амплітуда.

Людина поступово починає менше рухатися, знижується її фізична активність, вона стає менш здатною до фізичних навантажень, починає важко сприймати і переносити їх. Інволюційні зміни, їх темп та інтенсивність значною мірою визначаються характером рухової активності людини похилого віку та способом її життя в юному, молодому і зрілому віці [177].

Очевидно, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність в похилому віці має яскраво виражений рекреаційний характер, головна мета якої – оптимізація фізичного стану організму людини, актуалізація його внутрішніх резервних можливостей. Тому заняття фізичними вправами людей похилого віку в першу чергу мають оздоровчо-відновальну і профілактичну спрямованість [180].

Деякі види ОРПА супроводжують отримання великого задоволення від рухової діяльності. Передусім це пов'язано з різними іграми (з м'ячем, шайбою, воланом, кулями тощо). Високий рівень емоційності, властивий їм, є великим стимулом для занять фізичними вправами. Такі ігри проводяться стихійно, самостійно, з ініціативи самих гравців або в групах, секціях, командах [182].

Одне з головних завдань оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб третього віку – стримування старіння, процесів інволюції в організмі, створення основи для нормальної, активної за віком діяльності людини [384].

ОРПА людей похилого віку здійснюється за різних організаційних формах рекреаційних занять: колективних (групи здоров'я, клуби любителів бігу, центри здоров'я при парках і спортивних спорудах) і самостійних (індивідуальні). На думку більшості дослідників, кращою формою організації рекреаційних занять є групи здоров'я, де заняття проводяться кваліфікованими інструкторами-методистами, які мають спеціальну освіту за спеціально розробленими програмами [195].

Займаючись ОРПА в групі здоров'я, особи похилого віку не відчувають себе слабкими чи безпорадними, навпаки, у них підвищується самооцінка, поліпшується самопочуття і настрої, але основне – під час занять в групі у літніх людей з'являються мотиви до досягнення успіху. У процесі роботи в групі серед своїх однолітків у людини виявляється інтерес до занять, з'являється стимул, мета. Особа займається вже не просто для зміцнення власного здоров'я і уповільнення процесу старіння, вона починає займатися для того, щоб стати кращою не обов'язково від будь-кого з групи, а кращою від самої.

Для людей похилого віку дуже важливо зберегти і проявляти доброзичливість, позитивні емоції, «тримати себе в руках», не піддаючись песимізму і перепадам настрою, які виникають через недуги, часткову втрату спілкування, незадоволеність життям. Необхідно оберігати родинні зв'язки, друзів, колег, підтримувати спілкування, боротися з почуттям самотності, відчуженості. У вирішенні багатьох з цих проблем велике значення має оздоровчо-рекреаційна рухова активність, оскільки пов'язана з позитивними емоціями, з отриманням задоволення від рухів, зі спілкуванням, з радістю буття попри всі труднощі й проблеми. Це не передбачає розв'язання окреслених проблем повною мірою, але допомагає значно знизити їх негативний вплив на людину похилого віку, не замикаючись в собі, на своїх проблемах і неприємностях [209].

Важливе значення для людей похилого віку має їхній рівень «неспеціальної фізкультурної освіти», тобто вдосконалення фізичних здібностей, рухових навичок як побутових (ходьба, біг, плавання), так і складніших (їзда на велосипеді, веслування тощо), знання елементарних, найпростіших основ теорії і методики оздоровчої фізичної культури, гігієни, режиму праці, харчування, відпочинку [219].

Рухова діяльність, важка побутова праця (прибирання снігу, заготівля дров, робота на городі, в саду) мають найважливіше значення для збереження і зміцнення здоров'я та боротьби зі старінням. Фізичні вправи і рухова діяльність загалом позитивно впливають на психіку, на всі вегетативні функції – дихальну систему, травлення, серцево-судинну і видільну системи, залози внутрішньої секреції. Вони створюють основу для здорового способу життя, допомагають боротися з шкідливими звичками, збільшують здатність організму чинити опір втомі і хворобам [223].

Драматизм старості полягає в тому, що бажання зберігатися, а можливості згасають, тому не можна захоплюватися, переоцінювати свої можливості, бо це веде часом до трагічних наслідків (інсульт, інфаркти, розриви м'язів і зв'язок, переломи). Фізичні вправи та будь-які види рухової діяльності рекомендують поєднувати із загартуванням (душ, ванна, купання), масажем, тепловими процедурами (сауна,

лазня). Активне заняття людей похилого віку фізичними вправами потребує постійного лікарського контролю і самоконтролю для грамотного, свідомого ставлення до стану власного здоров'я [242].

На підставі проведеного аналізу можемо визначити позитивні та негативні наслідки цього явища. По-перше, старіння населення є успішним, оскільки це свідчить про значне поліпшення умов життя та охорони здоров'я у нашій державі. По-друге, це явище продукує інновацію нових потреб, які суспільство ще не в змозі виконати, наприклад, орієнтація на здорове старіння населення через залучення до рухової активності осіб похилого віку.

Зважаючи на демографічний склад населення, необхідно усвідомлювати цю зміну, щоб максимально використати всі можливості та протидіяти негативним наслідкам старіння. Тому необхідно розробляти концепції залучення старших людей до рухової активності, що будуть уповільнювати темпи старіння, підтримувати рівень здоров'я людей похилого віку та сприяти їх кращій соціалізації у новому статусі «пенсіонер».

Отже, як свідчать дані науково-методичної літератури, стратегія державної політики України стосовно питань активного старіння має фрагментальний характер; процес активного старіння формують різні чинники. Незважаючи на значну кількість наукових досліджень геронтологів, соціологів, педагогів, медиків стосовно питань активного старіння осіб похилого віку, у спеціальній літературі без достатньої уваги залишаються питання, пов'язані з активним старінням із використанням оздоровчої рухової активності.

Висновки до розділу 3

У розділі висвітлюється теоретичний базис активного старіння, що існує в науковому диспуті і ще не отримала активного застосування серед дослідників сфери фізичної культури і спорту. Всебічний аналіз наукової, науково-методичної, нормативно-правової бази вітчизняного та закордонного походження дає підстави стверджувати, що проблеми активного старіння стали предметом низки наукових

положень. Узагальнюючи теоретичне тлумачення понять, що стосуються старіння, тривалості та якості життя, оздоровчої рухової активності, нами доповнено поняття «активне старіння» – це можливість реалізації потенціалу фізичного, психічного та соціального благополуччя у похилому віці, із активним використанням оздоровчо-рекреаційної рухової активності задля подовження тривалості та якості активного довголіття.

Розглядаючи активне старіння в сучасному просторі, особливу увагу привертає той факт, що компонентами активного старіння є працевлаштування, участь у соціальному житті, самостійне здорове та безпечне життя, сприятливе середовище для активного віку. Ми погоджуємося із думкою науковців стосовно того, що саме актуалізуючи увагу осіб похилого віку на соціальній значущості кожного індивіда (навіть у старшому віці), усвідомленні свого стану здоров'я та можливостей його корекції за допомогою рухової активності, можна суттєво впливати на якість та тривалість життя осіб похилого віку, сприяти активному довголіттю.

Визначено, що структуру активного старіння, згідно з даними ВООЗ, формують залученість до ринку праці, соціальна інтеграція та рівень здоров'я. З-поміж структурних компонентів в моделях успішного старіння виокремлюють фізичний, психологічний, соціальний, когнітивний, духовний та матеріальний компоненти. Серед компонентів успішного та активного старіння спільним фактором, який буде формувати компонент успішно-активного старіння, на нашу думку, є рухова активність. Саме рухова активність може слугувати для розвитку кожного із розглянутих компонентів. Зауважимо, що концепція здорового старіння ВООЗ ґрунтується на поняттях «індивідуальна життєздатність» і «функціональна здатність», що дозволяють зіставити функціонування і здоров'я людини в похилому віці.

Узагальнюючи стратегію державної політики з питань здоров'я активного довголіття, ми дійшли висновку, що державою прийнято виклик стосовно-демографічного зростання

осіб похилого віку. Розпрацьовується низка нормативно-правових положень для популяризації ідеї активного старіння. Однак відсутність здорового способу життя та низький рівень рухової активності обумовлюють різко прискорений темп старіння, характерний для людей усіх вікових груп, що відображає загальну тенденцію погіршення якості життя, рівня здоров'я, низький рівень фізичної підготовленості громадян у нашій країні, визначає завдання профілактики передчасного старіння як одне зі стратегічних. Натомість наявні напрацювання авторів потребують наукового розвитку щодо залучень до активного старіння осіб похилого віку з їхньою орієнтацією на оздоровчо-рекреаційну рухову активність.

РОЗДІЛ 3

МАРКЕРИ ТРИВАЛОСТІ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

У процесі організації педагогічного експерименту дисертаційного дослідження провідна роль належить педагогічному контролю. Постановка завдань первинного педагогічного контролю базувалася на комплектації груп, які були однорідними за віком, статтю, функціональними можливостями, рівнем фізичної підготовленості, мотивами, інтересами; підбором, розробкою і конкретизацією програм занять відповідно до індивідуальних особливостей осіб похилого віку. Таке дослідження передбачало оцінку якості життя та задоволеності ним, визначення темпів старіння, показників фізичного та психічного розвитку, захворюваності, функціонального стану, рівня рухової активності та структури вільного часу, відсутність у респондентів професійної діяльності, що визначило напрямок наших наукових пошуків.

Основними принципами побудови занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю є індивідуальний підхід до кожного респондента, що забезпечує реальну економію часу й високий результат. Індивідуальний підхід передбачає не тільки облік показників фізичного стану, а й знання мотивації до занять руховою активністю, що дозволить досягти вирішення особистих цілей і завдань в процесі оздоровчих занять. Ціннісні пріоритети у виборі видів рухової активності і провідна мотивація особистості як жінок, так і чоловіків похилого віку визначають специфіку проблемного поля і суттєво впливають на ефективність занять. Для характеристики досліджуваного контингенту ми виявили їх соціально-психологічний портрет.

Результати соціологічних досліджень, проведених з особами похилого віку (n=504), з яких 62,9 % (n=317 осіб) – жінки та 37,1 % (n=187 осіб) – чоловіків, дозволив встановити, що основний контингент проживає в межах міста (93,9%) і лише 4,2 % осіб – в передмісті. 61,5 % досліджуваних від загальної

кількості перебувають у шлюбі, 28,2 % – розлучені, 10,1% осіб – одинокі (овдовіли). 84,3% респондентів мають дітей та онуків. 59,9 % опитаних осіб похилого віку має вищу освіту, 16,3 % – незакінчену вищу, 20,2 % – середню спеціальну, без освіти – 3,6 %. Зауважимо, що 100 % досліджуваних – непрацюючі пенсіонери.

3.1. Особливості здоров'я та захворюваності осіб похилого віку

Дослідження питання проблеми здоров'я осіб похилого віку викликає труднощі не тільки через складності однозначного тлумачення цього поняття, але й внаслідок вікових природніх інволюційних процесів, які відбуваються у кожного індивідуально. Для детального визначення структури захворюваності за класами МКБ-10 нами були вивчені результати комплексних медичних оглядів 504 осіб похилого віку (Табл. 3.1).

Комплексний медичний огляд був організований в міській поліклініці міста Чернівці. Результати медичного огляду показали, що провідними були хронічні захворювання й патологічні стани системи кровообігу у жінок (43,3%) – ІХС: стенокардії в стадії компенсації, гіпертонічна хвороба 1 і 2 стадії в фазі компенсації, хронічні захворювання артерій, артеріол і вен у фазі ремісії. Друге місце за значимістю займали хронічні захворювання кістково-м'язової системи (артрози, артрити) – 55,6 %. Третє рангове місце припадало на хвороби нервової системи, які переважно були представлені радикулітами різної локалізації (попериково-крижові, шийні) – 17,4 %. У чоловіків трійку лідируючих груп захворювань очолили: хвороби системи кровообігу (в т. ч.: ІХС: стабільна стенокардія напруги 1 класу і 2 класу в стадії компенсації, гіпертонічна хвороба 1 стадії і 2 стадії у фазі компенсації, хвороби артерій, артеріол і капілярів у стадії компенсації, хвороби вен, лімфатичних судин і вузлів в стадії компенсації) – 53,8%; хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (в т. ч.: остеохондрози: артропатії (артрози), дорсапатії) – 45,9%; хвороби сечостатевої системи (в т. ч.: сечокам'яна хвороба в стадії компенсації) – 23,9%.

Таблиця 3.1

Структура захворюваності людей у віці 60-65 років за даними комплексного медичного огляду (n = 504), %

МКБ-10	Хронічні захворювання і патологічні стани	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
III	Хвороби крові (в т. ч.: анемії)	4,5	7,2
IV	Хвороби ендокринної системи (в т. ч.: хвороби щитовидної залози, цукровий діабет, надмірна маса, ожиріння I ступеня)	15,5	9,4
VI	Хвороби нервової системи (в т. ч.: попереково-крижовий радикуліт, шийний радикуліт, люмбаго в стадії ремісії)	17,4	16,6
VII	Хвороби ока та його придаткового апарату (в т. ч.: міопія, гіперметропія в стані корекції)	12,4	10,0
VIII	хвороби вуха та соскоподібного відростка (в т.ч.: хронічні середні отити в стадії ремісії, хвороби слухової труби в стадії компенсації)	3,9	3,6
IX	хвороби системи кровообігу (в т. ч.: ІХС: стабільна стенокардія напруги I класу і 2 класу в стадії компенсації, гіпертонічна хвороба I стадії і 2 стадії в фазі компенсації, хвороби артерій, артеріол і капілярів в стадії компенсації, хвороби вен, лімфатичних судин і вузлів в стадії компенсації)	43,3	53,8
X	хвороби органів дихання (в т. ч.: хронічний бронхіт, емфізема в стадії компенсації)	16,7	25,2
XI	хвороби органів травлення (в т. ч.: хвороби печінки, хвороби жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, хвороби підшлункової залози в стадії ремісії)	12,9	18,8
XII	хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2,8	2,3

Продовження таблиці 3.1

XIII	хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (в т. ч.: остеохондрози: артропатії (артрози), дорсапатії)	55,6	45,9
XIV	Хвороби сечостатевої системи (в т. ч.: сечокам'яна хвороба в стадії компенсації)	4,5	23,9

У структурі хвороб системи кровообігу преважають «хвороби, які характеризуються підвищеним кров'яним тиском», в тому числі «гіпертензивна хвороба серця». Варто відзначити, що у респондентів чоловічої статі серед захворювань системи кровообігу у 68,3 % випадків виявлено ішемічну хворобу серця (ІХС) – захворювання, яке виникає внаслідок абсолютного або відносного порушення кровопостачання міокарду через ураження коронарних артерій серця. Ішемічна хвороба серця, інсульт і хвороби периферійних артерій пов'язані з атеросклерозом. Він може бути викликаний високим тиском, курінням, діабетом, нестачею фізичних навантажень, надлишковою вагою, підвищеним рівнем холестеролу в крові, поганим харчуванням чи надмірним вживанням алкоголю. Профілактичним засобом цих захворювань є орієнтація осіб похилого віку на здоровий спосіб життя із відповідним рівнем рухової активності.

У структурі хвороб органів дихання на першому місці в аналізовані періоди виявилися гострі респіраторні інфекції (ГРІ) верхніх дихальних шляхів, що пояснюється віковими анатомо-морфологічними змінами в організмі, формуванням фізіологічного старечого імунодефіциту, а також погіршенням екологічної ситуації та соціально-економічного положення цієї вікової групи. Це підтверджує і триразове збільшення захворюваності на грип за визначений період часу. Також у досліджуваних траплялися гострий бронхіт, хронічний бронхіт, пневмонії. Реалізація функцій дихання видозмінюється функціонально та морфологічно у процесі старіння організму. Внаслідок цих змін зменшується вентиляційна здатність легень, відбуваються зміни кісткового апарату грудної клітки, м'язового апарату, зміни в трахеї і бронхах, в альвеолах; зміни капілярів стають ригідними,

порушується їх проникливість; знижується функція зовнішнього дихання. Серед хвороб органів дихання у наших респондентів найчастіше зустрічалися: у жінок – ГРІ у 78,1 %, бронхіти – у 13,8 %, пневмонії – у 6,3 %, інші захворювання органів дихання – у 1,8 %; у чоловіків – ГРІ у 72,4 %, бронхіти – у 18,1 %, пневмонії – у 7,2 %, інші захворювання органів дихання – у 2,3 %.

Зміни, що спостерігаються в нервовій системі при старінні, значною мірою визначають прояви змін в інших органах і системах. При цьому зміни, характерні для старіння, в нервовій системі починаються з найновіших утворень, тобто з кори головного мозку, і відбуваються послідовно. Зниження функціональної рухливості фізіологічних процесів в ЦНС обумовлює обмеження переключення уваги, підвищена втомлюваність, зниження короткочасної пам'яті при задовільній короткотривалій. Отож у жінок 60-65 років серед захворювань нервової системи нами було виявлено атеросклероз (10,5 %), невроз (18,7 %), нейроциркулярну дистонію (19,1 %), цукровий діабет (9,3 %), варикоз (9,0 %), аневризм (9,3 %) та інші захворювання (24,1 %); у чоловіків – атеросклероз (9,7 %), невроз (11,5 %), нейроциркулярну дистонію (17,3 %), цукровий діабет (7,4 %), варикоз (15,1 %), аневризм (17,3 %) та інші захворювання (21,7 %).

Серед хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини найбільш частими патологіями у жінок були артрити (24,1 %) та остеоартрози (18,8 %), у чоловіків – ревматизм (26,3 %), остеоартрози (16,8 %), артрити (14,3 %) та інші.

Треба зазначити, що в структурі хвороб сечостатевої системи найвищі темпи приросту мають цистит, сечокам'яна хвороба, дисплазія молочної залози й ендометріоз в осіб жіночої статі. Однак у чоловіків цього віку значну перевагу виявлено серед захворювань хронічним пієлонефритом. Водночас частими є й інші інфекційні захворювання – цистит, уретрит, простатит, аденома передміхурової залози і сечокам'яна хвороба. Отже, зростання показників відзначається у захворюваннях, пов'язаних із структурними та гормональними перебудовами.

Оприлюднені статистичні дані свідчать про те, що в Україні, як і в багатьох країнах світу загалом, спостерігається

постаріння населення: питома частка популяції осіб старше 60 років сягає понад 20% [335]. За даними науковців у процесі підвищення середнього віку населення значна кількість людей страждає від хронічних захворювань, окрім цього, більшість з них знаходиться під впливом одночасно кількох патологічних станів, що зарубіжними науковцями визначається як коморбідні та поліморбідні захворювання [342]. Зазначена тенденція фіксується науковцями багатьох країн. Огляд та аналіз наукової літератури з проблеми дослідження свідчить, що серед населення Нідерландів віком 45–64 років 7% мають ≥ 4 захворювань, у віковій групі 65–74 роки частота підвищується до 30%, в осіб віком ≥ 75 років вона становить 55% [470]. Канадські науковці довели, що серед осіб віком від 45 до 64 років $>95\%$ жінок та $>89\%$ чоловіків мають ≥ 2 захворювань [382]. За результатами дослідження D. Campbell-Scherer (2010), поширеність коморбідних станів становить від 69% у хворих молодого віку, до 93% – у пацієнтів середнього віку та до 98% – у пацієнтів похилого віку. Кількість поліморбідних станів збільшується з 10% у пацієнтів віком <19 років до 80% – у пацієнтів віком ≥ 80 років [381]. Вітчизняні науковці наголошують, що поєднана патологія характерна також для більшості українців похилого та старшого віку [63]. Так, науковцями Прокопенко Н., Безруковим В. (2008) у 28,5% діагностовано 2 захворювання, у 44% – ≥ 3 , у осіб віком старше 60 років частота поєднаної патології зростає: ≥ 3 захворювань виявляють у 63% чоловіків та 64% жінок [276].

Аналізуючи дані ВООЗ, нами визначено, що майже кожна людина середнього і похилого віку має близько чотирьох офіційно зафіксованих захворювань [487]. Ці патології часто мають хронічний характер із стертою клінічною симптоматикою, яка часто сприяє несвоєчасному зверненню осіб похилого віку за спеціальною медичною допомогою. Найбільш розповсюдженими групами хвороб є поєднання захворювань серцево-судинної системи. Саме тому, на нашу думку, враховуючи складне поєднання побутових, соціальних, особистих, а особливо медичних проблем у людей похилого віку, захворюваність негативно впливає на стан психічного та фізичного здоров'я,

визначаючи складний перебіг та несприятливий прогноз хвороб [39, 40, 49, 287].

Коморбідність напряму впливає на якість життя людей похилого віку, адже пригнічений стан, незадоволеність життям та інші негативні психологічні стани сприяють розвитку коморбідності.

Також встановлено, що особи похилого віку мають одночасно декілька соматичних захворювань. На основі результатів викопіювання з медичних карт визначено індекс коморбідності (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Індекс коморбідності досліджуваного контингенту,
(n=504), %**

<i>Індекс коморбідності</i>	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
0	11,9	16,0
1	19,6	20,3
2	24,6	22,5
3	23,0	26,2
4	20,8	14,9

Як видно із таблиці 4.2, серед осіб, у яких не виявлено поєднання кількох захворювань, 11,9 % жінок та 16,0 % чоловіків. Однак турбує той факт, що кількість осіб 60-65 років більше 85 % (від загальної кількості досліджуваних) мають не менше двох розладів, кожний з яких може вважатися самостійним і діагностуватися незалежно один від одного. Причому у більшості випадків коморбідність фіксувалася як поєднання кількох захворювань різних функціональних систем організму. Для профілактики та зміцнення здоров'я необхідно зорієнтувати цю вікову групу осіб на дотримання правил здорового способу життя, залучення до систематичних занять фізичними вправами, підвищення емоційного настрою буденності. Хорошим засобом сприяння покращення рівня психічного та соматичного здоров'я, якості життя слугує оздоровчо-рекреаційна рухова активність.

Погіршення стану здоров'я населення призводить до зниження якісних і кількісних характеристик людського потенціалу України, зумовлює зростання навантаження на сфери медичної та соціальної допомоги, зниження добробуту громадян і негативний вплив на економіку країни загалом. Вищезазначене обумовлює необхідність пошуку шляхів залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності як ефективного засобу покращення здоров'я та якості життя населення.

Під час педагогічного експерименту нами було досліджено сомооцінку стану здоров'я осіб похилого віку (табл. 3.3). Так, у респондентів цієї вікової категорії значних розбіжностей між реальною станом здоров'я і суб'єктивною оцінкою нами не виявлено. На думку жінок 60-65 років, високий рівень здоров'я мають 11,0 %, вище середній – 17,4 %, середній – 21,2 %, нижче середнього – 23,6 % та низький – 21,8 %.

Таблиця 3.3

**Рівень самооцінки здоров'я осіб похилого віку,
(n=504), %**

Рівень здоров'я	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
Високий	11,0	14,9
Вище середнього	17,4	18,7
Середній	21,2	24,4
Нижче середнього	23,6	28,3
Низький	21,8	13,9

У досліджуваних чоловіків думка стосовно здоров'я дещо різниться. У них дещо знижена самооцінка здоров'я. На високому рівні своє здоров'я оцінюють 14,9%, при чому індекс коморбідності у даних респондентів зафіксовано у 16,0 % обстежуваних. Така ж тенденція спостерігається і в оцінці вище середнього рівня здоров'я (18,7 %).

3.2. Характеристика показників фізичного стану осіб похилого віку, їх біологічного віку та темпів старіння

Чинником, який суттєво впливає на рівень фізичного стану та біологічного віку літніх осіб, є здоров'я та спосіб життя. У зв'язку з цим при проведенні діагностики фізичного стану було проведено обстеження осіб похилого віку, в яких фіксувалися вихідні показники.

У дослідженні брали участь 504 особи віком 60-65 років, з яких 317 жінок та 187 чоловіків. В умовах санаторно-курортних комплексів було задіяно 50 осіб, серед яких 30 жінок та 20 чоловіків (середній паспортний вік дорівнював 63,7 роки). У місцях масового відпочинку (парках) до експерименту добровільно долучилися 101 людина похилого віку, з яких 51 жінка, та 50 чоловіків (середній паспортний вік дорівнював 65,4 роки). На базі фітнес-клубів м. Чернівці до дослідження долучилось 132 особи, з яких 84 жінки та 48 чоловіків (середній паспортний вік дорівнював 64,7 роки). 221 особа похилого віку долучилась до педагогічного експерименту в Університетах третього віку м. Чернівці, з яких 152 жінки та 69 чоловіків (середній паспортний вік дорівнював 67,1 роки).

Експериментальною гіпотезою дослідження стало припущення про те, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність ефективно впливає на фізичний стан осіб похилого віку та сприяє активному довіголіттю.

Як незалежна змінна була прийнята оздоровчо-рекреаційна рухова активність. Як залежна змінна розглядалися показники фізичного стану осіб похилого віку.

Діагностика показників фізичного стану досліджуваних проводилась із вимірювання соматометричних та фізіометричних показників осіб 60–65 років (табл.3.4). Дані таблиці 4.4 демонструють показники, які перебувають в зоні значущості ($p < 0,01$) для усіх видів випробувань.

Аналіз фізичного розвитку свідчить про тенденцію збільшення окремих соматометричних і зниження фізіометричних показників залежно від гендерних ознак. Спостерігається збільшення показників маси тіла (у жінок $78,7 \pm 8,92$, у чоловіків $83,2 \pm 10,61$), показники життєвої ємності легень (у жінок $2,53 \pm 0,50$, у чоловіків $3,8 \pm 0,53$) і динамометрії ведучої кисті (у жінок $28,3 \pm 6,11$, у чоловіків $42,3 \pm 8,43$).

Таблиця 3.4

Показники фізичного стану осіб похилого віку (n=504)

Показники	Статистичні показники			
	Жінки (n=317)		Чоловіки (n=187)	
	<i>X</i>	m	<i>X</i>	m
Довжина тіла, см	161,3	8,31	170,3	7,47
Маса тіла, кг	78,7	8,92	83,2	10,61
ЧСС у стані спокою, уд.×хв ⁻¹	81,3	7,43	86,4	8,19
ЧСС після навантаження, уд.×хв ⁻¹	152,4	12,27	164,3	10,37
АТс, мм рт. ст.	131,3	9,38	142,9	11,34
АТд, мм рт. ст.	94,6	11,56	96,1	9,48
Динамометрія ведучої кисті, кг	28,3	6,11	42,3	8,43
Спірометрія, л	2,53	0,50	3,8	0,53
Статичне балансування на правій нозі, с	15,4	3,41	25,3	5,76
ЗДВ – затримка дихання на вдосі, с	38,6	12,65	43,6	11,81

Прогресують регресивні зміни морфологічних характеристик. Це відноситься передусім до зниження окремих фізіометричних показників, що підтверджує дані низки досліджень про зниження функціональних можливостей дихальної системи організму та силових здібностей респондентів. Вікові зміни в дихальній системі характеризуються погіршенням еластичності легеневої тканини, виснаженістю дихальних м'язів, обмеженням рухливості грудної клітки, зменшенням легеневої вентиляції.

Наведені дані дозволяють зробити висновок, що порівнюючи значення маси тіла та зросту у жінок 60-65 років є надлишковою вага, що сягає 78,72 кг при зрості 161,3 см. У чоловіків цього ж віку такої тенденції не спостережено.

Одночасно зазначаємо, що згідно з віковими нормами у практично здорової людини похилого віку ЧСС у стані спокою дорівнює приблизно 65 уд/хв. Однак у досліджуваних жінок ЧСС у стані спокою вища, дорівнює 81,3 уд/хв, а у чоловіків ще вища – 86,4 уд/хв. Такі результати свідчать про зниження рівня функціональних систем організму, яка виникла у процесі онтогенезу, і може бути спричиненою недотриманням правил здорового способу життя, веденням малорухливого способу життя чи наявністю якихось захворювань. Такі припущення підтверджує і той факт, що дані ЧСС після навантаження (20 присідань за 30 с) у респондентів чоловічої та жіночої статі досить високі (152,4 уд/хв – жінки та 164,3 уд/хв чоловіки).

Норма артеріального тиску упродовж життя змінюється – систолічний тиск зростає протягом усього життя, а от діастолічний – до 60 років. Однак необхідно розуміти, що у старших людей ризик розвитку гіпертонії більший, незважаючи на можливі нормальні показники артеріального тиску. Для осіб старше 60 років нормальним вважається тиск 140/90 мм рт.ст. У результаті нашого дослідження встановлено, що у жінок 60-65 років середній артеріальний тиск систолічний дорівнює 131,3 мм рт. ст., а діастолічний – 94,6 мм рт. ст. Треба зауважити, що у людям старшим 50 років особливо важливо слідкувати за верхнім артеріальним тиском, адже зафіксовані показники понад 140 мм рт.ст. є підставою для термінового звернення до лікаря. Так, у респондентів чоловічої статі виявлено середній артеріальний тиск, що дорівнює систолічний – 142,9 мм рт. ст., а діастолічний – 96,1 мм рт. ст. Підвищений артеріальний тиск може бути симптомом інфаркту чи порушення мозкового кровообігу. Якщо у людини хронічне підвищення тиску, то ризик різних захворювань і ускладнень значно підвищується. У осіб з підвищеним артеріальним тиском ризик виникнення інсульту зростає в 7 разів, в 6 разів збільшуються можливості розвитку хронічної серцевої недостатності, в 3-4 рази підвищується ризик захворювань периферичних судин та інфаркту. Також існує твердження, згідно якого, починаючи із значень 115/75 мм рт.ст., ризик інсульту і інфаркту зростає у 2 рази – при піднятті на кожні 20 пунктів систолічного тиску та на 10 пунктів – діастолічного.

Підсумовуючи результати дослідження фізичного стану осіб похилого віку, треба відзначити, що зважаючи на показники ЧСС та АТ підтверджується факт переважання серцево-судинних захворювань серед досліджуваних респондентів. У жінок через значну кількість випадків захворювань ендокринної системи та органів травлення, способу життя спостерігається наявність надлишкової ваги.

Щодо визначення ідеального артеріального тиску, за З.М. Волинським, то у досліджуваних жінок АТс має дорівнювати 140,7 мм рт. ст., АТд – 88,8 мм рт. ст.; у чоловіків АТс – 141,4 мм рт. ст., АТд – 89,3 мм рт. ст.

Для отримання більш достовірної інформації про соматичний стан досліджуваного контингенту нами визначалися індекс функціональних змін (ІФЗ), яий призначений для оцінки рівня функціональних можливостей, а також оцінки адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи (Р. М. Басвський, 1979). Для розрахунку ІФЗ (КЗ) визначено дані частоти серцевих скорочень (ЧСС), показники артеріального тиску (АТ_{сист.} – систолічний, АТ_{диаст.} – діастолічний), зріст (Р), вагу тіла (ВТ) та вік (В). ІФЗ визначається в умовних одиницях. (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Показники індексу функціональних змін жінок 60-65 років
(за Р. М. Басвським, 1979) (n=317)**

Групи	Ступінь адаптації	Кількість ум. од.	%
I	Задовільна адаптація	< 2,59	5,7
II	Напруга механізмів адаптації	2,6 – 3,09	26,5
III	Незадовільна адаптація	3,1 – 3,49	44,2
IV	Порушення адаптації	3,5	23,7

Задовільний стан адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи серед респонденток виявлено у 18 осіб, що дорівнює 5,7 %. Турбує той факт, що з незадовільною адаптацією та порушенням адаптації виявлено більше 65 % (44,2 % та 23,7 % відповідно) обстежуваних жінок. Ці результати ми також пов'язуємо психоемоційним станом жінок через фактор несподіваного обстеження.

Також нами визначався ІФЗ у чоловіків віком 60-65 років. Як видно із таблиці 3.6, чоловіки є більш стійкими до фізичних та емоційних навантажень. Задовільну адаптацію серцево-судинної системи виявлено у 25 осіб (13,4 %); напругу механізмів адаптації – у 53 осіб (28,3 %); незадовільну адаптацію у 82 осіб (43,9 %); порушення адаптації у 27 осіб (14,4 %)

Таблиця 3.6

Показники індексу функціональних змін чоловіків 60-65 років (за Р. М. Баєвським, 1979) (n=187)

Групи	Ступінь адаптації	Кількість ум. од.	%
I	Задовільна адаптація	< 2,59	13,4
II	Напруга механізмів адаптації	2,6 – 3,09	28,3
III	Незадовільна адаптація	3,1 – 3,49	43,9
IV	Порушення адаптації	3,5	14,4

Функціональна проба Мартіне-Кушелєвського дала нам змогу оцінити відновні процеси серцево-судинної системи під час навантаження. Для тестування використовувалося стандартне фізичне навантаження – 20 присідань за 30 сек (Рис. 3.1).

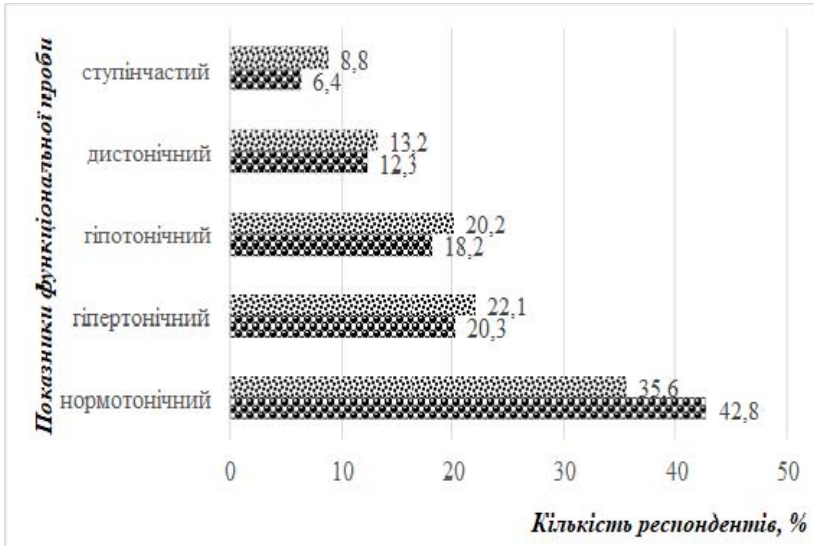


Рис. 3.1. Показники функціональної проби Мартіна-Куршелевського осіб 60-65 років (n=504), %:



– жінки;



– чоловіки

Аналізуючи дані, які ми отримали під час констатувального експерименту, визначено типи реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. У досліджуваних осіб похилого віку виділено 5 основних типів реакції серцево-судинної системи на навантаження:

– нормотонічний (у жінок 35,6 % та у чоловіків – 42,8 %) – разом із збільшенням пульсу збільшується пульсовий тиск за рахунок експресивного підвищення систолічного і середнього зниження діастолічного артеріального тиску;

– гіпертонічний (у жінок 22,1 % та у чоловіків – 20,3 %) – стрімке підвищення на 70-80 мм.рт.ст. (аж до 200 мм.рт.ст.) систолічного тиску доповнюється значним збільшенням частоти пульсу, стабільністю чи незначним підвищенням діастолічного артеріального тиску;

– гіпотонічний (астенічний) (у жінок 20,2 % та у чоловіків – 18,2 %) – незначне підвищення систолічного артеріального тиску при суттєвому зростанні частоти пульсу (до 200 уд./хв). Діастолічний артеріальний тиск піднімається, що зумовлює незмінність, або зменшення пульсового тиску;

– дистонічний (у жінок 12,3 % та у чоловіків – 13,2 %) – зростання систолічного артеріального тиску (до 200 мм.рт.ст) при мінімізації діастолічного, що обумовлює різке збільшення пульсового тиску;

– ступінчаста реакція (у жінок 8,8 % та у чоловіків – 6,4 %) – після навантаження систолічний тиск менший, ніж на другій і третій хвилині відновлення, діастолічний тиск знижується, а ЧСС зростає.

Для осіб похилого віку, найбільш сприятливою є нормотонічна реакція серцево-судинної системи з коротким відновлювальним періодом. Всі інші типи реакцій свідчать про зниження функціонального стану серцево-судинної системи із порушенням механізму регуляції кровообігу. Відновлювальний період у цих випадках більш тривалий і сповільнений. Негативними реакціями вважають зниження після навантаження показників систолічного тиску при різних варіаціях у змінах діастолічного тиску, а також одночасне підвищення показників систолічного та діастолічного артеріального тиску.

Оцінку діяльності вегетативної системи осіб похилого віку як складової соматичного здоров'я ми визначали за допомогою Індексу Кердо (Табл. 3.7). Вегетативний індекс Кердо (ІК) – це один з найбільш простих методів оцінки показників функціонального стану вегетативної нервової системи, а саме: співвідношення збудливості її симпатичного і парасимпатичного відділів. Позитивні показники індексу вказують на перевагу симпатичної регуляції тону судин, від'ємні – на реакцію вегетативної нервової системи на тонус. Показник норми за ІК становить від -10 до + 10%. Однак при позитивному значенні ІК дозволяє стверджувати про перевагу симпатичних впливів, від'ємне значення – переважання парасимпатичних впливів.

Результати, отримані в процесі нашого дослідження із визначення функціонального стану вегетативної нервової системи осіб похилого віку, показують, що у жінок 60-65 років переважає парасимпатикотонічний стан вегетативної нервової системи (43,5 %). Однак треба зазначити, що у п'ятій частини респонденток (21,5 %) визначено врівноваженість симпатичних і парасимпатичних впливів. У чоловіків 60-65 років врівноваженість симпатичних і парасимпатичних впливів вегетативної нервової системи виявлено у 33,7 %, а парасимпатикотонію – у 32,1 % досліджуваних.

Таблиця 3.7

Показники вегетативного індексу Кердо осіб похилого віку (n=504), %

Значення ІК	Оцінка	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
від +16 до +30	Симпатикотонія	7,6	12,8
≥ +31	Виражена симпатикотонія	11,6	11,2
від -16 до -30	Парасимпатикотонія	43,5	32,1
≤ -30	Виражена парасимпатикотонія	16,1	10,2
від -15 до +15	Врівноваженість симпатичних і парасимпатичних впливів	21,5	33,7

Узагальнюючи дані ІК, ми дійшли висновку, що перевага парасимпатичних впливів вегетативної нервової системи сприяє збільшенню частоти і сили скорочення серця, гладкі м'язи системних судин скорочуються, що призводить до підвищення артеріального тиску. Водночас функція травного каналу пригнічується, що сприяє перерозподілу кровообігу відповідно до метаболічних потреб функціонуючих структур. Саме тому в респондентів виявлено переваги у захворюваннях серцево-судинної і травної систем.

Ще один показник функціональних можливостей організму осіб 60-65 років дозволила визначити ортостатична проба. Цей тест зорієнтований на оцінку впливу тонуусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи і частоти серцевих скорочень при переході з горизонтального положення у вертикальне. За різницею між частотою пульсу лежачи і стоячи роблять висновок про реакцію серцево-судинної системи на навантаження при зміні положення тіла. Це дозволяє оцінювати функціональний стан регуляторних механізмів і дає певне уявлення про тренуваність організму (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Показники ортостатичної проби осіб 60-65 років
(n=504), %**

Різниця ЧСС, уд/хв	Оцінка	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
0 – 12 уд/хв	Тренована людина	10,7	10,7
13 – 18 уд/хв	Здорова нетренована людина	20,2	11,7
18 – 25 уд/хв	Нетренована людина	27,8	44,4
25 і більше, уд/хв	Перетренована людина чи наявність хвороб	41,3	33,2

Серед досліджуваних обох гендерів виявлено 10,7 % тренуваних осіб. Проте здорових нетренуваних жінок виявилося більше (20,2 %) ніж чоловіків (11,7 %). Однак у 44,4 % чоловіків виявлено нетренований стан, у 33,2 % – перетренованість чи наявність захворювань, які дали реакцію на ЧЧС при ортостатичній пробі. У жінок відмічаємо вже значно більшу кількість (41,3 %) осіб, в яких виявлено ознаки перетренованості (чи хвороби).

Згідно рекомендацій ВООЗ, індекс маси тіла більшості осіб похилого віку відповідає значенню «надлишкова маса тіла» (у жінок $30,35 \pm 0,21$ та у чоловіків $28,79 \pm 0,26$), що підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань (табл. 3.9).

Цей факт важливо враховувати при розробці програми занять оздоровчо-рекреаційною діяльністю для осіб похилого віку, оскільки характер вікових змін морфологічних

властивостей апарату руху людини залежить від способу життя, рівня і змісту його рухової активності. Наукові та практичні дані говорять про те, що загалом можна керувати процесом інволюційних змін, сповільнюючи регрес організму за допомогою раціональної рухової діяльності [42, 333].

Таблиця 3.9

Показники соматичного здоров'я осіб похилого віку (n=504)

Показники	Статистичні показники			
	Жінки (n=317)		Чоловіки (n=187)	
	<i>X</i>	<i>m</i>	<i>X</i>	<i>m</i>
Індекс маси тіла, кг/м ²	30,35	0,21	28,79	0,26
Життєвий індекс, мл/кг	51,96	0,69	59,88	0,68
Силовий індекс, %	43,80	1,07	53,43	0,71
Індекс Робінсона, ум.од.	92,93	2,34	84,7	2,11

Оцінка показників показників осіб похилого віку представлена у таблиці 3.9, найбільш суттєві зміни спостерігаються у показниках силового індексу та індексу Робінсона (IP) у жінок, що свідчить про інволюційні зміни в організмі людини. Норма СІ для даного віку становить 50-60 %, тоді як у респондентів жіночої статті 43,8 % ± 1,07. Також низький рівень гемодинамічного навантаження на серцево-судинну систему виявлено у жінок 60-65 років за IP – 92,93 ± 2,34. Нижчими норми виявлено показники життєвого індексу як у жінок (51,56 ± 0,69), так і в чоловіків (59,88 ± 0,68). В окремих випадках (СІ та IP) у досліджуваних осіб спостерігалось дотримання вікових нормативів.

Підсумовуючи результати показників фізичного фізичного здоров'я осіб 60-65 років, можна стверджувати, що нерідко несприятливі реакції на навантаження при проведенні функціональної проби є найбільш ранньою ознакою погіршення функціонального стану, пов'язаного з захворюванням чи псевдомомою.

Наступною складовою фізичного стану осіб похилого віку стала проба Руф'є. Це нескладний тест, призначений для оцінки працездатності серцевого м'язу при фізичному навантаженні. У пробі Руф'є використовувалися значення ЧСС в різні за часом періоди відновлення після відносно невеликих навантажень. Зміна ЧСС забезпечує адаптацію системи кровообігу до потреб організму й умов зовнішнього середовища.

Згідно з пробою Руф'є у 64,7 % жінок похилого віку виявлено задовільний стан роботи серця (табл. 3.10), а в 23,7 % виявлено серцеву недостатність. На жаль, такі показники вказують на вкрай низький рівень фізичного стану цієї статевікової групи.

Таблиця 3.10

Показники проби Руф'є для жінок похилого віку (n=317)

Значення індексу	Оцінка	%
≤0	Атлетичне серце	0
0,1-5,0	Відмінно	3,8
5,1-10,0	Добре	7,9
10,1-15,0	Задовільно	64,7
15,1-20,0	Серцева недостатність	23,7

У респондентів чоловічої статі цього ж віку результати дещо кращі (табл. 3.11). Зокрема, у 13,9 % досліджуваних визначено відмінну працездатність серцевого м'язу, а в у 13,9 % – добрий стан, проте у 17,1 % чоловіків виявлено серцеву недостатність.

Таблиця 3.11

Показники індексу Руф'є для чоловіків похилого віку (n=187)

Значення індексу	Оцінка	%
≤0	Атлетичне серце	0
0,1-5,0	Відмінно	13,9
5,1-10,0	Добре	13,9
10,1-15,0	Задовільно	55,1
15,1-20,0	Серцева недостатність	17,1

За вичерпністю інформації показники фізичної підготовленості значно поступають даним фізичної працездатності. Особливо це стосується показників, які були отримані з використанням сучасних функціональних тестів.

Без відомостей про фізичну працездатність досліджуваних осіб не можливо робити висновки про стан здоров'я, соціально-гігієнічні й соціально-економічні умови життя людей похилого віку (С.Б. Тихвинський, І.В. Аулік, Л.І. Абросимова, З.Б. Білоцерківський і ін.). Під час педагогічного дослідження нами визначалася фізична працездатність (ФП) осіб похилого віку за (Рис. 3.2). Серед жінок похилого віку продемонстрували високий рівень ФП 3,3%, вище середнього – 6,6% респондентів.

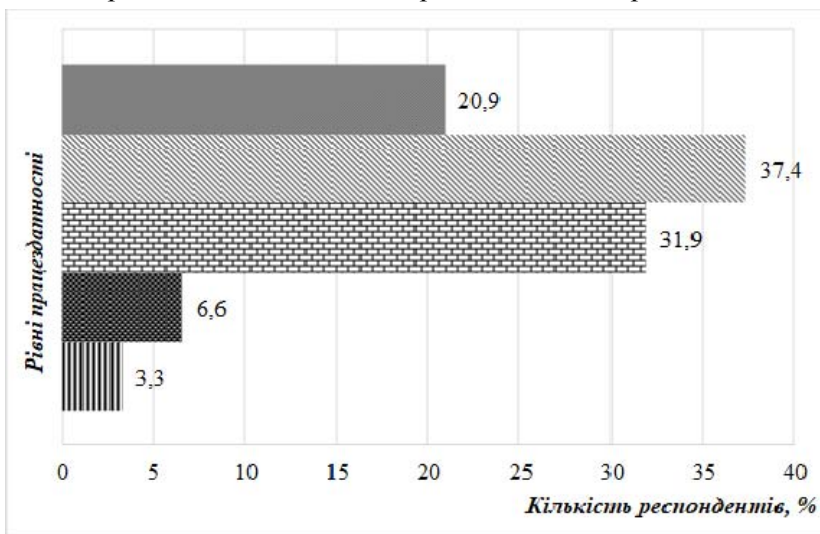







Рис. 3.2. Показники рівнів фізичної працездатності жінок похилого віку (n=317), %:

-  Низький рівень фізичної працездатності
-  Нижче середнього рівень фізичної працездатності
-  Середній рівень фізичної працездатності
-  Вище середнього рівень фізичної працездатності
-  Високий рівень фізичної працездатності

Дещо вищі показники рівня фізичної працездатності у чоловіків (рис. 3.3). Так, середній рівень фізичної працездатності виявлено у 37,4 % осіб, вище середнього рівень фізичної працездатності – в 12,1 %, високий рівень – у 4,8 %.

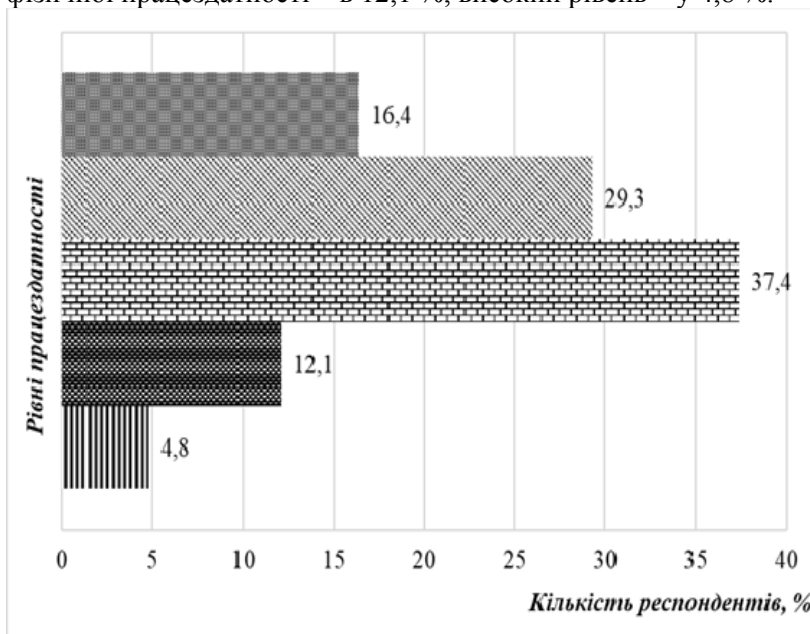







Рис. 3.3. Показники рівнів фізичної працездатності чоловіків похилого віку (n=187), %:

-  Низький рівень фізичної працездатності
-  Нижче середнього рівень фізичної працездатності
-  Середній рівень фізичної працездатності
-  Вище середнього рівень фізичної працездатності
-  Високий рівень фізичної працездатності

Спроби визначити темп старіння людини робилися ще з початку минулого століття. Оскільки старіння організму визначається як природний процес залежних від віку змін, що настають після періоду статевого дозрівання, проявляються зміною кількісних ознак, знижують адаптаційні можливості організму і збільшують ймовірність смерті, то саме ці три

основних характеристики старіння були покладені в основу методів вимірювання його темпу. Швидкість старіння організму може бути виміряна за такими показниками: 1) зміна кількісних ознак, іменованих біомаркерами вікових змін, на основі яких визначаються поняття функціонального і біологічного віку (ФВ і БВ, відповідно); 2) зміна адаптаційних можливостей організму, що вимірюються в тих чи інших навантажувальних пробах і дають змогу будувати шкали здоров'я різних вікових груп; 3) зміна ймовірності смерті в певний часовий період (зазвичай 10-15-річний) – індекс ризику смертності, розрахований на основі фізіологічних параметрів організму, хронологічного віку (ХВ), способу життя (куріння, шкідливі звички, вплив несприятливих факторів середовища і т. д.).

Серед найрізноманітніших методів визначення БВ – метод В.П. Войтенко та ін, що отримав особливе поширення в науці та практиці. Як найдоступніший та цілісний, він широко використовується у дослідженнях, присвячених проблемам старіння та відповідності календарного віку паспортному [28].

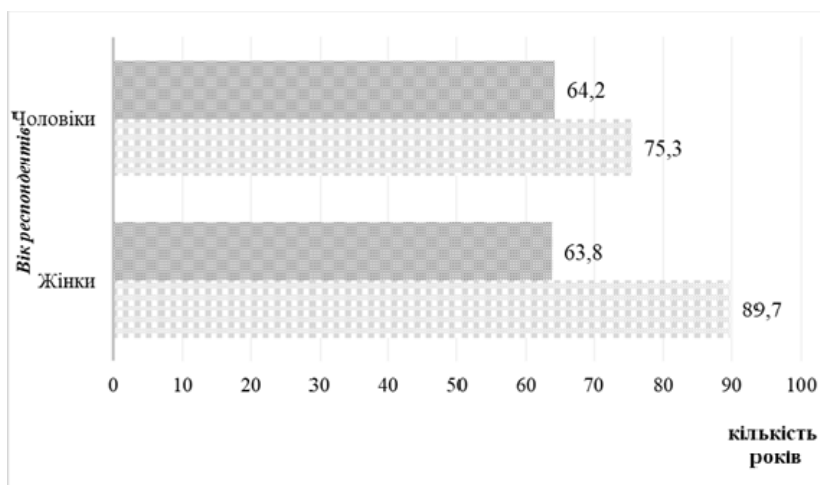


Рис. 3.4. Біологічний і паспортний вік у досліджуваних (n=504):

біологічний вік;
 паспортний вік

Серед респондентів біологічний вік визначили за методом В. Войтенка (рис. 3.4), урахувавши такі параметри: маса тіла, систолічний та діастолічний артеріальний тиск, особливості затримки дихання під час вдиху, статистичне врівноваження, суб'єктивна оцінка здоров'я (СОЗ). Середній паспортний вік респондентів жіночої статі – $63,8 \pm 1,26$ років, однак їх біологічний вік був значно вищим і сягав $89,7 \pm 2,28$ року. Різниця між паспортним та біологічним віком сягає до 25,9 років, що свідчить про різко прискорений темп старіння. У чоловіків визначено біологічний вік $75,3 \pm 1,31$ року, а паспортний – $64,2 \pm 1,44$ року. Різниця становила 11,1 роки, що свідчить про прискорений темп старіння.

Час життя людини контролюється багатьма генами, залежить від біотичних, абіотичних та соціальних факторів навколишнього середовища, характеризується багатофакторним типом успадкування, як і багатовікові захворювання людини [190].

Руйнування генетичних структур хімічними речовинами та накопичення негативної генетичної інформації в клітинах людей похилого віку призводять до підвищення схильності до хронічних захворювань, сприяє прискореному старінню та скороченню тривалості життя [188]. Тому в наш час поняття біологічного віку (БВ) використовується як один із діагностичних критеріїв старіння, який є інтегральним показником рівня здоров'я людини і відображає резервний потенціал організму. Біологічний вік індивіда визначається на основі функціональної залежності БВ від біомаркерів старіння, а саме фізіологічних параметрів [215].

Численні дослідження, присвячені проблемам старіння організму, свідчать про прогресуюче зменшення адаптаційних резервів зі збільшенням календарного віку індивіда [215, 323, 333]. В результаті проведеної роботи з'явилися значні відмінності в показниках, що характеризують адаптаційні можливості деяких систем організму залежно від інволютивних змін. Виявлені відмінності призводять до висновку, що визначення БВ та швидкість старіння в період пізнього онтогенезу, ймовірно, відображає ступінь порушень фізіологічної адаптації організму, що розвиваються внаслідок поєднання вікових та патологічних процесів [5].

Біологічний вік може приблизно збігатися з календарним віком (у цьому випадку процес старіння буде фізіологічним), або значно відрізнятись (коли процес старіння є патологічним). За патологічного типу старіння воно може бути або прискореним (біологічний вік випереджає календарний вік), або сповільненим (календарний вік випереджає біологічний вік) [3].

Під час дослідження ми визначили рівень старіння випробовуваних (рис. 4.5 – 4.6). Отже, переважають респонденти жіночої статі із прискореним процесом старіння (67,8%), у значній кількості досліджуваних цієї групи біологічний вік відповідає паспорту – 28 осіб (8,8%). Різко прискорений процес старіння в цій групі спостерігається у 63 осіб, що становить 19,8% всієї групи. Однак також варто зазначити, що у 11 осіб (3,5%) досліджуваної групи спостерігався уповільнений процес старіння. Жінок із різко уповільненим процесом старіння взагалі не було виявлено (рис.3.5).

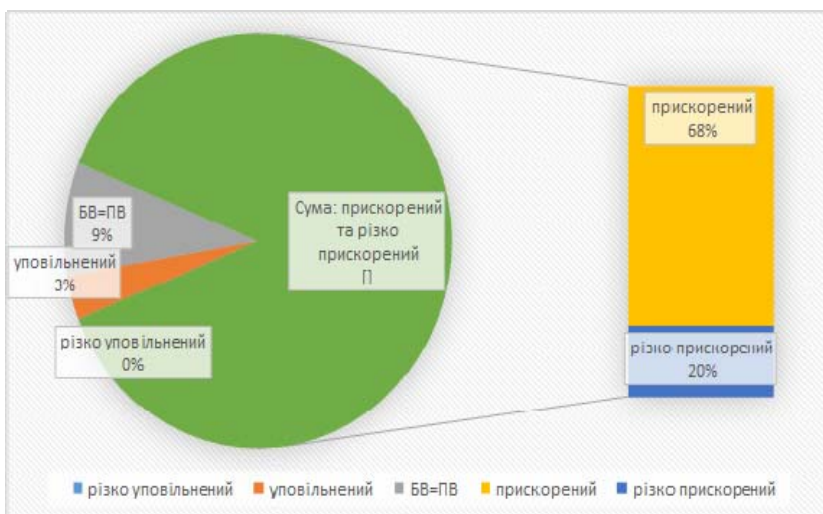


Рис. 3. 5. Темп старіння жінок похилого віку, % (n=317)

У респондентів-чоловіків різко прискорений процес старіння виявлено у 14,9 %, прискорений процес старіння – у 44,4%, біологічний вік відповідає паспортному – 29,9 %, уповільнений процес старіння – 8,0 %, різко уповільнений – 2,7 % (рис. 3.6).

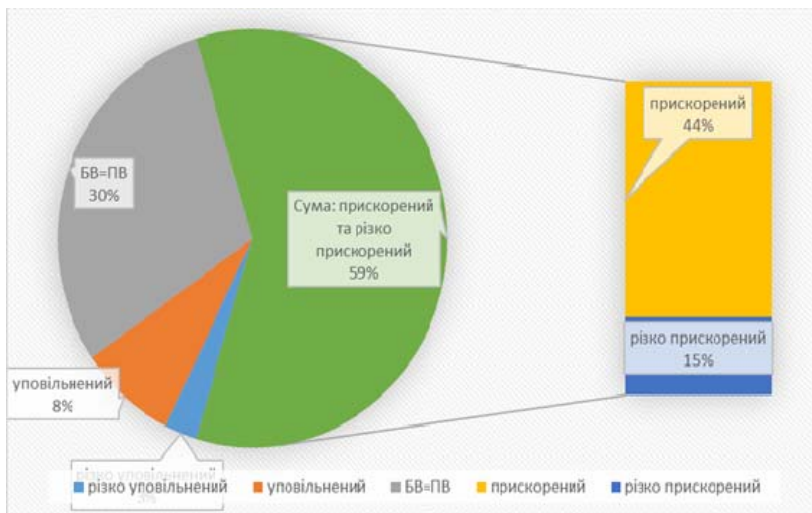


Рис. 3. 6. Темп старіння чоловіків похилого віку, % (n=187)

Дані нашого дослідження підтверджують думку сучасних вчених, що зниження рівня фізичної активності з віком значною мірою впливає на функціональний стан організму похилих людей [2, 16, 20]. Прискорене старіння проявляється більш раннім і швидшим розвитком старечих вікових змін, що значно скорочують тривалість життя. Відомо, що оздоровчі фізичні навантаження в похилому віці позитивно впливають на організм в цілому і на його окремі життєві системи, сприяють здатності почуватися краще, позбавлятися від певних захворювань, виглядати молодше, підвищувати власну працездатність, затримувати старість і безпорадність.

Різні фактори можуть сприяти прискоренню старіння, про що свідчать численні дослідження [50]. Показник біологічного

віку погіршується через збільшення маси тіла, зниження індексу фізичної активності (зворотна залежність спостерігається лише у старшій віковій групі, чим вищий показник фізичного стану, тим менше БВ), курінні (курці в кожній віковій групі мають вищу БВ, ніж некурящі) [49].

Серед факторів, що покращують індекс БВ, є такі, що сповільнюють процес старіння, сприяють підвищенню стабільності організму. Серед них – фізичні вправи різної спрямованості та напруги.

Отримані результати підтверджують думку багатьох вчених про те, що фізичні навантаження є найефективнішим засобом зниження БВ людини.

3.3. Аналіз інтегральних показників якості життя осіб похилого віку

Якість сучасного життя слугує показником активного довголіття осіб похилого віку. Поняття «якість життя» досить широке, має багато трактувань, але незмінно включає в себе: умови навколишнього середовища, харчування, побутовий комфорт, соціальне оточення, задоволення культурних і духовних потреб, психологічний комфорт, тривалість життя та здоров'я. Однак ВООЗ рекомендує визначати ЯЖ як «суб'єктивне співвідношення стану та ролі індивідуума в житті суспільства з урахуванням культури й систем цінностей цього суспільства, з цілями даної людини, її планами, можливостями й ступенем загальної невлаштованості». Також ВООЗ розроблені критерії оцінки якості життя, обумовленого здоров'ям, серед яких: фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічні (емоції, рівень когнітивних функцій, самооцінка); рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність); суспільне життя (особисті взаємини, суспільна цінність); навколишнє середовище (безпека, екологія, забезпеченість, доступність і якість медичної допомоги, інформації, можливість навчання, побут). У зв'язку з тим, що середня тривалість життя збільшується, в більшості розвинених країн зростає кількість людей похилого віку, які страждають від старечої безпорадності, нездатних до ведення самостійного життя. Крім збільшення тривалості життя цих людей та методів

зміцнення їх здоров'я, велике значення має її якість, що визначається здатністю людини бути незалежною від оточення, насолоджуватись фізичним та розумовим благополуччям.

Для комплексної характеристики було обчислено загальні параметри, пов'язані із здоров'ям, тобто показники якості життя осіб похилого віку за допомогою міжнародної оцінювальної системи визначення оцінки якості життя SF 36 (Рис. 3.7 – 3.10).

Якість життя жінок та чоловіків похилого віку статистично достовірно відрізняється за шкалами «Фізична активність», «Рівень болю», «Загальний стан здоров'я», «Роль фізичних проблем в обмеженні життєздатності» ($p < 0,01$).

Під час дослідження нами виокремлювалися фізичні та психологічні компоненти якості життя та їх роль у житті осіб похилого віку. Варто відзначити, що до складових фізичного компонента якості життя вносяться показники «Загальний стан здоров'я», «Рівень болю», «Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності» та «Фізична активність». До психологічного компонента якості життя зараховують «Психічне здоров'я», «Роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності», «Соціальну активність» та «Життєздатність».

У жінок 60-65 років значення за шкалою «Фізична активність», що вказує наявність проблем з виконанням щоденних дій (піднімання сходами, переміщення, перенесення важких речей), становить 62,1 бала (рис. 3.7). Такі низькі дані цього показника свідчать про суттєві обмеження щоденної діяльності досліджуваних у зв'язку із станом здоров'я. Згідно з результатами шкали «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» прослідковуємо зв'язок між фізичним станом та виконанням повсякденних завдань. Серед досліджуваних жінок результати цього показника (57,2 бала) характерні для осіб з гострими чи хронічними захворюваннями. Нижчими є показники шкали «Загальний стан здоров'я» (65,3 бала), що відображає загальнодержавну тенденцію погіршення стану здоров'я людей похилого віку. Показники шкали «Рівень болю» (74,1 бала) свідчать про значне обмеження активності респонденток, неможливість через больові відчуття займатися щоденними справами, зокрема роботою по господарству.

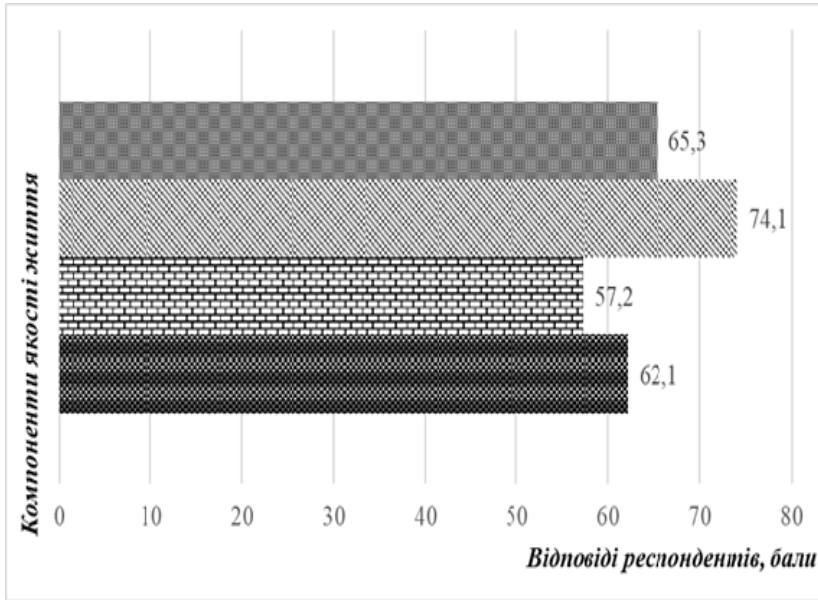






Рис. 3.7. Оцінка фізичного компонента якості життя жінок 60-65 років (n=317), бали, де:

-  Загальний стан здоров'я
-  Рівень болю
-  Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності
-  Фізична активність

Щодо оцінки психологічного компонента якості життя жінок 60-65 років (рис. 3.8), то параметр «Життєздатність» дає змогу визначити, наскільки респондент відчуває себе повним сил та енергії чи, навпаки, нездатним до будь-якої активності, безсилим. Низькі значення якості життя за цією шкалою (60,7 бали) свідчать про невисокий рівень життєвої активності та втому респондента. Низькі значення параметра «Соціальна активність» (66,4 бали) підтверджують, що емоційний або фізичний стан значно обмежує взаємодію із соціумом, зумовлюючи зниження кількості соціальних контактів. Вплив психічного стану на щоденну активність респондентів

відображає шкала «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (71,9 бала). Показники значення шкали «Психічне здоров'я» вказують на погіршення / покращення настрою, наявність депресивних станів та тривожності. Згідно наших досліджень, за цим параметром якості життя виявлено низьке значення для цієї вікової групи, воно становить 71,6 бала. У жінок спостерігали низькі значення якості життя за шкалами «Соціальна активність» (66,4 бала), «Життєздатність» (60,7 бала), «Фізична активність» (62,1 бала) та «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (57,2 бала). Варто вживати заходів щодо покращення якості життя жінок похилого віку, особливо звернути увагу на роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, фізичної активності, життєздатності, соціальної активності, що дуже важливі для осіб похилого віку (рис. 3.7- рис.3.8).

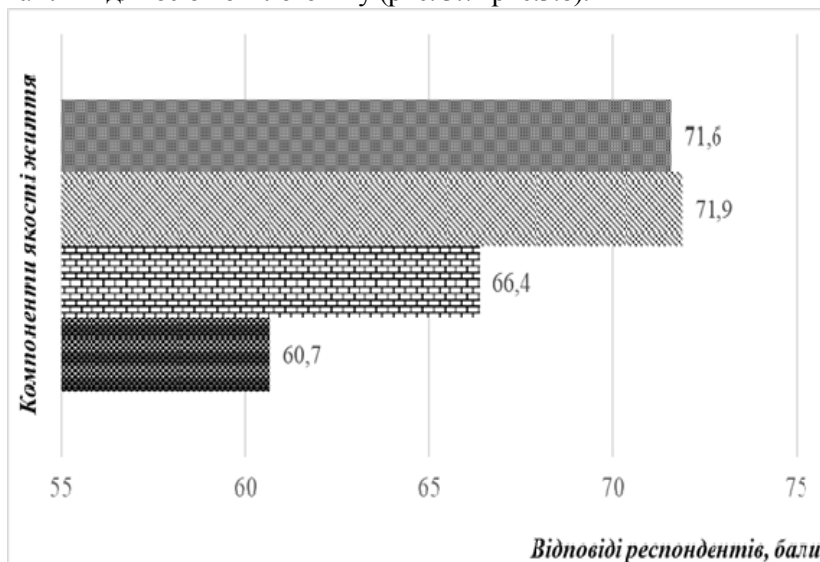


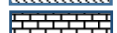



Рис. 3.8. Оцінка психологічного компонента якості життя жінок 60-65 років (n=317), бали, де:

-  Психічне здоров'я
-  Роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності
-  Соціальна активність
-  Життєздатність

Результати опитування респондентів-чоловіків свідчать про суттєві проблеми з функціональним станом та його обмежувальний вплив на повсякденну діяльність. Значення якості життя за більшістю шкал є критичними (рис. 3.9 – 3.10): «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» – 60,7 бала, «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» – 63,4 бала, «Соціальна активність» – 61,9 бала.

Щодо оцінки якості життя чоловіків 60-65 років, то пріоритетною серед фізичного компонента якості життя визначено «Фізичну активність», що є нижчим за середній показник (менше ніж 75 балів) (рис. 3.9). Цей компонент дуже важливий для чоловіків 60-65 років, бо він розкривається не тільки через переміщення, піднімання сходами, перенесення важких речей, а й у реалізації фізичного потенціалу чоловіка, який суттєво впливає, на нашу думку, на подальше формування психологічного компонента якості життя. «Рівень болю» як компонент якості життя серед респондентів-чоловіків виявлено на нижчому за середній нормативний показник (70,2 бали). Це зумовлено наявністю захворювань та більшим травматизмом у цьому віці.

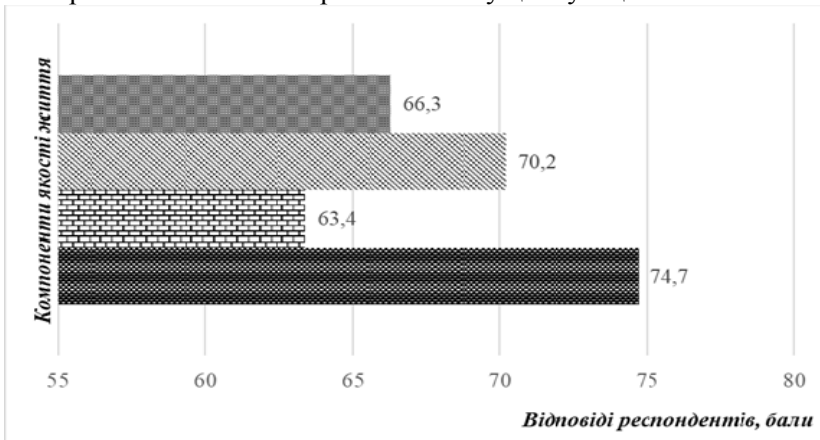






Рис. 3.9. Оцінка фізичного компонента якості життя чоловіків 60-65 років (n=187), бали, де:

-  Загальний стан здоров'я
-  Рівень болю
-  Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності
-  Фізична активність

Натомість показники шкал «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «Соціальна активність» та «Життєздатність» знаходяться у низькому діапазоні й становлять 61,9 бала, 60,7 бала та 65,3 бала відповідно. Варто зазначити, що в чоловіків похилого віку показник «Психічне здоров'я» відповідає середньому рівню (73,5 бала).

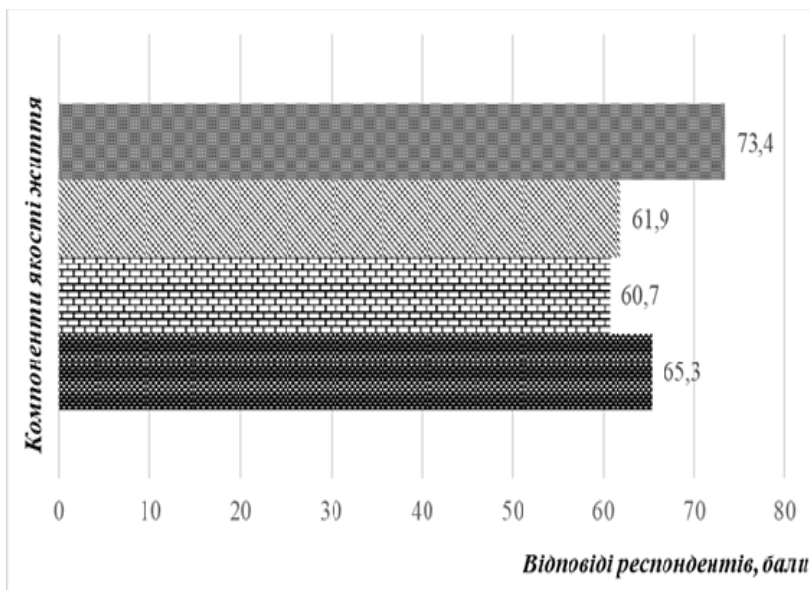






Рис. 3.10. Оцінка психологічного компонента якості життя чоловіків 60-65 років (n=187), бали, де:

-  Психічне здоров'я
-  Роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності
-  Соціальна активність
-  Життєздатність

Низькі значення якості життя різних груп населення підтверджують негативні тенденції в результатах фундаментальних показників благополуччя в похилому віці. Зниження показників «Фізична активність» та «Загальний стан здоров'я» можна обґрунтувати віковими змінами, але шкала «Психічне здоров'я» не відрізняється в осіб юнацького, зрілого та похилого віку ($p < 0,01$).

Це обумовлює невисокі значення загального психічного та фізичного компонента якості життя: для жінок вони становили $64,7 \pm 0,4$ бала і $67,7 \pm 0,7$ бала відповідно, для чоловіків – $68,7 \pm 0,5$ бала і $65,3 \pm 0,7$ бала відповідно.

3.4. Соціально-психологічні особливості життєдіяльності осіб похилого віку

Розвиток суспільства та стрімке збільшення кількості осіб похилого віку зумовили особливу актуальність соціально-психологічних проблем активного старіння. Усвідомлення проблем старіння населення в суспільстві актуалізує низку питань, пов'язаних із закономірностями соціального розвитку особистості похилого віку, із динамікою її різних ідентичностей, особливостями процесу соціалізації, місцем цієї соціальної групи в суспільстві тощо. Знання про когнітивний, особистісний та культурний потенціал представників похилого віку та активне використання цього потенціалу є одним із шляхів подолання ейджизму (дискримінації за віком). Знання і врахування соціо-психологічних особливостей осіб похилого віку є важливою умовою підтримки й зміцнення стану здоров'я, вдосконалення і підвищення якості життя, формування позитивного ставлення до осіб літнього віку в суспільстві.

Під час дослідження якості життя осіб похилого віку нами було визначено вплив психологічного комфорту та соціальної активності на формування здоров'я досліджуваного контингенту. Для більш детального аналізу їхнього комфортного життя вивчалась задоволеність життям досліджуваного контингенту (Табл. 3.12 – 3.13).

У жінок 60-65 років інтерес до життя на високому рівні виявлено у 4,1 % осіб, на середньому рівні 21,1 % та низькому – 67,8 % (табл. 3.12). Такі значення дозволяють зробити висновки, що ця статево-вікова група не вбачає інтересу до життя як фактору формування сьогодення чи перспективного майбутнього. Вони розчаровані соціальним та матеріальним (здебільшого) становищем, і, як правило, живуть сьогоденням, не замислюючись перспективою. На нашу думку, жінкам 60-65 років після виходу на пенсію, зміни соціального статусу необхідно переключитися на особисте здоров'я, старіти гармонійно із їхнім оточенням.

Таблиця 3.12

Показники факторів індексу задоволеності життям жінок похилого віку (за методикою Б. Ньюгартен в модифікації Н. Паніної, 2001), (n=317)

Фактори ІЗЖ	Високий рівень ІЗЖ		Середній рівень ІЗЖ		Низький рівень ІЗЖ	
	кількість		кількість		кількість	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Інтерес до життя	13	4,1	89	28,1	215	67,8
Послідовність у досягненні цілей	29	9,1	67	21,1	221	69,7
Узгодженість між поставленими та досягненими цілями	29	9,1	80	25,2	208	65,6
Позитивна оцінка себе і своїх вчинків	15	4,7	4	20,2	238	75,1
Загальний фон настрою	25	7,9	68	21,4	224	70,7

Стосовно послідовності досягнення цілей у жінок-респонденток виявлено на низькому рівні у 69,7 %, узгодженість між поставленими та досягнутими цілями, на низькому рівні – 65,6 %. Хаотичність у виконанні роботи, незавершення розпочатих справ, непослідовність виконання жіночих справ та інша діяльність, засвідчують, що «втомлювальність» життям, ознаки стресу (інколи депресії), розчарування політичним, соціальним, фізичним, матеріальним становищем у жінок похилого віку знижують задоволення від життя.

Варто відзначити, що 4,7 % респонденток оптимістично налаштовані, позитивно оцінюють свою життєву ситуацію та отримують задоволення від життя. Однак на низькому рівні позитивно себе оцінюють 75,1 %. Загальний фон настрою як фактор ІЗЖ на високому рівні виявлено лише у 7,9 % досліджуваних.

Стосовно респондентів чоловічої статі, то рівень задоволеності в них дещо вищий ніж у жінок даного віку (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

**Показники факторів індексу задоволеності життям
чоловіків похилого віку (за методикою Б. Ньюгартен в
модифікації Н. Паніної, 2001), (n=187)**

Фактори ІЗЖ	Високий рівень ІЗЖ		Середній рівень ІЗЖ		Низький рівень ІЗЖ	
	кількість		кількість		кількість	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Інтерес до життя	8	4,3	62	33,2	117	62,6
Послідовність у досягненні цілей	26	13,9	69	36,9	93	49,7
Узгодженість між поставленими та досягненими цілями	28	14,9	65	34,8	91	48,7
Позитивна оцінка себе й своїх вчинків	17	9,1	79	42,2	100	53,5
Загальний фон настрою	10	5,3	64	34,2	113	60,4

Зокрема, чоловіки 60-65 років проявили інтерес до життя на середньому рівні 33,2 % досліджуваних, на відміну від 28,1 % жінок. Послідовність у досягненні поставлених цілей та узгодженість між поставленими та досягнутими цілями у чоловіків-респондентів було виявлено на високому рівні 13,9 % та 14,9 %, на середньому рівні – 36,9 % та 34,8 %, на низькому рівні – 49,7 % та 48,7 % відповідно. Такі свідчення, на нашу думку, є результатом того, що чоловіки цього віку менш емоційні, більш стресостійкі, схильні до прийняття раціональних рішень, позитивно оцінюють себе та свої вчинки 42,2 % – на середньому рівні, 9,1 % – на високому рівні (відповідно). Позитивний, оптимістичний настрій виявлено у 5,3 % чоловіків.

Для порівняння та виявлення достовірних даних задоволеності життям досліджуваних осіб 60-65 років, визначення суб'єктивного щастя, емоційного переживання індивідом власного життя як цілого, що відображає загальний рівень психологічного благополуччя, нами проведено опитування за «Шкала задоволеності життям» (SWLS). Цей

короткий скринінговий опитувальник призначений для масових опитувань респондентів про ступінь задоволеності їх життям за допомогою запропонованої методики E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen і S. Griffin в 1985 році, адаптований і валідизований Д.А. Леонтьєвим та Е.Н. Осиним в 2003 році.

Таблиця 3.14

**Показники задоволеності життям за Е. Diener
(в адаптації Д.А. Леонтьєвим і Е.Н. Осиним, 2003),
осіб 60-65 років (n=504), %**

Кількість балів	Оцінка	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
30-35 балів	Надзвичайно задоволений	3,8	7,5
25-29 балів	Дуже задоволений	5,4	9,1
20-24 балів	Більш-менш задоволений	11,4	10,2
15-19 балів	Злегка незадоволений	13,2	11,8
10-14 балів	Незадоволений	40,1	41,2
5-9 балів	Дуже незадоволений	26,2	20,3

Як видно із таблиці 3.14, серед досліджуваних жінок переважає незадоволений (40,1 %) та дуже незадоволений (26,2 %) стан життям, така ж тенденція спостерігається й у чоловіків. Респонденти вважають, що у них все погано, визначають негативну ситуацію у всіх сферах. Окрім того, такий рівень незадоволеності життям зумовлює низьку ефективність будь-якої діяльності, що негативно відображається на настрої та здоров'ї. Також високий рівень незадоволеності життям у цьому віці можна пов'язати із зміною соціального статусу, відчуттям себе непотрібним, самотнім. Така незадоволеність вказує на негативну оцінку людиною основних своїх життєвих сфер: здоров'я, особистого життя, фінансів, роботи тощо.

Задоволеність життям середнього рівня зазначили 13,2 % жінок та 11,8 % досліджуваних чоловіків. На нашу думку, такі люди мають незначні, але важливі проблеми у різних сферах діяльності свого життя. Інший випадок – в основному у респондентів все добре, але є одна якась суттєва проблема, наприклад, в здоров'ї, проблеми у родичів, фінансах, особистому житті.

Вище середнього рівня задоволеності життям встановлено у 11,4 % респонденток та 10,2 % респондентів чоловіків. Ці люди загалом задоволені життям, однак хотіли б поліпшити становище в більшості сфер своєї життєдіяльності, наприклад, в здоров'ї або в особистому житті.

Із високим рівнем задоволеності життям виявлено жінок 5,4 % та чоловіків – 9,1 %, із дуже високим рівнем – 3,8 % жінок та 7,5 % чоловіків. Зазвичай такі люди абсолютно задоволені своїм життям. Безумовно, і в них є складнощі та помилки, окремі сфери життєдіяльності, які б вони хотіли поліпшити, однак загалом вони насолоджуються життям і відчують, що в основних сферах їх життя – сім'ї, фінансах і здоров'ї – все відносно добре.

Отже, виходячи із даних соціологічного дослідження, можна стверджувати, що люди похилого віку мають переважно дуже низький, низький та середній рівні задоволеності життям. На нашу думку, їх необхідно залучати до оздоровчо-рекреаційної рухової активності у повсякденному житті, розвивати у них вміння організовувати власне активне дозвілля.

Окрім задоволеності життям на здорове функціонування осіб похилого віку у суспільстві впливає соціально-психологічна адаптація (СПА), що є певним взаємодоповненням активної і пасивної форм поведінки особистості, постійно спрямовується полярними тенденціями – процесами адаптованості та неадаптованості. Психорегуляційні механізми, які функціонують у внутрішньому світі людини, значною мірою залежать від пристосувальних умов (можливостей) як фактора формування гармонійної особистості.

Згідно педагогічного дослідження, результати тестувань за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда дозволили виокремити основні чинники адаптованості осіб похилого віку (табл. 3.15). За методикою дослідження, до таких чинників належать: адаптація, самосприйняття, сприйняття інших, емоційна комфортність, інтернальність (рівень суб'єктивного контролю), прагнення до домінування.

Серед чинників СПА найбільше значення виявлено у жінок самосприйняття (73,5 %) та інтернальність (66,2 %). Самосприйняття – процес орієнтування людини у власному внутрішньому світі в результаті самопізнання, порівняння себе з іншими людьми.

Таблиця 3.15

Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації досліджуваних (за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда, 2001) (n=504), %

Чинники СПА	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
Адаптація	54,6	53,5
Самосприйняття	73,5	44,4
Прийняття інших	53,3	48,7
Емоційна комфортність	40,7	62,2
Інтернальність	66,2	42,8
Прагнення до домінування	42,9	68,4

Одні вчені пов'язують самосприйняття з самосвідомістю, інші – з ідентичністю. Найважливішою соціальною умовою, в якій розвивається самосприйняття осіб похилого віку, є фізичне та психологічне здоров'я. Щодо інтернальності як рівня суб'єктивного контролю, то жінки 60-65 років вважають, що події їхнього життя зумовлені насамперед особистісними якостями (компетентністю, цілеспрямованістю, рівнем здібностей тощо) і є закономірними наслідками власної діяльності. Варто зазначити, що були випадки, коли респондентки мали екстернальний тип, тобто були переконані, що їх успіхи й невдачі залежать насамперед від зовнішніх обставин – умов навколишнього середовища, дій інших людей, випадковості, збігу щасливих чи нещасливих обставин.

У респондентів чоловічої статі найсуттєвішим чинником СПА виявлено прагнення до домінування (58,4 %). Таким респондентам притаманні прояви мотивів досягнення першості, прагнення до слави, отримання нагород, почесного місця в якійсь галузі діяльності, сфері суспільного життя. У суспільній

діяльності окреслений чинник для чоловіків похилого віку може відігравати об'єктивну та відносно позитивну роль, стимулюючи підвищену соціальну активність людини.

У респондентів чоловічої статі на 62,2 % пріоритетним є чинник СПА «емоційна комфортність». Це проявляється, на нашу думку, через усвідомлення і розуміння власних емоцій, емоцій оточуючих. Чоловіки з вищим рівнем емоційного інтелекту добре розуміють свої емоції і почуття інших людей, можуть ефективно керувати своєю емоційною сферою, тому в суспільстві їхня поведінка більш адаптивна, вони легше досягають своїх цілей у взаємодії з оточуючими. Викликає зацікавлення той факт, що у досліджуваних жінок емоційна комфортність із-поміж чинників СПА на найнижчому рівні. Це, на нашу думку, пов'язано із інтернальністю сприйняття оточуючого.

Згідно з опитуванням на приблизно однаковому рівні у респондентів виявлено чинник СПА «адаптація» (у жінок – 54,6 %, у чоловіків – 53,5 %). Адаптація як спосіб, завдяки якому особи похилого віку відповідають на вплив навколишнього середовища, має велике значення для комфортного та активного старіння. Заняття руховою активністю може слугувати засобом швидшої та нормальної адаптації для цієї вікової групи, залучаючи літню людину до соціальної активності як здорового індивіда.

Для визначення рівня психічних станів, нами використовувалася методика самооцінки психічних станів за Г. Айзенком (Табл. 3.16). У людей похилого віку було виявлено психічні стани: тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність. Отож за даними соціологічного дослідження, встановлено, що респонденти 60-65 років реально оцінюють ситуацію, що склалася, вміло володіють своїм рівнем тривожності, у них висока самооцінка і вони не бояться труднощів.

Таблиця 3.16

**Рівень психічних станів досліджуваних за Г. Айзенком
(n=504), %**

Рівень психічних станів	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
Тривожність		
Низький	28,4	45,5
Середній	36,9	37,4
Високий	34,7	17,1
Фрустрація		
Низький	2,5	19,8
Середній	36,9	43,9
Високий	60,6	36,4
Агресивність		
Низький	30,9	11,8
Середній	27,8	38,5
Високий	41,3	49,7
Ригідність		
Низький	3,5	33,2
Середній	59,9	33,7
Високий	36,6	33,2

Тривожність є психічним станом осіб похилого віку. У нашому дослідженні виявлено, що жінки проявляють тривогу на високому рівні 34,7 %, на середньому – 36,9 %, на низькому – 28,4 %. У чоловіків дані стану тривожності дещо інші, зокрема, на високому рівні – 17,1 %, на середньому – 37,4 % та на низькому – 45,5 %. Тривожність – це індивідуальна властивість людини похилого віку, риса характеру, яка проявляється

нахилом до надмірного хвилювання та прояву тривоги в ситуаціях, які загрожують невдачами чи неприємностями. Необхідно вказати, що йдеться про психологічну загрозу, тобто таку, що має суб'єктивний характер і не проявляється як фізична небезпека. Такими ситуаціями для респондентів 60-65 років можуть бути: наявність певних захворювань, самотність у зв'язку із смертю члена родини, порівняння себе з тими, хто має певну перевагу, конфлікти.

Негативна соціальна оцінка особистості (у мікро- та макросередовищі), її значущі стосунки, що загрожують престижу, людській гідності – фактори, які спричиняють у людей похилого віку стан фрустрації. Фрустрація – це своєрідне емоційне самопочуття, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості й діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи. Фрустрація виникає внаслідок конфліктів особистості з іншими, особливо в колективі, де людина не має підтримки, співчутливого ставлення. Таким колективом у похилому віці може бути сім'я, родичі, колишні співробітники, сусіди, оточуючі. Серед досліджуваних осіб похилого віку у жінок фрустрацію виявлено на високому рівні в 60,6 %, на середньому – 36,9 %, на низькому – 2,5 %. У чоловіків – на високому рівні 36,4 %, на середньому – 43,9 %, на низькому – 19,8 %.

Також згідно з опитувальником визначення рівня психічних станів (за Г. Айзенком) нами розкрито рівні прояву агресивності серед жінок та чоловіків похилого віку. Так, у жінок виявлено показники на високому рівні у 41,3 %, на середньому – у 27,8 %, на низькому – у 30,9 %. У чоловіків, відповідно, на високому рівні – у 49,7 %, на середньому – у 38,5 %, на низькому – у 11,8 %. Основними факторами, що зумовлюють підвищення рівня агресивності у осіб похилого віку, є: підвищений рівень тривожності та депресії, підвищена емоційна реактивність, підвищена ворожість та подразливість, негативна афективність, перевищена (понижена) самооцінка, певні особливості мотиваційної сфери, низький рівень розвитку інтелекту, антисоціальна спрямованість особистості. На нашу думку, серед чинників, які перешкоджають прояву агресивності, можуть бути залучення до громадської роботи, рухової активності,

любов, дружні стосунки, а також такі особистісні якості, як поміркованість, толерантність, завбачливість, безконфліктність, високий самоконтроль. Також, на думку фахівців, на процес розподілу ролей в агресивній ситуації впливають такі фактори як соціальний статус, соціальне прийняття або неприйняття (ролі) та самооцінка власної поведінки в ситуаціях агресії.

У осіб похилого віку виявлено низьку здатність реорганізовуватися при виконанні завдань, якщо цього потребують обставини, тобто стан ригідності. Причому у жінок та в чоловіків прояв ригідності спостерігався і в пізнавальній діяльності, і в емоційному житті, і в поведінці. У пізнавальній діяльності ригідність виявлялася у повільній трансформації уявлень при зміні діяльності та умов життя; в емоційному житті – у квалості, уповільненій зміні почуттів; у поведінці – в інертності мотивів та морально-етичних вчинків при цілковитій їх недоцільності.

Так, однією з важливих причин порушення функціонування організму у похилому віці є недостатня гіпокінезія. Малорухливий спосіб життя (гіпокінезія) передусім зумовлює зміни стану серцево-судинної системи, що в похилому віці є однією з найслабших ланок організму.

У сучасному суспільстві гіпокінезія зумовлена, насамперед, способом життя людини, механізацією та автоматизацією виробництва. Окремою складовою рухової активності для людей похилого віку є психологічна. Адже з виходом на пенсію зміна режиму дня, відсутність спілкування із колегами та інші фактори можуть слугувати дисбалансом психічних станів особистості.

Під час дослідження нами було визначено потребу в активності людей похилого віку (Табл. 3.17).

Серед великих потреб потреба в активності у чоловіків превалює у половини всіх досліджуваних, на відміну від 36,9 % – у жінок. У цьому випадку ми розуміємо потребу як стан живого особи похилого віку, що виражає необхідність у чомусь, залежність від об'єктивних умов життєдіяльності, є рушійною силою їхньої активності. Саме потреба в активності визначалася фактором формування активного довголіття. Варто відзначити, що біологічні, соціальні потреби в похилому віці реалізуються під час їх задоволення, активного освоєння предметів споживання.

Таблиця 3.17

Потреба в активності досліджуваних (n=504), %

Потреба	Жінки (n=317)	Чоловіки (n=187)
Велика потреба	36,9	50,3
Середня потреба	35,3	37,4
Низька потреба	16,4	8,0
Парабіотичний стан викликаний втомуо, недосипанням чи ін.	11,3	4,3

Викликає занепокоєння той факт, що в частини жінок похилого віку (11,3 %) та чоловіків цього ж віку (4,3 %) виявлено парабіотичний стан, який вказує на негативне самопочуття обстежуваного, зумовлене втомуо, недосипанням, наявністю хвороб, депресій чи іншими причинами.

3.5. Розумова працездатність та когнітивні функції осіб похилого віку.

Розумова працездатність у похилому віці – провідний показник активного функціонування стану психіки, що відображає основні її властивості: увагу, сприймання, мислення, пам'ять тощо. Розумова працездатність проявляється в здатності людини сприймати і переробляти інформацію, приймати рішення і діяти, що свідчить про прояв когнітивних функцій у похилому віці.

Для дослідження когнітивних функцій осіб похилого віку застосувались міні-дослідження когнітивного стану (тест MMSE), в яких було оцінено такі показники, як орієнтація у просторі, пам'ять, увага, мова, сприйняття оточення, лічильні властивості, читання та письмо (табл. 3.18). На нашу думку, саме ці показники піддаються корекції у похилому віці за допомогою оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Таблиця 3.18

Показники когнітивних функцій досліджуваних (n=504)

Показник когнітивних функцій, балів	Жінки (n=317)		Чоловіки (n=187)	
	Абсолютна кількість	%	Абсолютна кількість	%
Норма, 28-30 б	293	92,4	159	85,0
Когнітивні порушення, 24-27 б	21	6,6	21	11,2
Легка деменція, 20-23 б.	3	0,9	5	2,6
Помірна деменція, 11-19 б	0	0	0	0
Тяжка деменція, 0-10 б	0	0	0	0

Під час дослідження жінок 60-65 років виявлено показники когнітивних функцій у нормі у 92,4 % респонденток, мали незначні когнітивні порушення 6,6 %, у 0,9 % – виявлено легку деменцію. У чоловіків цього ж віку виявлено дещо нижчі показники, але не критично низькі. Так, показники когнітивних функцій у нормі виявлено у 85,0 % опитаних, мали незначні когнітивні порушення 11,2 %, у 2,6 % виявлено легку деменцію.

На думку В. Фролькіса [333], термін «деменція» об'єднує групу розладів мозку, які сприяють поступовому погіршенню діяльності мозку, навичок мислення та здатності виконувати повсякденні завдання. В осіб похилого віку із виникненням деменції можуть також появлятися проблеми із психічним здоров'ям і поведінкою. Процес, який викликає психічні розлади, часто є дегенеративними змінами в мозку (через пов'язані із віковими процесами пошкодження мозку). Концентрація уваги як показник розумової працездатності з віком значно знижується. Метод дослідження «Коректурна проба» (за Б. Бурбоном) – це своєрідний тест, результати якого допомогли оцінити рівень концентрації досліджуваних осіб, їх уважність, здатність швидко виконувати письмові завдання. Ця методика за числом зроблених помилок використовується для визначення обсягу уваги (за кількістю переглянутих букв) і її концентрації.

Таблиця 3.19

**Показники розумової працездатності досліджуваних
(n=504)**

№	Концентрація уваги	Жінки (n=317)		Чоловіки (n=187)	
		Абсолютна кількість	%	Абсолютна кількість	%
1	Дуже висока	12	3,8	14	7,5
2	Висока	57	17,9	20	10,7
3	Середня	121	38,2	72	38,5
4	Низька	117	36,9	64	34,2
5	Дуже низька	10	3,2	17	9,1

Як видно із таблиці 3.19, показники концентрації уваги у жінок також дещо нижчі від чоловіків 60-65 років. Так, дуже високий рівень концентрації виявлено у 7,5 % чоловіків-респондентів, а у жінок – 3,8 %. Середній рівень концентрації уваги не має гендерної відмінності. Однак привертає увагу і той факт, що з дуже низькою концентрацією уваги респонденток виявлено 3,2 %, а чоловіків – 9,1 %. Такі результати розумової працездатності осіб похилого віку передусім є результатом життєдіяльності, способу життя. Треба врахувати, що розумова праця відбувається в умовах малої рухової інтенсивності, це сприяє розвитку процесів гальмування в корі великих півкуль, виникають умови для підвищеної стомлюваності, зниження працездатності, погіршення загального самопочуття. Найдієвішим засобом боротьби із розладами функцій головного мозку є рухова активність та соціалізація людей похилого віку. У людей, які систематично й активно займаються фізичними вправами, підвищується психічна, розумова й емоційна стійкість при виконанні напруженої розумової чи фізичної діяльності. При формуванні та вдосконаленні психічних процесів, наприклад, уваги, використовуються різні педагогічні прийоми й засоби фізичної культури. Ефективним універсальним засобом розвитку

уваги є оздоровчо-рекреаційна рухова активність. Це пояснюється тим, що такі дії вимагають високого рівня прояву різних якостей уваги. Заняття ОРПА завжди супроводжуються певною розумовою активністю. Зростає роль уваги, точності рухів, швидкість реакції, адже розумова працездатність людини у похилому віці залежить від стану психофізіологічних якостей. До таких зараховуємо загальну витривалість, швидкість розумової діяльності, здатність до перемикання і розподілу, концентрацію і стійкість уваги, емоційну стійкість.

Особливу роль при заняттях ОРПА відіграє рухова, тактильна й вестибулярна пам'ять, яка пов'язана із запам'ятовуванням, збереженням та відтворенням інформації. Відомо, що тонус і працездатність головного мозку підтримуються та оптимізуються протягом тривалих проміжків часу скороченням і напруженням різних м'язових груп. Особливо сприятливим є ритмічне чергування скорочення м'язів з їх подальшим розтягуванням та розслабленням, що фіксуємо під час ходьби, бігу, плавання та інших фізичних вправах. Під час тренувань частішає пульс, що має позитивний вплив на роботу мозку. Мозкова активність посилюється, коли відбувається достатнє збагачення кров'ю, а отже, і киснем.

Пам'ять, засвоєння інформації, увага, швидкість реакції – це основні загальні параметри розумової та фізичної працездатності. Саме під час занять оздоровчо-рекреаційною діяльністю людина навантажує організм фізично й розумово, чим сприяє покращенню стану свого здоров'я, розвитку мозкової діяльності, а тривале й значне обмеження фізичної активності людини похилого віку призводить до негативних змін, серед яких – погіршення розумової працездатності, зниження функції уваги, мислення і пам'яті.

3.6. Характеристика рухової активності осіб похилого віку

На нашу думку, ключовим фактором формування гармонійно-розвиненої здорової особистості у похилому віці є рухова активність. Але за рахунок рухової активності можна сповільнити темпи старіння організму, покращити фізичну та розумову працездатності, якість та задоволеність життям,

психофізіологічний стан організму. Для детальнішого вивчення структури, об'єму, тривалості рухової активності у похилому віці нами вивчалася низка передумов, що впливають на залучення до рухової активності у похилому віці.

Щоб виявити перешкоди для прояву життєвої активності людей похилого віку, в тому числі для залучення їх до ОРРА, було проведено опитування 504 респондентів, яким було запропоновано відзначити причини виникнення стану пригніченості за їх значимістю (табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Ранг причин тривожності людей похилого віку (n=504)

Варіант відповіді	Ранг
Невпевненість в собі	1
Почуття своєї непотрібності, відчуженості	2
Втрата колишніх соціальних зв'язків (робота, друзі)	3
Відсутність перспектив в майбутньому	4
Низька заробітна плата (пенсія)	5
Погане самопочуття (здоров'я)	6
Наявність почуття тривоги, самотності, стресу, депресії	7
Наявність екстремальних (несприятливих) життєвих ситуацій	8
Нестача особистого часу	9
Відсутність можливості проявити свої професійні знання і навички	10
Відсутність загальних інтересів і контактів з іншими віковими групами	11

На підставі результатів опитування ми сформулювали найбільш типові проблеми, що заважають людям похилого віку продуктивно брати участь у суспільному житті, займатися самоосвітою, мати позитивну життєву позицію і самореалізовуватися, залучатися до ОРРА. До них відносяться:

- неадекватне сприйняття себе як особистості після зміни соціального статусу;
- переживання стану емоційного неблагополуччя (постійна присутність почуття тривоги, самотності, стан емоційного стресу і депресії);
- погіршення стану здоров'я у зв'язку з природними процесами старіння;
- погана адаптація до швидко змінних соціально-економічних, суспільно-політичних і ментальних особливостей суспільства;
- порушення системи міжособистісних, особистісно-групових, особистісно-соціальних комунікацій;
- наявність екстремальних, кризових життєвих ситуацій тощо.

На вирішення окреслених проблем, на нашу думку, найбільше впливають такі фактори: відсутність державної підтримки оздоровчо-рекреаційних програм для осіб похилого віку, нечисленна кількість фахівців, обізнаних із особливостями роботи з літніми людьми, тощо.

Останнім часом розробники політики стимулювання здорового способу життя стали звертати підвищену увагу на поведінкові фактори, які впливають на прийняття людьми рішення про зміну стилю і способу життя, справедливо вважаючи, що знання цих детермінант, їх урахування при розпрацюванні відповідних заходів державної політики дозволить надати реалізованим заходам більшої цілеспрямованості, підвищити їх результативність.

Тому, перш ніж перейти до безпосереднього аналізу заходів щодо стимулювання рухової активності осіб старшого віку, проаналізуємо основні фактори мотивації і демотивації людей похилого віку до занять рекреаційно-оздоровчою діяльністю. Прийняття рішень літніми людьми про заняття будь-яким видом оздоровчо-рекреаційної рухової активності – складний процес, що формується під впливом різних факторів. Організуючи різні заходи з метою пропаганди рухової активності серед осіб

старшого віку, їх ініціатори повинні враховувати той факт, що літнім людям, навіть тим, які усвідомлюють користь рухової активності, досить складно самостійно змінити свій спосіб життя. Бар'єрами до прийняття рішення про заняття рекреаційно-оздоровчою діяльністю можуть стати внутрішні чинники (страх падіння і отримання травм, відсутність інтересу) та організаційні (відсутність соціальної підтримки), а також екологічні фактори (погана погода) чи відсутність відповідної інфраструктури.

При організації кампаній із активізації способу життя громадян похилого віку особливий інтерес становить інформація про те, завдяки яким мотивам люди здатні змінити свій спосіб життя, адже їх вплив на поведінку може виявитися не таким, як очікували організатори.

В окремих дослідженнях був виявлений зворотньо причинно-наслідковий зв'язок між станом здоров'я і способом життя. Так, деякі учасники програм рухової активності відзначали, що покращення здоров'я стимулює їх займатися фізичними вправами, інші, навпаки, говорили про те, що вони стали б фізично активними, якби були здоровими.

З-поміж внутрішньоособистісних мотивів, крім поліпшення здоров'я, найчастіше літні респонденти називали отримання задоволення від занять фізичними вправами, а також їхній змагальний характер.

Наступна група – міжособистісні мотиви. Дослідження показують, що соціальна підтримка членів сім'ї, друзів, колег людини похилого віку також є важливим фактором, який мотивує літніх людей займатися фізкультурою і спортом. Нерідко фактор соціальної підтримки визначався другим за значимістю після фактора поліпшення здоров'я.

Мотивами або бар'єрами можуть слугувати й характеристики навколишнього середовища. Існують дослідження, що підтверджують статистично значимий зв'язок між характеристиками району проживання та фізичною активністю людей похилого віку: чим вищий так званий індекс депривації району, тим нижчим є

рівень фізичної активності. Окремим фактором, що діє на рівні спільнот, є фінансові стимули. Дані дослідження свідчать, що літні люди будуть найбільшою ймовірністю брати участь у безкоштовній або дешевій програмі рухової активності.

Отже, складових рухової активності осіб похилого віку є досить багато. Як показують дослідження, на значну частину з них може бути здійснено позитивний зовнішній вплив через облаштування навколишнього середовища відповідно до потреб людей похилого віку та через організацію відповідних програм з урахуванням виявлених факторів.

Для визначення мотивації людей похилого віку до рекреаційно-оздоровчої рухової активності нами був складений опитувальник, який складався з 32 питань:

- про стан здоров'я;
- мотиви до занять оздоровчою діяльністю;
- рівень рухової активності;
- кількість занять на тиждень, які відвідують респонденти;
- бажані умови для занять тощо.

Аналізуючи результати, отримані в процесі тестового опитувальника, ми встановили, що більшість опитаних респондентів (жінок 71,6 % та чоловіків 66,4 %), на жаль, хворіли або хворіють важкими захворюваннями, тільки 28,4 % жінок та 33,6 % респондентів-чоловіків не мають важких захворювань.

Під час дослідження було виявлено, що респонденти досить рідко займаються організованою рекреаційно-оздоровчою руховою активністю. Проте більшість рухової діяльності пов'язана із побутовими справами: хатні роботи, покупки у магазинах тощо. Саме це стало причиною незадоволення досліджуваних їхньою руховою активністю, адже лише 37,9 % опитаних жінок та 38,5 % чоловіків задовольняє власна рухова активність, тоді як більшість (51,7 % та 56,1 % відповідно) лише частково задоволені (рис. 3.11).

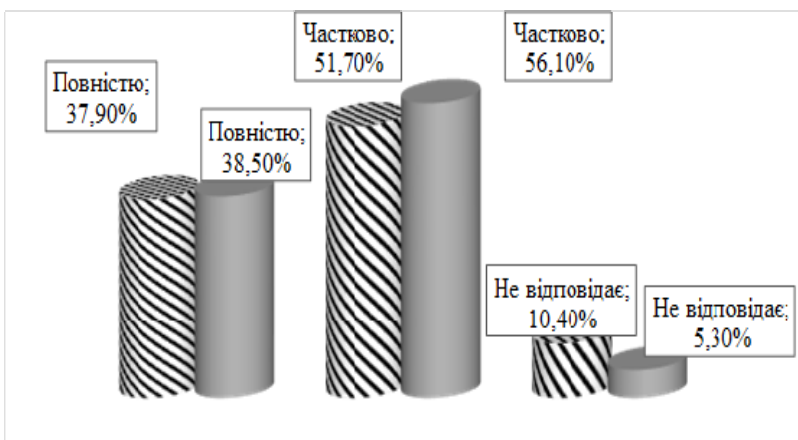


Рис. 3.11. Думка респондентів про відповідність рухової активності їхнім потребам (n=504), %:



– жінки;



– чоловіки

Подальший аналіз дослідження показує, що домінантною мотивацією серед людей похилого віку є бажання зміцнити здоров'я, що визначили 51,7 % жінок та 44,4 % чоловіків. Найменш важливими, на думку респонденток, є руховий голод, бажання порухатися, пограти, розвивати фізичні якості. Однак несуттєвими мотивами, на думку чоловіків 60-65 років, є наслідування відомій людині та бажання поліпшити фігуру, поставу, схуднути (рис. 3.12).

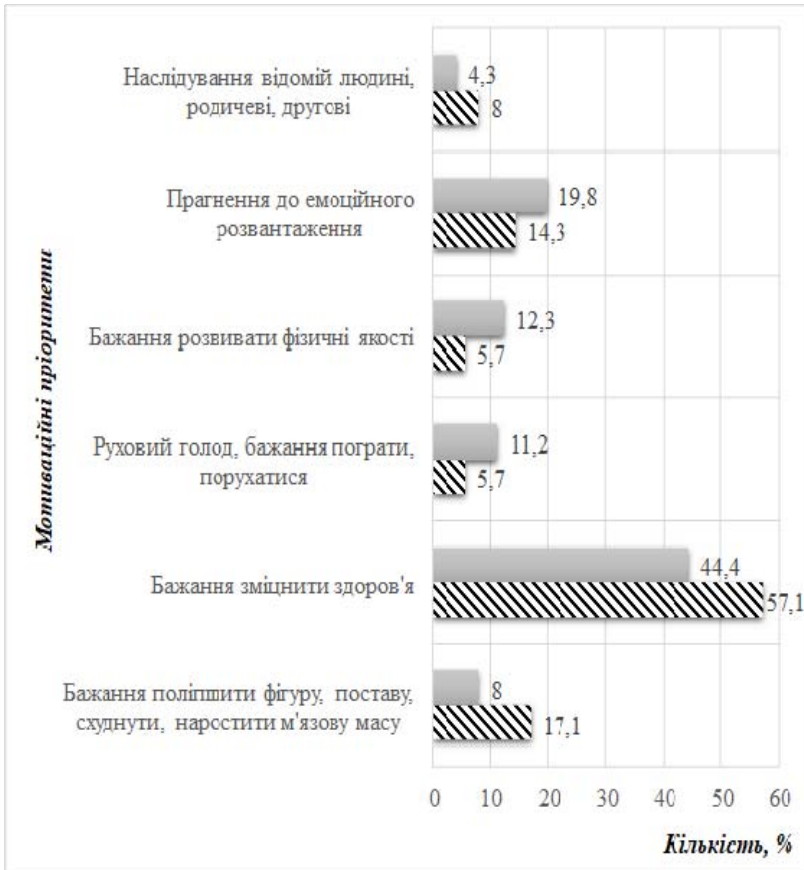
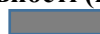


Рис. 3.12. Мотиваційні пріоритети людей похилого віку до рухової активності (n=504), %:



– жінки;



– чоловіки

У процесі дослідження виявлено, що основними факторами, які спонукають людей похилого віку до занять оздоровчо-рекреаційною діяльністю для жінок 60-65 років є поради друзів (22,7%) та сусідів (22,1%); публікації в газетах, журналах та мережі Інтернет (21,5%); поради дітей (19,6%). У чоловіків цього ж віку перевагу мають такі фактори: поради друзів (33,8%); знання про користь занять руховою активністю (21,4%); поради дітей (20,3%); відвідування змагань (16,8%).

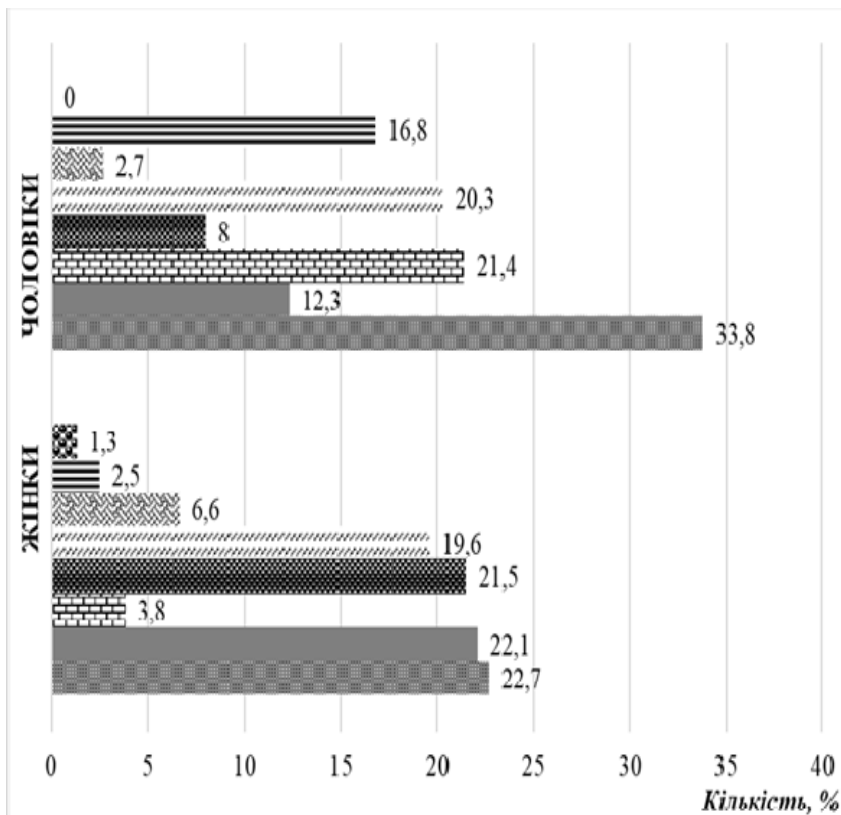










Рис. 3.13. Фактори, що спонукають до занять рекреаційно-оздоровчою діяльністю людей похилого віку, (n=504)%:

-  Поради друзів
-  Поради сусідів
-  Знання про користь занять руховою активністю
-  Публікації в газетах, журналах, мережі-інтернет
-  Пораду дітей
-  Телепередачі
-  Відвідування змагань
-  Інше

З-поміж причин, які стають на заваді заняттям оздоровчо-рекреаційною діяльністю респондентів, виявлено такі: відсутність спеціально обладнаних місць поблизу будинку, брак коштів для оплати занять, відсутність спеціальних знань, боязнь отримати травму на заняттях через вікові зміни в організмі, відсутність однодумців серед оточуючих ровесників для занять руховою активністю. Єдиної причини для занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю люди похилого віку не вказують. Однак підкреслимо, що помітна частина осіб похилого віку займається оздоровчо-рекреаційною руховою активністю із певних соціальних причин, передусім – це бажання бути престижними. Інші причини є малозначимими.

Згідно соціологічного опитування для визначення структури вільного часу осіб похилого віку, нами було виявлено, що респонденти переважно обирають пасивний відпочинок (жінки – 73,5 % та чоловіки – 62,2 %) та активний (жінки – 26,5 % та чоловіки – 37,8 %).

Проте серед умов, за яких люди похилого віку хотіли б займатись оздоровчо-рекреаційною діяльністю, респонденти вказують: свіже повітря (жінки – 33,7 % та чоловіки – 21,4 %) і басейн (жінки – 35,9 % та чоловіки – 27,8 %), водночас 31,0 % чоловіків надають перевагу заняттям у парковій зоні (рис. 3.14).

У процесі подальшого дослідження нами було виявлено резерви змістового наповнення дозвіллевої діяльності осіб похилого віку. Обсяг вільного часу пенсіонерів обумовлюється низкою факторів, серед яких центральне місце посідають хатні справи, турбота про близьких та задоволення природніх потреб (сон, приготування та вживання їжі, особиста гігієна).

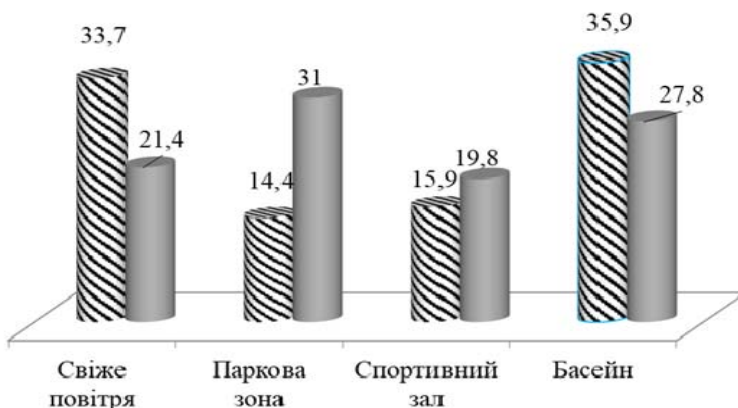


Рис. 3.14 Пріоритетні умови для занять рекреаційно-оздоровчою діяльністю людей похилого віку (n=504), %:



– жінки;



– чоловіки

Респонденти жіночої статі 60-65 років під час свого дозвілля найчастіше надають перевагу пасивному відпочинку (12,5 %), відвідуванню театру (9,1 %), товариським зустрічам (8,4 %), перегляду телепередач, фільмів (8,5 %), виїзду на лоно природи (6,3 %), роботі по господарству (6,2 %), читанню книг (5,8 %), відвідуванню рідних, друзів (5,7 %), прогулянці під час шопінгу (5,3 %), читанню преси (5,0 %), праці на присадибній ділянці (4,7 %), вивченню іноземних мов (4,4 %), слуханню музики (3,2 %), відвідуванню кінотеатрів (2,7 %), прийому гостей вдома (2,1 %), слуханню радіопередач (2,1 %), грі на музичних інструментах (1,8 %), хобі (1,4 %), участі у художній самодіяльності (1,1%), грі за комп'ютером (0,3 %). Однак варто зазначити, що більшість респондентів не проводять свій вільний час активно, наповнюючи організованою руховою активністю. Тільки 0,8 % досліджуваних жінок вказали, що займаються у дозвіллевий час танцями, 1,3 % – фізичними вправами, 1,3 % – прогулянками у парковій зоні.

Чоловіки-респонденти зазначають, що під час свого дозвілля пріоритетними для них є пасивний відпочинок (12,4 %), товариські зустрічі (7,7 %), хобі (7,3 %), робота по господарству (6,2 %), праця на присадибній ділянці (5,9 %), відвідування рідних, друзів (5,7 %), виїзд на лоно природи (5,5 %),

прогулянки у парковій зоні (5,5 %), відвідування театру (5,1 %), перегляд телепередач, фільмів (4,8 %), читання книг (4,5 %), прогулянка під час шопінгу (4,1 %), читання преси (4,1 %), виконання фізичних вправ (4,1 %), вивчення іноземних мов (3,4 %), слухання музики (2,2 %), відвідування кінотеатрів (театрів) (2,1 %), прийом гостей вдома (2,1 %), слухання радіопередач (2,1 %), гра на музичних інструментах (1,8 %), участь у художній самодіяльності (1,3%), гра за комп'ютером (1,3 %), заняття танцями (0,8 %).

Під час нашого дослідження виявлено, що серед жінок 60-65 років проводять за комп'ютером чи телевізором 4 і більше годин 37,4 %, 3-4 години – 34,1 %, 2-3 години – 20,9 %, до 1 години – 7,7 %. Тоді як прогулюються на свіжому повітрі протягом доби до 1 години – 39,6 %, 2-3 години – 30,8 %, 3-4 години – 25,3 %, більше 4 годин – 4,3 % респонденток (Рис. 3.15).

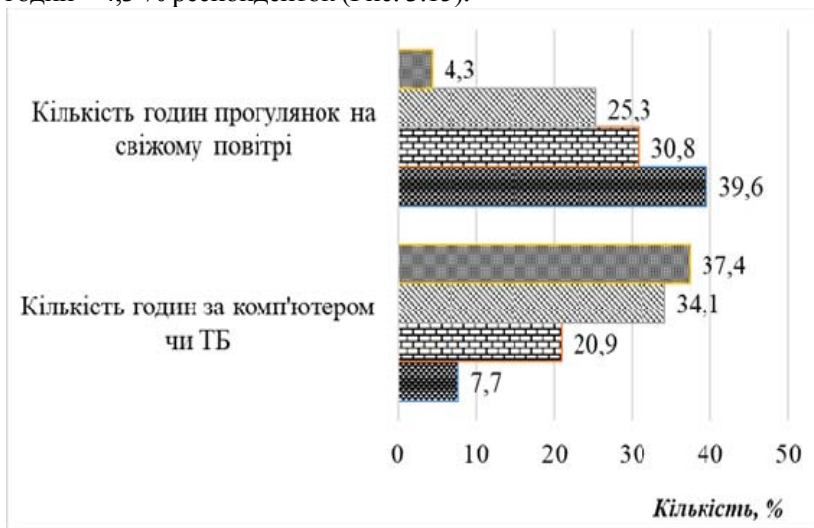


Рис. 4.15. Кількість годин проведених за комп'ютером, телевізором та прогулянок на свіжому повітрі протягом доби жінок похилого віку (n=317), %:



Серед чоловіків похилого віку проводять на свіжому повітрі протягом доби до 1 години – 35,5 %, 2-3 години – 31,4 %, 3-4 години – 27,3 %, більше 4 годин – 5,8 %, . Однак проводять за комп'ютером чи телевізором 2-3 години – 41,7 %, 4 і більше годин – 24,1 %, 3-4 години – 19,8 %, до 1 години – 14,4 % досліджуваних (рис. 3.16).

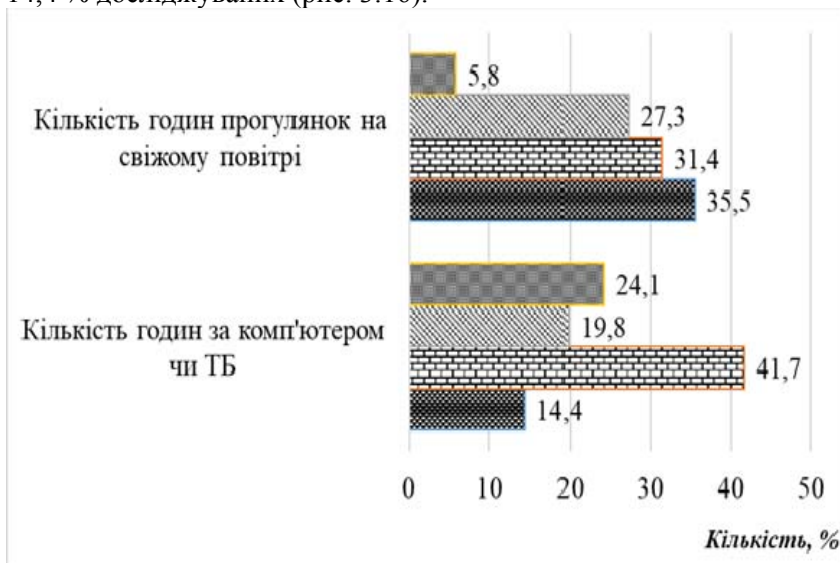


Рис. 3.16. Кількість годин проведених за комп'ютером, телевізором та прогулянок на свіжому повітрі протягом доби чоловіків похилого віку (n=187), %:



Результати отриманих досліджень дозволили встановити, що обсяг рухової активності осіб похилого віку має свої особливості, проте знаходиться у межах, нижчих фізіологічних норм. Як показують дослідження, більшість вільного часу люди похилого віку витрачають на звичну повсякденну рухову активність, переважно сидячий та малорухливий спосіб життя. Повсякденна недостатня організована рухова активність не забезпечує оптимального функціонування основних фізіологічних систем

організму та не створює умов для зміцнення здоров'я. Також респонденти вказують на необхідність займатися різними видами рухової активності у вільний час. Проте, як показують наші дослідження, лише незначна частина осіб похилого віку виконують фізичні вправи на практиці. Так тільки 4,1 % респондентів-жінок зазначили, що постійно виконують ранкову гігієнічну гімнастику, 42,6 % – інколи виконують, а 53,3 % – ніколи не виконують вранці фізичних вправ після сну. Крім того, впродовж дня у вільний час серед жінок-пенсіонерок не виконують самостійно вправи дома 50,8 %, інколи – 44,8 %, постійно виконують – 4,4 %. Стосовно респондентів чоловічої статі, то регулярно виконують ранкову гігієнічну гімнастику 6,4 %, інколи – 49,2 % та ніколи вдома не виконують ранкову гімнастику – 44,4 %. Не виконують самостійно вправи дома 41,7 % чоловіків, інколи – 50,8 %, постійно виконують – тільки 7,5 %.

Подальшим завданням нашого дослідження стало визначення пріоритетних напрямків оптимізації оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку, підбір раціональних засобів та методів, які б повністю задовольняли специфіку потреб даного контингенту, урахувуючи їхні інтереси, рівень здоров'я та можливості. Задля досягнення даної цілі нами здійснено соціологічне опитування з визначення їхніх потреб та інтересів стосовно оздоровчо-рекреаційної діяльності (додаток В).

Серед видів оздоровчо-рекреаційної діяльності для жінок похилого віку користувалися популярністю прогулянки (оздоровча ходьба) (21,1 %), оздоровчий біг (13,4 %), заняття у воді (13,2 %), ігрові види занять (11,7 %), скандинавська ходьба та орієнтування на місцевості (11,1 %), фітнес (7,1 %), настільні ігри (5,4 %), пілатес, йога, (5,4 %), гімнастика (4,4 %), лижні чи велосипедні прогулянки (3,4 %), туризм (2,4 %), дартс та городки (0,8 %), єдиноборства (0,6 %). Стосовно пріоритетних видів оздоровчо-рекреаційної діяльності для чоловіків похилого віку були прогулянки (оздоровча ходьба) (17,5 %), оздоровчий біг (15,4 %), заняття у воді (14,6 %), ігрові види занять (13,9 %), лижні чи велосипедні прогулянки (8,8 %), скандинавська ходьба та орієнтування на місцевості (7,2 %), єдиноборства (5,1 %),

туризм (4,4 %), настільні ігри (4,4 %), дартс та городки (3,8 %), гімнастика (2,4 %), фітнес (2,1 %), пілатес, йога, (0,4 %).

Основною метою занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю більшість жінок похилого віку вказали на покращення стану здоров'я (14,4 %), прагнення не відчувати себе самотнім (13,2 %), активний відпочинок, розваги (12,7 %), підвищення рухової активності (12,7 %) (табл. 3.21). Для чоловіків 60-65 років основною метою оздоровчо-рекреаційних занять були активний відпочинок, розваги (17,4 %), покращення стану здоров'я (15,4 %) та підвищення рухової активності (15,4 %). Найменш значущими і в жінок, і в чоловіків 60-65 років виступила мета «перевірка себе в екстремальних умовах».

Таблиця 3.21

Мета занять рекреаційно-оздоровчою діяльністю осіб похилого віку в умовах санаторно-курортного закладу (n=504), %

<i>Мета занять ОРПА</i>	<i>Жінки (n=317)</i>	<i>Чоловіки (n=187)</i>
Активний відпочинок, розваги	12,7	17,4
Спілкування з друзями	10,4	4,5
Самовдосконалення, самовираження	9,8	9,8
Уникнення самотності	13,2	10,2
Цікаво та захоплююче	10,9	9,7
Отримання задоволення, позитивних емоцій	5,8	3,2
Покращення стану здоров'я	14,4	15,4
Підвищення рухової активності	12,7	15,4
Перевірка себе в екстремальних умовах	1,2	3,2
Емоційна розрядка	4,6	5,8
Організація дозвілля	4,0	5,4

Досліджуванні обирали групові (жінки – 64,7 % та чоловіки – 55,1 %), індивідуальні (жінки – 25,2 % та чоловіки – 24,5 %) та самостійні (жінки – 11,4 % та чоловіки – 20,3 %) форми занять оздоровчо-рекреаційною діяльністю. Серед бачаного місця проведення занять 21,3 % жінок зазначили фізкультурно-оздоровчий центр, 40,6 % – на свіжому повітрі 38,1 % – вдома. Чоловіки надають перевагу заняттям у спортивному залі (44,4 %), свіжому повітрі (39,6 %) та вдома (16,0 %). На думку жінок похилого віку, рекреаційний ефект від занять ОРРА проявляється у покращенні здоров'я (28,4 %), нормалізації маси тіла (25,3 %) та покращенні фізичної працездатності (24,2 %) (табл.3.22). Проте чоловіки цього віку стверджують, що рекреаційний ефект проявляється у покращенні здоров'я (31,5 %) та покращенні фізичної працездатності (32,1 %).

Таблиця 3.22

Прояв рекреаційного ефекту від занять оздоровчо-рекреаційною діяльністю на думку осіб похилого віку (n=504), %

<i>Критерій рекреаційного ефекту</i>	<i>Жінки (n= 317)</i>	<i>Чоловіки (n=187)</i>
Покращення здоров'я	28,4	31,5
Покращення фізичної працездатності	24,2	32,1
Покращення розумової працездатності	12,6	10,4
Нормалізація маси тіла	25,3	17,2
Покращення настрою, самопочуття	4,2	5,6
Підвищення самооцінки	5,3	3,2

Після проведеного оздоровчо-рекреаційного заняття 30 % досліджуваних вказали на відчуття втоми, 40% – частково відчували втому та 30 % – не відчували втоми. На думку жінок 60-65 років, до програми оздоровчо-рекреаційної діяльності необхідно включати такі засоби: плавання (42,8 %), рухливі і спортивні ігри (38,8 %), танці і фітнес (10,2 %), туризм і

спортивне орієнтування (8,2 %). Тоді як при самостійному складанні програми респонденти-чоловіки включали б такі види ОРРА: плавання (42,8 %), рухливі та спортивні ігри (38,8 %) та ін. (табл. 3.23).

Таблиця 3.23

Пріоритетність видів оздоровчо-рекреаційної діяльності, які б люди похилого віку включили до оздоровчо-рекреаційної програми (n=504), %

<i>Види ОРРА</i>	<i>Жінки (n= 317)</i>	<i>Чоловіки (n=187)</i>
Рухливі й спортивні ігри	38,8	39,3
Плавання	42,8	44,2
Туризм і спортивне орієнтування	8,2	8,9
Екстримальні види спорту	0	5,4
Танці і фітнес	10,2	2,2

Успішність реалізації рухової активності вимірюється ступенем установки на внутрішню інтегрованість, розширенням соціальних зв'язків, поширенням ідей здорового способу життя, зміцненням почуття власної гідності. Сутність рухової активності визначається взаємодією особистості й соціального оточення, в процесі чого виробляється такий тип життєдіяльності, який сприяє ефективному виконанню людиною функцій відпочинку, адаптації, зміцнення духовного і фізичного здоров'я [5].

За допомогою Фремінгемського дослідження нами визначалися рівні рухової активності у осіб похилого віку. Спосіб життя жінок 60-65 років засвідчив, що на сидячий рівень ці респонденти затрачають 37,8 % добового часу, що є досить високим для даної статево-вікової групи (Рис. 3.17). До провідних видів діяльності сидячого рівня належать перегляд телепередач, читання, рукоділля, шиття, малювання, їзда сидячи, настільні та комп'ютерні ігри, прийом їжі. На малий рівень – особисту гігієну, стан з невеликою рухливістю, заняття в УТВ, пересування всіма видами транспорту і пішки – жінки похилого віку затрачають 16,2 % добового часу.

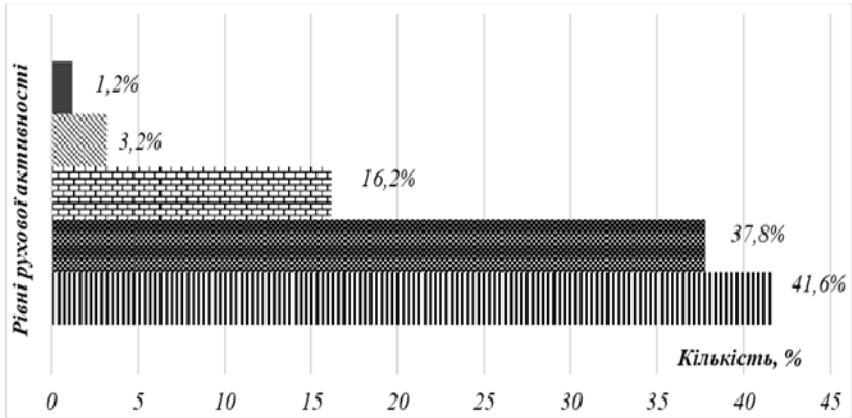







Рис. 3.17. Рівні рухової активності жінок похилого віку (n=317), %:

-  Високий рівень рухової активності
-  Середній рівень рухової активності
-  Малий рівень рухової активності
-  Сидячий рівень рухової активності
-  Базовий рівень рухової активності

Чоловіки у віці 60-65 років на базовий рівень рухової активності (сон, відпочинок лежачи) затрачують 41,6 % добового часу, що дорівнює майже 10 годинам доби (599 хвилин) (рис.3.18). На середній рівень – домашню роботу по господарству, прогулянки, ранкову гімнастику – чоловіки затрачують лише 4,2 % добового часу. І тільки 1,6 % часу затрачують на участь в спеціально організованих заняттях фізичними вправами.

У похилому віці можна умовно виділити деякі основні складові частини рухової активності: фізична активність, здійснювана під час суспільно-корисної і трудової діяльності; активність в процесі спеціально організованих вправ; спонтанна фізична активність у вільний час. Ці складові тісно пов'язані між собою. Доповнюючи одна одну, вони забезпечують певний об'єм добової рухової активності, рівень якої можна кількісно виміряти.

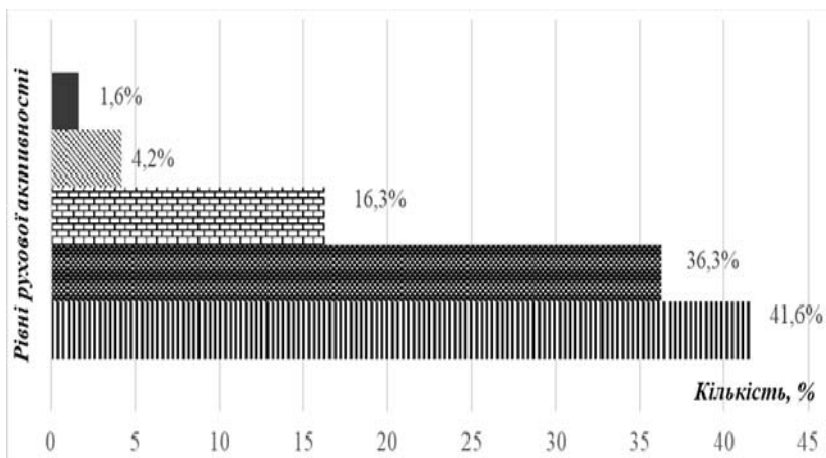
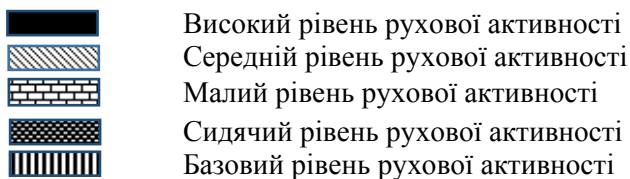


Рис. 3.18. Рівні рухової активності чоловіків похилого віку (n=187), %:



Отже, малорухомий спосіб життя передусім зумовлює передчасне старіння, пришвидшує «зношування» організму, які в похилому віці є однією із найбільш актуальних проблем. Гіпокнезія із віком значно впливає на функціональний стан організму осіб похилого віку. Аналіз рівнів рухової активності засвідчив, що люди 60-65 років вкрай рідко займаються спеціально-організованою руховою активністю, здебільшого досліджувані затрачують час на сидячий та малий рівні рухової активності.

Узагальнюючи результати анкетування, нами встановлено, що жінки похилого віку проводять інертно вільний час. Причинами низького рівня організації активного дозвілля людей похилого віку можна вважати:

- недостатній рівень власної культури, брак знань, вмінь, навичок самоорганізації;
- комерціалізація закладів проведення вільного часу;

- відсутність систематичної просвітницької роботи серед людей похилого віку;
- недорозвиненість оздоровчих форм проведення дозвілля;
- невідповідність пропонованих форм організації вільного часу потребам та інтересам осіб похилого віку;
- брак фахівців обізнаних у організації активного дозвілля із людьми похилого віку» [87].

3.7. Взаємозалежність показників рухової активності, якості та задоволеності життям, фізичної працездатності, здоров'я, біологічного віку осіб похилого віку

З метою встановлення значущості та взаємозалежності маркерів активного старіння при організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку нами було виконано кореляційний та факторний аналізи. Таким чином перевірено наявність кореляційного взаємозв'язку між показниками рівнів рухової активності та віком (табл. 3.24).

Таблиця 3.24

Кореляційний зв'язок рухової активності та біологічного віку респондентів, (n=504)

		Базовий рівень РА	Сидячий рівень РА	Малий рівень РА	Середній рівень РА	Високий рівень РА
П В	Коефіцієнт кореляції Пірсона	0,044	-0,020	-0,011	-0,018	0,007
	p-value	0,677	0,852	0,918	0,865	0,949
Б В	Коефіцієнт кореляції Пірсона	0,013	0,085	0,288	0,158	-0,841
	p-value	0,905	0,421	0,0056*	0,136	<2,2e-16**

Примітки:

ПВ – паспортний вік, БВ – біологічний вік;

** – коефіцієнт кореляції є значимим на рівні $p < 0,01$;*

*** – коефіцієнт кореляції є значимим на рівні $p < 0,001$*

Під час дослідження нами виявлено слабку позитивну (додатну) кореляцію між малим рівнем РА і біологічним віком ($r=0,228$; $p<0,01$), сильну негативну (від'ємну) кореляцію між високим рівнем РА та біологічним віком ($r=-0,841$; $p<0,01$), сильну позитивну кореляцію між показниками «сидячий РА» та «паспортний вік» ($r=0,851$; $p<0,01$). Дані свідчать про те, що рівні рухової активності мають суттєвий вплив на показники біологічного віку осіб 60-65 років.

Також нами визначався кореляційний взаємозв'язок між показниками рухової активності та якістю життя. Як видно із таблиці 4.23, тільки між змінними базового рівня та рівнем болю існує слабкий негативний зв'язок ($r=-0,220$; $p<0,1$).

Не визначено статистично значимого взаємозв'язку між руховою активністю «сидячий РА» та змінними сфери «якість життя», тільки між змінними «малий рівень рухової активності» та фізичною активністю, життєздатністю, психічним здоров'ям існує слабкий негативний зв'язок. Немає статистично значимого взаємозв'язку між руховою активністю середнього рівня та змінними з компонентами якості життя. Всі змінні з області «Якість життя» (за виключенням ролі емоційних проблем) мають додатний кореляційний взаємозв'язок з рівнем рухової активності «високий». Така залежність вказує, що особи похилого віку, відчують себе щасливішими, якщо їх життєдіяльність наповнюється руховою активністю.

Однак для глибшого розуміння ЯЖ та вивчення тих факторів, які формують у цьому віці ЯЖ, нами використовувався факторний аналіз – метод, який застосовується з метою дослідження взаємозв'язку між змінними групи «Якість життя» осіб похилого віку. Факторний аналіз дозволяє описати об'єкт вимірювання, тобто ЯЖ, у компактній формі. Дві основні цілі факторного аналізу: визначення взаємозв'язків між змінними (класифікація змінних), тобто «об'єктивна R-класифікація»; скорочення числа змінних, необхідних для опису даних. При аналізі в один фактор об'єднуються змінні, які сильно корелюють між собою, і, як

наслідок, відбувається перерозподіл дисперсії між компонентами й отримується максимально проста і наочна структура факторів.

Згідно з правилом Кайзера-Гуттмана для проведення факторного аналізу ЯЖ для осіб віком від 60-до 65 років (n=504) оптимальною кількістю факторів є 2 (рис. 3.19). Також відмітимо р-значення для тесту гіпотези про достатність двох факторів для того, щоб зафіксувати повну розмірність набору даних, становить 0,342.

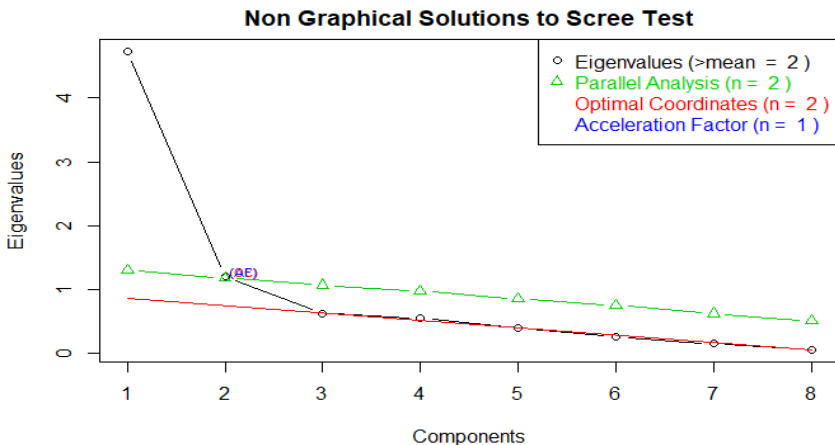


Рис. 3.19. Визначення оптимального числа факторів за правилом Кайзера-Гуттмана для факторного аналізу ЯЖ осіб похилого віку

Фактори ЯЖ жінок похилого віку ситановлять лінійну комбінацію змінних з ваговими кофіцієнтами, які представлені у таблиці 3.25. Отже, рухова активність та соціальна активність мають найвищий відсоток дисперсії, яка пояснюється лінійною комбінацією факторів.

Загалом фактор 1 пояснює 41,4% всієї дисперсії, і фактор 2 – 27,0% відповідно. Тому Total Explained Variance обидвох факторів дорівнює 68,4%.

Таблиця 3.25

**Вагові коефіцієнти факторного аналізу ЯЖ
жінок похилого віку (n=504)**

Компоненти ЯЖ	Вагові коефіцієнти	
	Фактор 1	Фактор 2
Загальний стан здоров'я	0,974	0,213
Рівень болю	0,515	0,652
Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності	0,507	0,271
Фізична активність	0,879	0,293
Психічне здоров'я	0,651	0,209
Роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності	0,284	0,956
Соціальна активність	0,173	0,719
Життєздатність	0,729	0,232

Унікальність, яку іноді називають шумом, відповідає пропорції мінливості, що неможливо пояснити лінійною комбінацією факторів. Висока унікальність змінної вказує на те, що фактори не враховують її відхилення:

Таблиця 3.26

Пропорції мінливості унікальності факторів, % (n=504)

Компоненти ЯЖ	%
Загальний стан здоров'я	5,0
Рівень болю	30,9
Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності	66,9
Фізична активність	14,1
Психічне здоров'я	53,2
Роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності	5,0
Соціальна активність	45,3
Життєздатність	41,4

Також нами обраховувалося навантаження кожної вихідної змінної у факторі. Змінні з високим навантаженням добре пояснюються фактором. Як видно із рис. 3.20, у факторі 1

найбільше навантаження несуть рухова активність (97,4%), загальний стан здоров'я (87,9%) та психологічне здоров'я (72,9%), тоді як у факторі 2 – соціальна активність 95,6%), роль емоційного стану (71,9%) та роль фізичної життєдіяльності (65,2%).

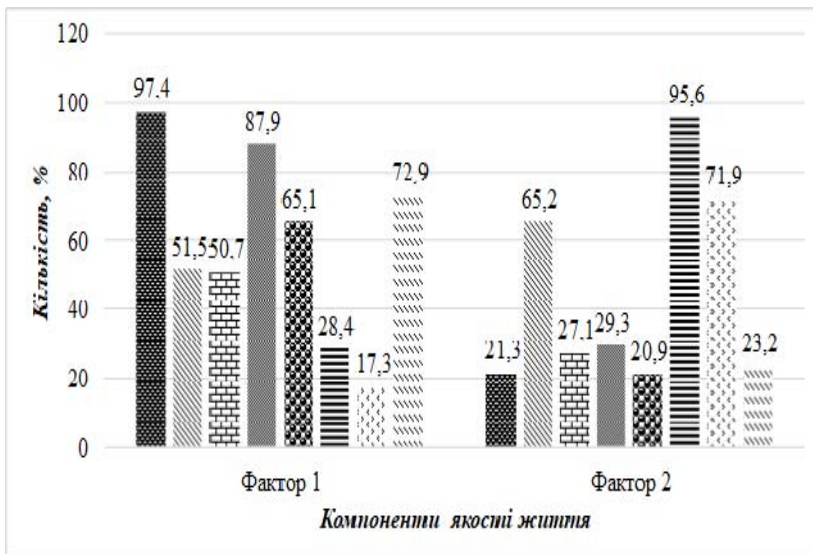










Рис. 3.20. Навантаження кожної вихідної змінної у факторі при вивченні ЯЖ, % (n=504)

-  Загальний стан здоров'я
-  Рівень болю
-  Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності
-  Фізична активність
-  Психічне здоров'я
-  Роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності
-  Соціальна активність
-  Життєздатність

Підраховуючи квадрат завантаження, ми обчислюємо частку загальної дисперсії змінної, яка пояснюється фактором.

Ця частка мінливості називається спільність (communality). Отже, обравши спільність у компонентах якості життя жінок 60-75 років, ми встановили, що рухова активність та соціальна активність демонструють кучність відповідей (спільність для змінних становить 99,5%, табл.3.27).

На основі детального вивчення взаємозв'язків між показниками активного старіння та факторного аналізу якості життя осіб похилого віку нами було визначено основні критерії ефективності концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності, які апробовано у практичній діяльності санаторно-курортних комплексів, фітнес-клубах, місця масового відпочинку, університетах третього віку.

Таблиця 3.27

Пропорції спільності факторів якості життя осіб похилого віку, % (n=504)

<i>Компоненти ЯЖ</i>	<i>%</i>
Загальний стан здоров'я	99,5
Рівень болю	69,1
Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності	33,0
Фізична активність	85,8
Психічне здоров'я	46,7
Роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності	99,5
Соціальна активність	54,6
Життєздатність	58,5

Важливими компонентами якості життя осіб похилого віку визначено фізичну активність, соціальну активність, загальний стан здоров'я. Тому критеріями ефективності концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності стали: якість життя, біологічний вік та темпи старіння, соціальна адаптація, задоволеність життям, когнітивні функції, розумова і фізична працездатності, рухова активність.

Враховуючи структуру анкети SF-36, можна виділити два компоненти – це фізична активність та соціальна активність. Відповідно ці компоненти можуть бути формалізовані як

латентні змінні. Отож перевіримо, чи є можливість структурувати складові якості життя осіб похилого віку у вигляді структурних рівнянь. Використовуючи метод максимальної правдоподібності, побудуємо модель, представлену на рисунку 4.24, де першою латентною змінною виступає фізична активність, що поєднує в собі показники «фізична активність», «роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності», «рівень болю», «загальний стан здоров'я»; другою латентною змінною виступає соціальна активність, що в свою чергу об'єднує показники «життєздатність», «соціальна активність», «роль емоційних проблем у обмеженні життєздатності» та «психічне здоров'я».

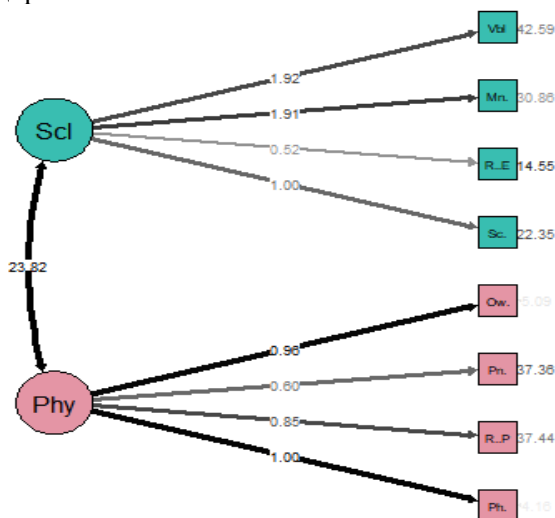


Рис. 3.21. Факторний аналіз показників якості життя осіб похилого віку (n=504)

Як видно з рисунку 3.21, модель, отримана на основі методу максимальної правдоподібності, є значимою ($p=0,00$). Причому зв'язок у структурних рівняннях описується наступними коефіцієнтами: зв'язок латентної змінної «фізична активність» із фізичною активністю як складовою якості життя дорівнює 1,00, із ролю фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності – 0,85, із рівнем болю – 0,60, із загальним станом здоров'я – 0,96. Таким же способом ми визначили коефіцієнти зв'язку другої

латентної змінної. Так, соціальна активність має коефіцієнт зв'язку 1,92 у життєздатності, 1,91 – у соціальній активності, 0,52 – у ролі емоційних проблем в обмеженні життєздатності та 1.00 – у психічному здоров'ї.

Оцінка коваріації між латентними змінними становить 23,82. Відповідно, коефіцієнт кореляції між ними становить 0,978, що свідчить про позитивний дуже сильний кореляційний взаємозв'язок.

Згідно нашого дослідження, оцінки дисперсії складових якості життя розташовані в діапазоні від 4,16 до 42,59. Так, у першій латентній найменша дисперсія у показників «фізична активність» (4,16) та «загальний стан здоров'я» (5,09), тобто в цих результатах найменше розсіювання показників від математичного сподівання, що свідчить про точніший результат. Стосовно другої латентної змінної, то найменшу дисперсію визначено у ролі емоційних проблем у обмеженні життєздатності (14,55) та психічному здоров'ї (22,35) (рис. 4.24).

Аналіз факторної структури показників якості життя дозволив визначити провідні фактори, що забезпечують активне старіння осіб похилого віку. Водночас аналіз факторної структури якості життя підтверджує наявність відмінностей у кількості та змісті факторів.

3.8. Експертна оцінка складових активного старіння

Крім математичного моделювання складових тривалості та якості життя, нами досліджувалася думка експертів. За допомогою експертної оцінки визначали ставлення до реалізації концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку. Серед експертів були керівники відділів, їх заступники та фахівці, які займаються питаннями фізичної культури і спорту в державних адміністраціях обласного та міського рівнів (4 чоловіків); представник обласного центру фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх» (1 чоловік), директори та методисти УТВ (4 жінок), фітнес-тренери (4 жінки та 1 чоловік), інструктори з фізичної культури (4 жінки, 2 чоловіки), викладачі ЗВО (3 жінки, 1 чоловік). Загальний обсяг експертної групи – 26 осіб, з яких 34,6 % – чоловіки та 65,4 % – жінки. Середній вік членів

експертної групи становив 44,7 роки, загальний стаж роботи – 21,3 роки. Переважна більшість осіб (92,3 %), які увійшли до складу експертної групи, мали вищу освіту, з них троє були кандидатами наук.

На думку експертів, найвпливовішими факторами уповільнення процесів старіння в осіб похилого віку є заняття руховою активністю ($9,1 \pm 1,1$ бали), повсякденна активність (фізична та соціальна) ($8,4 \pm 0,7$ бали) та підвищення якості життя ($8,2 \pm 0,9$ бали) (табл. 3.28).

Таблиця 3.28

Думка експертів стосовно факторів впливу на уповільнення процесів старіння (n=26), бали

Фактори	Σ	\bar{x}	m
заняття руховою активністю	236	9,1	1,1
задоволеність життям	213	8,2	1,2
підвищення рівня когнітивних функцій	201	7,7	0,7
покращення самооцінки	189	7,3	1,2
підвищення якості життя	214	8,2	0,9
повсякденна активність (фізична та соціальна)	219	8,4	0,7
підвищення рівня працездатності	203	7,8	0,5
психологічні комфортні взаємини із оточуючими (рідні, сусіди та ін.)	187	7,2	1,0
суспільна цінність особистості	178	6,8	0,5
фізична та екологічна безпека	199	7,6	0,5
забезпеченість	183	7,0	1,1
доступність і якість медичної допомоги	198	7,6	1,1
побут	195	7,5	0,7

Також експерти відзначають, що серед факторів, які негативно впливають на здоров'я осіб похилого віку, є гіподинамія ($8,9 \pm 1,2$ бали), вживання шкідливих речовин (алкоголь/нікотин та ін.) ($8,7 \pm 1,1$ бали), асоціалізація у зв'язку із старістю ($8,3 \pm 0,7$ бали), порушення режиму дня ($8,6 \pm 1,4$ бали), стреси ($8,8 \pm 0,7$ бали), нерациональне харчування ($8,2 \pm 0,6$ бали), недостатній рівень медичної допомоги ($7,9 \pm 0,8$ бали), рівень соціального захисту ($8,1 \pm 0,7$ бали), порушення режимів праці та відпочинку ($7,6 \pm 0,9$ бали).

Водночас результати експертного оцінювання підтвердили, що чинники, які суттєво впливають на якість життя осіб похилого віку, – це покращення фізичних якостей та загальної працездатності, покращення психологічних якостей особистості (емоції, рівень когнітивних функцій, самооцінка), залучення до суспільного життя (особисті взаємини, суспільна цінність), покращення навколишнього середовища (безпека, екологія, забезпеченість, доступність і якість медичної допомоги, можливість навчання, побут) (рис. 3.22). Також всі експерти заявляють про важливість впровадження концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку.

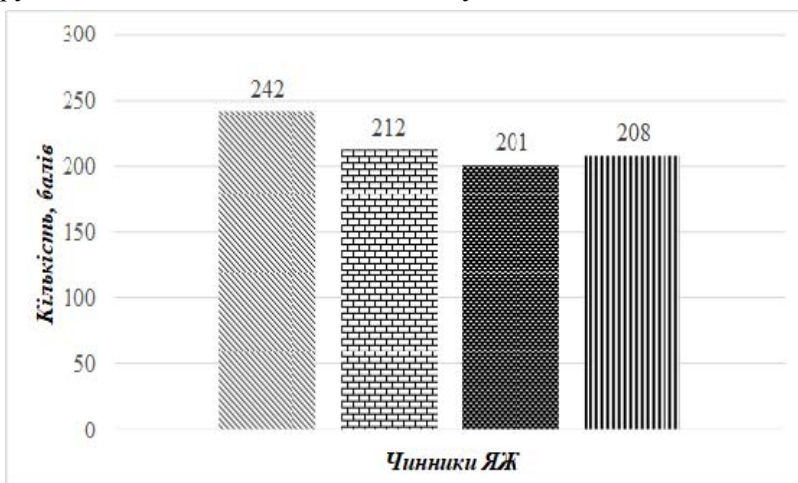






Рис. 3.22. Думка експертів, виражена сумою балів, стосовно чинників, які сприяють покращенню якості життя осіб похилого віку (n = 26), балів:

-  покращення фізичних якостей та загальної працездатності
-  покращення психологічних якостей особистості (емоції, рівень когнітивних функцій, самооцінка)
-  залучення до суспільного життя (особисті взаємини, суспільна цінність)
-  покращення навколишнього середовища (безпека, екологія, забезпеченість, доступність і якість медичної допомоги, можливість навчання, побут)

Прикро констатувати, але більшість експертів (57,7 %) вказують на незадовільний стан організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку в їхньому місці проживання, 26,9 % оцінюють цей показник як задовільний, 11,5 % оцінюють добре та один (3,8 %) експерт відповів «важко сказати». Серед причин низького рівня організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності експерти виділяють відсутність підготовлених фахівців як волонтерів ($9,7 \pm 0,7$ бали), низький рівень відповідного методичного забезпечення ($9,2 \pm 0,4$ бали), незначна кількість площинних загальнодоступних спортивних споруд ($8,0 \pm 0,7$ бали), недостатня кількість спортивного інвентарю та обладнання ($8,3 \pm 1,1$ бали), недостатнє фінансування ($9,2 \pm 0,8$ бали), низька поінформованість про можливості занять у регіоні ($8,1 \pm 0,5$ бали).

Проте серед причин, які обумовлюють пасивне ставлення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності, –патерналістичні настрої ($8,9 \pm 0,5$ бали), рівень доходів ($9,8 \pm 0,4$ бали), невідміння організувати власне дозвілля ($9,8 \pm 0,4$ бали), стан здоров'я ($9,5 \pm 0,5$ бали), відсутність відповідного інтересу ($8,9 \pm 0,7$ бали), відсутність стимулів ($9,1 \pm 0,5$ бали), відсутність вільного часу ($6,8 \pm 0,7$ бали), низький рівень пропаганди та реклами ($7,8 \pm 0,7$ бали).

Однак, на думку експертів, найпріоритетнішими чинниками, що здатні позитивно впливати на залучення до оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку є бажання бути здоровим та потреба у руховій активності (табл. 3.29).

Також за допомогою методу експертної оцінки нами визначалися найбільш раціональні засоби ОРПА для осіб похилого віку. Так, експерти вказують, що перевагу треба надавати оздоровчому бігу, скандинавській та спортивній ходьбі, спортивним та рекреаційним іграм, гімнастиці, фітнесу, аеробіці, оздоровчому плаванню, аквафітнесу, катанню на велосипедах, туризму та походам, настільним іграм, єдиноборствам, культурно-просвітницьким подорожам і екскурсіям, танцям, продуктивній рекреації, бадмінтону, настільному тенісу. За твердженням експертів, саме ці засоби можуть позитивно повпливати на маркери тривалості та якості життя осіб похилого віку.

Таблиця 3.29

**Думка експертів, стосовно чинників, які здатні
позитивно впливати на залучення до оздоровчо-рекреаційної
рухової активності осіб похилого віку (n=26), балів**

<i>Чинники</i>	Σ	X	t
задоволення від участі у заходах	210	8,1	0,5
бажання бути здоровим	255	9,8	0,4
потреба у знятті фізичної та психічної втоми	198	7,6	1,2
бажання підтримувати себе у хорошій фізичній формі	203	7,8	1,1
потреба у руховій активності	245	9,2	0,4
потреба у спілкуванні	211	8,1	0,8
поради друзів	195	7,5	0,7
вплив ЗМІ	181	6,9	0,5
особлива спортивна подія	180	6,9	1,1
приклад відомої особистості	168	6,4	0,4
приклад державного діяча	173	6,7	0,8
достатній рівень добробуту	198	7,6	0,8

Крім того зроблено висновок про необхідність під час розробки та реалізації концепції активного старіння використання потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку, її орієнтацію на підвищення рівня рухової активності ($9,8 \pm 0,4$ бала), покращення психоемоційного стану ($9,1 \pm 0,7$ бала), покращення рівня фізичної працездатності ($9,3 \pm 0,5$ бала), уповільнення процесів старіння ($9,0 \pm 0,9$ бала), покращення когнітивних функцій ($8,8 \pm 1,1$ бала), покращення рівня соматичного та психічного здоров'я ($9,2 \pm 0,7$ бала), покращення соціалізації особистості після виходу на пенсію ($8,9 \pm 0,5$ бала).

У процесі дослідження експертами виокремлені критерії ефективності концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку (табл. 3.30).

Таблиця 3.30

**Думка експертів щодо критеріїв ефективності концепції
активного старіння із використанням потенціалу
оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку
(n=26), балів**

<i>Критерії</i>	Σ	X	t
покращення вікових психофізіологічних показників	236	9,1	0,6
покращення стану здоров'я	245	9,4	0,5
покращення якості та задоволеності життям	213	8,2	1,1
підвищення рівня рухової активності	242	9,3	0,8
покращення рівня поінформованості щодо здорового способу життя	203	7,8	1,2
профілактика захворювань	222	8,5	0,8
розширення дозвіллевих інтересів та пріоритетів	215	8,3	0,8
інтеграція людей у соціальну спільність	198	7,6	1,2
покращення адаптації до соціуму пенсіонерів	201	7,7	1,2
самовизначення в соціумі	192	7,3	1,1
формування емоційного стану	184	7,1	1,2
формування позитивної реакції від сприймання краси свого тіла, довкілля	189	7,3	1,3
сприяння фізичному, інтелектуальному, моральному, творчому, розвитку особистості	219	8,4	0,9

Варто відмітити, що розрахунок коефіцієнта конкордації, який відображає узгодженість думок експертів (W) = 0,812 при $p < 0,05$, є достатнім для експертної оцінки групи питань. Отже, результати проведеної експертної оцінки засвідчили доцільність та необхідність розробки та впровадження концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку. Вивчення досвіду роботи фахівців, залучених до експертної оцінки, виявило, що здобуті знання вони прагнуть впроваджувати у своїй практичній діяльності.

Вважаючи оздоровчо-рекреаційну рухову активність фундатором активного старіння, на основі експертної оцінки та проведених власних наукових досліджень, можна припустити, що основними критеріями ефективності авторської концепції виступають рівень рухової активності, якість та задоволеність життям, соціально-психологічні особливості особистості, фізична й розумова працездатності та психо-емоційний стан досліджуваних.

Висновки до розділу 4

На підставі дослідження маркерів тривалості та якості життя осіб похилого віку нами визначено структуру захворювань цієї вікової групи. Означено пріоритетні класи захворювань осіб похилого віку, серед яких лідирують хвороби органів серцево-судинної (жінки – 43,3 %; чоловіки – 53,8 %), опорно-рухової (жінки – 55,6 %; чоловіки – 45,9 %), нервової систем (жінки – 17,4 %) та хвороби сечостатевої системи (чоловіки – 23,9 %). На основі вкопіювання із медичних карток нами обчислено індекс коморбідності досліджуваного контингенту. Наступний аналіз маркерів тривалості життя осіб похилого віку дозволив визначити показники їхнього фізичного стану, біологічний вік та темпи старіння. Серед обстежуваних переважали респонденти із нормостонічним типом реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження (жінки – 35,6 %; чоловіки – 42,8 %) та парасимпатиконічним станом вегетативної нервової системи (жінки – 43,5 %; чоловіки – 32,1 %). Результати досліджень фізичної працездатності вказують, що високому рівню відповідає незначна частка осіб 60-65 років (жінок – 3,3 %; чоловіків – 4,8 %). Біологічний вік у групі жінок був значно старший паспортного, а саме 89,7 року, що вказує на різко прискорений темп старіння, у чоловіків різниця паспортного та біологічного віку була дещо нижчою (11,1 року), проте темп старіння відповідав прискореному рівню.

Зосередження уваги на вивченні компонентів якості життя осіб похилого віку підтвержує, що для цього контингенту з-поміж показників фізичного компонента якості життя найсуттєвішими для жінок 60-65 років виначено фізичну активність, рівень болю та агальний стан здоров'я. Для чоловіків

цьогож віку значущими для фізичного компонента якості життя стали фізична активність та рівень болю. Вивчення психологічних компонентів якості життя підтвердило, що для цієї статево-вікової категорії має найбільше значення компонент «психічне здоров'я» та «соціальна активність».

Під час оцінки соціально-психологічних особливостей осіб похилого віку нами встановлено, що серед осіб 60-65 років найбільше незадоволених життям (серед жінок – 40,1 %; чоловіків – 41,2 %), більш-менш задоволених життям жінок 11,4 %, чоловіків – 10,2 %. З-поміж показників соціально-психологічної адаптації перевагу у жінок має самосприйняття (73,5 %), а в чоловіків – емоційна комфортність (62,2 %). Визначено потребу в активності людей похилого віку, що демонструє рівень внутрішнього енергетичного потенціалу людини для проявлення нею активності. У респондентів високу потребу в активності виявлено у 36,9 % жінок та 50,3 % чоловіків.

Важливим маркером активного старіння визначено розумову працездатність та когнітивні функції осіб похилого віку. Відзначено, що в осіб 60-65 років серед показників розумової працездатності високому рівню відповідали 17,9 % у жінок та 10,7 % чоловіків. Отже, на нашу думку, в сучасних умовах особливої уваги потребує питання організації вільного часу осіб похилого віку. Складність вирішення цієї проблеми полягає у відсутності норм і правил регулювання дозвіллевої сфери, недостатності фахівців дозвіллевої сфери, які б володіли новими технологіями її організації. Також нами були висвітлені об'єм та структурні елементи вільного часу осіб похилого віку. Вивчаючи структуру вільного часу людей похилого віку, ми дійшли висновку, що вони ведуть малорухливий спосіб життя. Обирають такі види діяльності, як перегляд телепередач, відео (жінки – 8,5 %; чоловіки – 4,8 %), товариські зустрічі (жінки – 8,4 %; чоловіки – 7,7 %), пасивний відпочинок (жінки – 12,5 %; чоловіки – 12,4 %), що свідчить про сидячий малорухливий спосіб життя, який превалує у цьому віці. З-поміж рівнів рухової активності, не враховуючи базовий, перевагу мали сидячий (жінки – 37,8 %; чоловіки – 36,3 %) та малий (жінки – 16,2 %; чоловіки – 16,3 %). З урахуванням окресленої ситуації нами

було виявлено основні мотиви, що спонукають цю категорію людей до оздоровчої рухової активності. Пріоритетними визначено покращення стану здоров'я та підвищення рухової активності. Основні причини, що становлять перешкоду заняттям руховою активністю є: брак коштів для оплати занять та відсутність спеціальних знань.

Отож узагальнюючи результати кореляційного та факторного аналізу, нами визначено, що якість життя у похилому віці є залежною від рухової активності, фізичної працездатності, задоволеності життям та біологічним віком. Серед факторів якості життя найбільш значущими для осіб 60-65 років визначено фізичну та соціальну активності. Тому результати кореляційного аналізу та фактної структури якості життя може бути покладено в основу розробки та реалізації концепції активного старіння осіб похилого віку із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

РОЗДІЛ 4

ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ АКТИВНОГО СТАРІННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОТЕНЦІАЛУ ОЗДОРОВЧО- РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

4.1. Передумови розробки концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності

Досліджуючи специфіку організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку, рівні рухової активності, задоволеність і якість життя, біологічний вік та темпи старіння, ми ґрунтовно довели наукову актуальність, практичну значимість, і, головне, потребу розробки нової концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Досить тривожна тенденція зі зростанням кількості людей похилого віку турбує сьогодні. Україна входить до 30 «найстаріших» країн світу. За рейтингом старіння (часткою населення старше 65 років) Україна займає 11 місце у світі, а за прогнозами фахівців, у 2025-му переміститься на 9-те місце. Згідно з національним демографічним прогнозом на період до 2025 року частка осіб віком від 60 років становитиме 25%, а у 2030 році – понад 26% [236]. Це означає, що Україна є й залишатиметься однією з «найстаріших» країн світу. Водночас на державному рівні цій проблемі приділяється недостатньо уваги. Люди пенсійного віку – це особи, які частіше за все залишаються поза межами суспільних процесів. Адаптація до змінних умов динамічного соціуму в такому віці є вкрай складною, люди такого віку потребують підтримки та профілактичних заходів, які б сприяли подовженню здорового та активного довголіття. Під активним старінням маємо на увазі визначення ВООЗ: «процес оптимізації можливостей для забезпечення здоров'я, участі в житті суспільства і захищеності людини з метою поліпшення якості її життя в процесі старіння. Активне старіння

дозволяє людям реалізувати свій потенціал фізичного, соціального та психічного благополуччя протягом усього життя, брати участь в житті суспільства, забезпечуючи їм належний захист, безпеку, догляд, коли вони цього потребують». Контекст процесу старіння і його значення формують різні фактори. З одного боку, існують біологічні передумови, які частково зумовлюють хороший стан здоров'я протягом життя, а отже, в старості. З іншого боку, значними факторами, що впливають на здоров'я і благополуччя, є соціальні обставини, а також спосіб життя [83].

АКТИВНЕ СТАРІННЯ ФАКТОРИ

<i>Соціальні:</i>	<i>Спосіб життя:</i>	<i>Біологічні:</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Уникнення соціальної деградації; 2. Залучення до суспільного життя; 3. Відчуття у особистій потребі суспільства в цілому; 4. Спілкування із однодумцями; 5. Уникнення самотності; 6. Комунікація та взаємодія поколінь. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дотримання правил режиму дня; 2. Здорове і раціональне харчування; 3. Раціональне співвідношення режиму активності і відпочинку; 4. Відмова від шкідливих звичок. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Потреба у руховій активності; 2. Нормальне функціонування організму людини; 3. Затримка процесів старіння; 4. Підвищення опірності організму до несприятливих впливів.

Рис. 4.1. Групи факторів активного старіння

За оцінками експертів, реформи, які проводяться в Україні впродовж останніх 10 років щодо залучення різних груп населення, особливо осіб похилого віку, до оздоровчо-рекреаційної рухової активності, характеризуються недостатньою системністю та наступністю, мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з відсутністю стратегічного планування; наявністю істотних прогалин у нормативно-правовому забезпеченні тощо.

Наведене вище зумовило необхідність розробки концепції залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Серед науковців сьогодення існує кілька підходів до визначення передумов впровадження оздоровчо-рекреаційної рухової активності, що різняться метою, організацією, структурою, перебігом процесів та вимогами до кінцевих результатів. Система педагогічних передумов забезпечення оздоровчо-рекреаційної рухової активності включає сукупність способів впливу.

Ми розглянули передумови з погляду процесуального підходу, що має за основу функціональну діяльність: планування, організацію, мотивацію, контроль, аналіз; а також аспектного підходу до забезпечення оздоровчо-рекреаційної рухової активності, який полягає в урахуванні й розгляді реальних практичних ситуацій та умов [105].

Ситуаційний підхід передбачав застосування в оздоровчо-рекреаційній руховій активності найбільш дієвих методів у конкретний час залежно від ситуації. Особистісно-орієнтований підхід – створення умов для оздоровчо-рекреаційної рухової активності, при яких забезпечується та віддзеркалюється формування нового фахівця, для якого особистісний розвиток (саморозвиток) людини стає пріоритетним у професійній діяльності.

З огляду на значну популярність оздоровчо-рекреаційної рухової активності в світі нами було розглянуто передумови здійснення цієї діяльності в Україні як основного засобу залучення осіб похилого віку до регулярних оздоровчих занять. Передумови ми розглядали як попередні умови існування, виникнення, дії чого-небудь. Ґрунтуючись на даних науково-методичної літератури, аналітичних дослідженнях, вивченні передового вітчизняного та міжнародного досвіду, думках експертів нами було визначено основні передумови залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності, до яких відносимо демографічні, соціальні, психологічні, особистісні, біологічні, інформаційні, економічні (рис. 4.2).

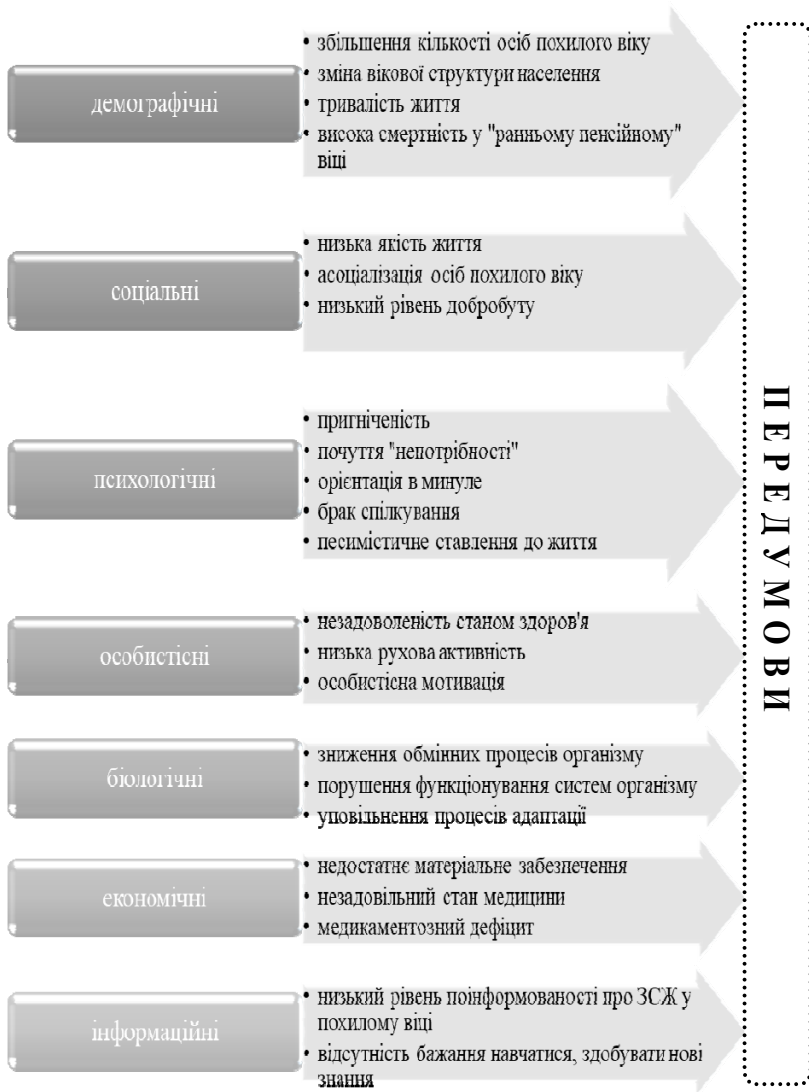


Рис. 4.2. Передумови концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку

Демографічні передумови пов'язані з тенденцією до збільшення кількості осіб похилого віку. «Водночас серед населення України відзначається коротша середня тривалість життя та коротша тривалість активно-продуктивного життя. У віковій структурі переважають жінки. Оцінка рівня постаріння жінок і чоловіків в Україні та еталонних європейських країнах з використанням підходу, ґрунтованого на врахуванні очікуваної тривалості життя у поважному віці, показала, що Україна, де вікова межа старіння (вік, у якому очікувана тривалість майбутнього життя не перевищує 15 років) помітно нижча, ніж у розвинених країнах, вирізняється на їх тлі підвищеною часткою старого населення (особливо у жінок). Благополучний стан здоров'я та тривале життя у поважному віці є основною ознакою і складовою високої якості життя осіб похилого віку. Очікувана тривалість життя українських жінок та чоловіків по досягненні 65-річчя нині лишається на 5–6,5 років меншою, ніж у розвинених європейських країнах. Різниця у тривалості життя для цього віку за статтю в останнє десятиріччя становила 3,6–3,9 року «на користь» жінок, що загалом відповідає показникам інших європейських країн. Попри сприятливу динаміку тривалості життя у похилому віці, досягнення нашої країни у забезпеченні довголіття жінок і чоловіків на тлі інших європейських країн видаються незначними. В Україні не втрачає гостроти й значущості проблема збільшення смертності у «ранньому пенсійному» віці» [322].

Починаючи з середини XIX століття, демографічна ситуація в розвинених країнах світу характеризувалася тенденцією поступового зниження народжуваності при досить низькому рівні смертності. Для вчених став очевидним той факт, що зростання чисельності населення поступово стане сповільнюватися і демографічний дивіденд колосального зростання чисельності населення попередніх періодів незабаром себе вичерпає. Проблема стабілізації, а можливо, і депопуляції населення в наступних періодах вплине на економічні, соціальні й інші аспекти життєдіяльності суспільства.

Необхідно зауважити, що з періоду незалежності України загальна кількість населення зменшилася з 51,556 млн осіб до 41,732 млн осіб (з 2015 року дані подаються без урахування тимчасово окупованої території, Автономної Республіки Крим і

м. Севастополя) (рис. 4.3). Однак при умові, що загальна кількість населення зменшилася майже на 10 млн осіб, частка осіб старше 60 років збільшилася з 1991 року по 2020 рік (з 9,631 млн до 9,978 млн осіб відповідно). Статистичні дані підтверджують думку багатьох науковців про збільшення частки старшого населення до 2030-2050 років. Тому необхідні нові розробки та впровадження, які б слугували для комфортного функціонування даної вікової категорії як одного із показників успішного розвитку держави.

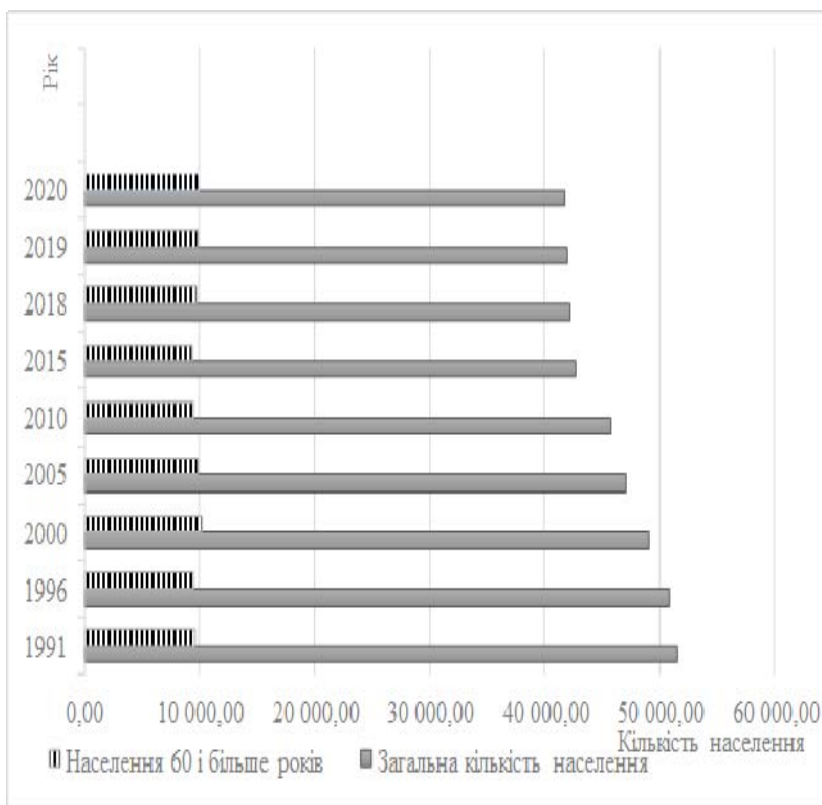


Рис. 4.3. Кількість населення осіб старше 60 років в Україні, тис. осіб

Для методологічного обґрунтування вимірювання старіння першорядну роль відіграє класифікація старості населення залежно від частки людей старшого віку.

Шведський демограф А.Г. Сундберг ще в кінці XIX століття ввів у науковий обіг поняття прогресивного, стаціонарного і регресивного типів вікової структури. Названі вони так тому, що при прогресивній віковій структурі населення досить швидко збільшується, при стаціонарній – не змінює своєї чисельності, а при регресивній – зменшується. Відрізняються вони один від одного часткою дітей у віці 0-15 років і «старших» у віці 50 років і старше. У прогресивній віковій структурі частка дітей становить, за Сундбергом, 40%, а «старих» – 10%, в стаціонарній відповідно – 27% і 23%, а в регресивній – 20% і 30% [266.].

Історично першою методикою, що вимірює демографічне старіння, стала класифікація старості населення, яку запропонував польський демограф Е. Россет. За класифікацією Едварда Россета, за поріг старості прийнято вік 60 років. Вважається, що країни, в яких частка осіб у віці 60 років і старше в усьому населенні становить менше 6%, відносяться до демографічно «молодого». Країни, де частка цієї групи осіб коливається від 8 до 12%, знаходяться в стані «напередодні старості», а з 12% і більше країни характеризуються як демографічно «старі». В останній групі країн розмежовують країни з «початковим рівнем старості», де частка людей похилого віку становить 12-14%; з «середнім рівнем старості» – 14-16%; з «розвиненим рівнем старості» – 16-18% і «високим рівнем старості» – понад 18%. Станом на 2020 рік Україна за таким показником населення є країною з дуже високим рівнем старості, яка сягає 23,91%.

Експерти відділу демографії ООН прийняли вік 65 років як межу для вимірювання процесів старіння і запропонували три рівні, що характеризують демографічну структуру населення [133]:

- 1) при наявності 4% осіб старше 65 років – молоде населення;
- 2) від 4 до 7% – структура зрілого населення;
- 3) більше 7% – старе населення.

Методика ООН пристосована для вивчення явища демографічного старіння на глобальному рівні, тоді як методика Е. Россета, на наш погляд, підходить для більш глибокого дослідження цього процесу, в тому числі і на регіональному рівні [283.]. Для наочності можна уявити порівняння України та Чернівецької області за характером змін частки людей похилого та старшого віку в загальній чисельності населення в період між 1991 і 2020 роками (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Кількість осіб старше 60 років в Україні та Чернівецькій області (1991-2020 роки)

Рік	Кількість осіб старше 60 років, %		Рівень старіння населення (за Е. Россетом)	
	Україна	Чернівецька область	Україна	Чернівецька область
1991	18,65	18,09	Середній рівень старості	Початковий рівень старості
1995	18,43	18,13	Початковий рівень старості	Початковий рівень старості
2000	20,75	19,01	Дуже високий рівень старості	Високий рівень старості
2005	20,76	19,16	Дуже високий рівень старості	Високий рівень старості
2010	20,69	18,65	Дуже високий рівень старості	Середній рівень старості
2015	21,82	19,09	Дуже високий рівень старості	Високий рівень старості
2020	23,91	20,49	Дуже високий рівень старості	Дуже високий рівень старості

Джерело:

http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html ; <http://www.cv.ukrstat.gov.ua/>

Як видно із таблиці 4.1 за роки незалежності населення України старіло досить стрімко. Однак частка населення осіб похилого та старшого віку Чернівецької області наприкінці минулого століття з 1991 по 1995 роки становила 18,09% та

18,13% від загальної кількості всіх вікових груп, що вказує на початковий рівень старості населення. З 2020 року кількість осіб 60 і більше років у Чернівецькій області сягнула 20,49 %, засвідчивши дуже високий рівень старості населення регіону. Отже, можна зробити висновок, що частка осіб похилого та старшого віку населення України та її регіонів збільшується, тому необхідно розробляти й впроваджувати програми здорового та активного старіння і на державному, і на регіональному рівнях для цієї вікової категорії людей, адже у них є специфічні особливості соматичного та психологічного здоров'я.

Для повноти розуміння про українське старіюче населення нами було розраховано індекс старіння – відношення чисельності осіб старше 60 років до чисельності дітей (0-14 років) (табл. 4.2). Як бачимо, народжуваність з 1991 року поступово знижується, а індекс старіння українського населення збільшується з 87,32% до 156,25% до 2020 року. Стосовно Чернівецької області, спостерігається така ж тенденція, однак у меншому діапазоні – з 79,56% до 118,71%. Згідно з таким дослідженням можна зробити висновок, що в ближчі 30-50 років населення України буде ще стрімкіше старіти, збільшуватиметься частка людей похилого віку. Тому і виникає нагальна потреба до проведення сьогодні наукових досліджень із адаптації соціуму до діяльності із цим контингентом населення.

Таблиця 4.2

**Індекс старіння населення України
з 1991 по 2020 роки, %**

Регіон	Рік						
	1991	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Україна	87,32	89,82	116,03	139,92	146,09	164,67	156,25
Чернівецька область	79,56	79,91	92,14	107,41	112,0	112,34	118,71
Джерело: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html http://www.cv.ukrstat.gov.ua/							

Кількість осіб похилого віку в загальній чисельності населення є найбільш показовим аспектом вимірювання старіння, але не достатнім для виявлення причин і наслідків цього процесу. Подальша планомірна робота з вивчення та адаптації представлених методів до дослідження процесів старіння на регіональному рівні дозволить оцінити перспективи й масштаби старіння населення регіону, а також створить передумови для створення механізму адаптації соціально-побутових та оздоровчих систем в умовах демографічного старіння населення регіону.

Наявність великої частки осіб похилого віку серед українського населення зумовило необхідність розрахунку темпу старіння цієї вікової категорії. Ступінь старіння населення можна оцінити за співвідношенням паспортного та біологічного віку із розрахованими за ним показниками темпу старіння організму [487].

До соціальних передумов відноситься низька якість життя осіб похилого віку, низький рівень добробуту, соціальна дискримінація (ейджизм, ескапізм, породжені соціальною стереотипізацією), зміна ролей та статусів осіб похилого віку; зниження рівня матеріального забезпечення.

Нами пропонується модель соціалізації людей похилого віку, яка реалізується на п'яти рівнях впливу на залучення до рухової активності. Кожен рівень має свої фактори, що впливають на поведінку (Рис.4.4). Фактори на кожному рівні мають динамічний багаторівневий вплив. Розвиток моделі супроводжувався детальним вивченням науково-методичної літератури і ретельної консультацією з цільовою групою. Нами приділялася особлива увага створенню сприятливого соціального й фізичного середовища для реалізації респондентами рухової активності (150 хвилин / тиждень). Зміст відповідає динамічній взаємодії людини і навколишнього середовища.

На рівні особистості фактори включали бажання займатися фізичними вправами, які безпосередньо мають оздоровчий вплив. Варто зазначити, що на першому рівні мають бути підбрані засоби, які здатні підвищувати мотивацію до систематичних занять, підбрані індивідуально з урахуванням

рівня здоров'я та можливостей особистості. Значення рухової і психологічної користі для здоров'я від активної діяльності може слугувати стимулом бути фізично активним, тоді як погане здоров'я може виступати бар'єром. Це підтверджує наявні дослідження про стимулювання рухової активності серед людей похилого віку. Мотивація дізнатися щось нове, що зумовлює підвищення рухової активності, запобігання депресії за рахунок рухової активності є основним підґрунтям соціалізації на першому рівні цієї моделі.

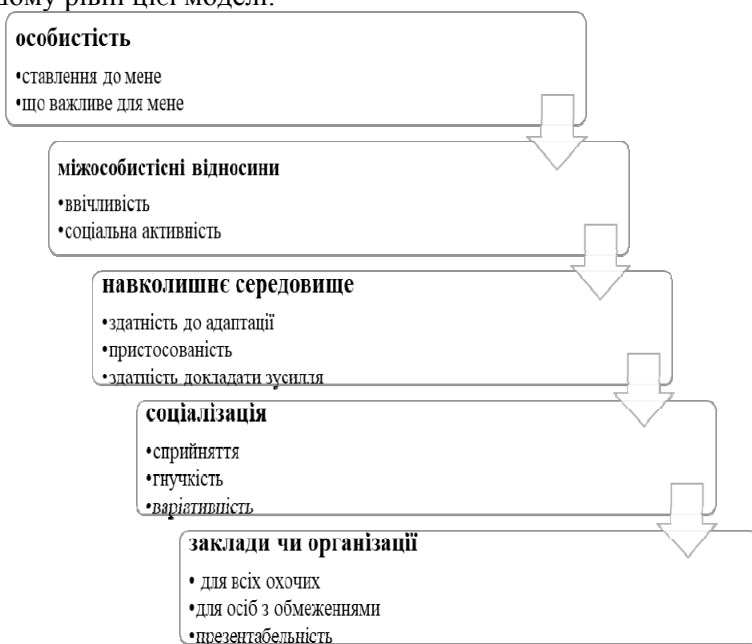


Рис. 4.4. Модель соціалізації людей похилого віку

На міжособистісному рівні соціальний елемент участі в діяльності був визнаний важливим мотиватором для приєднання до рухової активності. Відносини мають бути побудовані і підтримуватися через відвідування груп і заходів з іншими. Можливості для соціальної взаємодії з новими та наявними друзями, які заохочують до систематичних занять до фізичних вправ [233]. Варто зазначити, що на цьому рівні досить

важливим є фактор, який дозволяє долучати до наявних груп все більше нових респондентів, який зробить їхній перший досвід позитивним, максимально збільшивши шанси програми систематичних занять. Відносини, пов'язані з цим рівнем моделі, сприяють створенню середовища, яке є наступним рівнем.

До психологічних передумов належить почуття самотності, відсутність уваги з боку близьких, брак спілкування, звуження кола інтересів, потреб, орієнтація у минуле, неможливість вести звичний спосіб життя. Спостерігається підвищена психологічна стомлюваність, погіршується пам'ять, сповільненість сприйняття, реакції і мислення, слабшає мотивація діяльності, помітні зміни в емоційній сфері: зосередженість на своїх інтересах, уразливість, підозрлість тощо.

«Якість життя будь-якої людини значною мірою обумовлена особливостями її життєвої позиції, сутністю якої є «спрямованість життєдіяльності особистості». Життєва позиція визначає ступінь оптимізму світосприйняття і може активізувати чи пригнічувати прояв соціальної активності. Вона обумовлена властивим суспільству складом моральних цінностей, особливістю їх особистісної інтерпретації людиною. Сприйняття залежить від вікового етапу, адже протягом життя ступінь оптимізму і прояви активності неодноразово змінюються. Одним з найскладніших періодів відновлення та утримання на відповідному рівні людиною своєї життєвої позиції є похилий вік» [81].

Водночас серед людей похилого віку широко розповсюдженим є стан пригніченості. Він проявляється зниженням працездатності, ослабленням здоров'я, мізерним державним фінансовим забезпеченням пенсіонерів, недостатньою медичною допомогою, відсутністю соціальних інститутів підтримки людей похилого віку.

У людей з такою життєвою позицією розвиваються безвихідь, апатія та інші негативні психологічні явища. В умовах демографічного старіння українського суспільства, масштабних соціально-економічних змін, що відбуваються в нашій країні, необхідність соціальної підтримки набуває особливої актуальності, зокрема, через залучення до оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

У теорії і практиці сучасної педагогіки ведеться активний пошук шляхів й умов сприяння громадянам похилого віку з метою залучення до ОРПА. Технології оздоровчої роботи із особами похилого віку розглядаються в наукових дослідженнях [141]. Вони орієнтовані на створення і відтворення гідних умов життя людей похилого віку, засновані на спрямованості до внутрішніх сил і здібностей людини в її життєвому самовизначенні.

Всі спортивні організації з переходом на бюджетне фінансування припинили фізкультурно-оздоровчу роботу з людьми похилого віку. Соціальну допомогу пенсіонерам надають поодинокі благодійні організації, однак їхні дії не мають наукової обґрунтованості.

Для виходу людини з кризових ситуацій найбільш перспективним шляхом, згідно з дослідженнями Н.Є. Пангелової [246], є активізація її життєвої позиції, яка веде до особистісного зростання, виражається в удосконаленні здатності до самовизначення і саморозвитку. Згідно з висновками Т.С. Лисицької [211], це дозволить людині «відчувати себе не тільки метою, а й засобом власного розвитку». Названі теоретичні положення актуалізують розробку технологій підтримки людей похилого віку, спрямованих на активізацію їхніх особистісних можливостей вирішення власних проблем, які допомагають їм реально включитися в соціальні відносини, тобто все більше залучати до масової фізкультурно-оздоровчої роботи у повсякденному житті.

Необхідно пам'ятати, що для людей похилого віку характерне бажання утримати соціальний і культурний сенс власного буття. Таке прагнення індивідуальне і ґрунтується на збереженні особистісного інтересу до життя. Найбільш яскравим проявом цієї особливості, як зазначає Г.А. Плюхіна [255], є активний пошук тих сфер життя, де можна реалізувати активну життєву позицію.

Особистісні передумови характеризуються низькою руховою активністю, незадовільним станом здоров'я. Накопичуються хронічні захворювання з тенденцією до поступового прогресування і інвалідизації. Рівень захворюваності в людей похилого віку в 2 рази вищий, ніж в людей молодшого віку. Тому серед

особистісних передумов першочергове значення для осіб похилого віку посідає соматичне здоров'я.

У соматичне здоров'я людини зараховують поняття про фізичну працездатність як здатність організму людини проявити максимум фізичного зусилля в статичній, динамічній або змішаній роботі. Фізична працездатність залежить від низки об'єктивних та суб'єктивних факторів: рухової координації (навичок, техніки виконання рухів); енергетичного потенціалу, пов'язаного з потужністю і ефективністю процесів енергоутворення аеробним та анаеробним шляхом; від параметрів фізичного розвитку; від психічних мотивацій [37, 66, 118].

Також серед цієї групи передумов необхідно виокремити мотиваційні складові, які вивчають найбільш типові підгрунтя (мотиватори), що показують, заради чого людина може прагнути до самовдосконалення. Нами виокремлено три сфери їх мотиваційного впливу.

Фактори, які формують ставлення до життя:

- матеріальне благополуччя;
- покращення якості та задоволення життя;
- бажання уникнути неприємностей.

Фактори, які виявляють ставлення до людей:

- хороші взаємини з людьми;
- альтруїзм, можливість допомагати іншим.

Фактори, які розкривають ставлення до себе:

- позитивне ставлення до себе людей;
- вдосконалення;
- самореалізація.

Побутові умови життя також диктують особистісні передумови.

Біологічне зменшення рухової активності в похилому віці сприяє зниженню рівня обміну речовин і відкладенню в організмі надлишкової кількості жиру. Це пов'язано з тим, що активність обмінних процесів в організмі після 25 років знижується в кожне наступне десятиліття приблизно на 7-8% [222].

З віком відбуваються морфофункціональні зміни в організмі людини. Знижується здатність організму справлятися

зі стресом, а кількість стресових ситуацій може збільшитися. Стрес може бути викликаний проблемами зі здоров'ям, виходом на пенсію або смертю чоловіка (дружини) [3]. Особливе значення мають порушення функціонування найважливіших систем організму. У функціональному (фізіологічному) аспекті відбуваються такі зміни: розлад нейрогормональної регуляції життєвих процесів, їх координації та ритміки, зниження ступеня і швидкості адаптації, зменшення фізичних сил і загального життєвого тону. При старінні відбувається дегенерація нервових клітин центральної нервової системи, слабшає її регуляторний і тропічний вплив на організм [44, 393, 403].

У повсякденному житті люди похилого віку можуть не помічати зменшення резервів свого організму і відчувати це тільки при виконанні певної роботи після тривалої перерви. Зниження резервних можливостей особливо виразно проявляється в екстремальних погодних умовах: у спеку чи холод [447].

Економічні передумови включають монетарну та деприваційну бідність осіб похилого віку, їхню недостатню матеріальну забезпеченість у посттрудоному періоді життя, незадовільний стан медицини, медикаментозний дефіцит. Тому досить важливою передумовою концепції активного старіння із використання потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності є залучення до систематичних занять і підвищення соціальної та ділової активності цього контингенту внаслідок забезпечення зниження витрат на лікування вікових захворювань.

Досить часто мова йде про економічні та медичні проблеми, з якими стикаються люди похилого віку, але рівень медичного обслуговування та матеріального забезпечення співвідноситься безпосередньо з рівнем психологічного комфорту і оптимальним для людини стилем життя. Серед найбільш важливих проблем, пов'язаних з підвищенням рівня власного життя, люди похилого віку називають самотність, стан здоров'я та економічні проблеми.

До інформаційних передумов відноситься низький рівень поінформованості з питань здорового способу життя, рухової активності, санітарної грамотності осіб похилого віку. Обстеження виявило низький рівень зацікавленості людей

похилого віку до отримання нових знань у межах відповідних програм навчання: 69 % опитаних вказали, що не мають бажання скористатися можливістю отримати нові знання у межах програм навчання для осіб похилого віку (таке бажання мали лише 17 % і менше 1 % повідомили, що вже навчалися або навчаються зараз). З підвищенням віку інтерес до навчальних курсів знижується.

Користь для здоров'я від рухової активності підтверджена науковими та нормативними документами. Удосконалення здоров'я, благополуччя і когнітивної функції пов'язані з регулярним заняттями фізичними вправами. Незважаючи на ці переваги для здоров'я, рівні рухової активності серед осіб похилого віку залишаються нижче рекомендованих норм. Міжнародна і національна політика в галузі охорони здоров'я зосереджена на поліпшенні здоров'я шляхом надання рекомендаційних вказівок населенню старшого віку, необхідністю включення рухової активності в повсякденне життя.

Взаємодія особистих, соціальних, екологічних, організаційних і політичних факторів у рекреаційно-оздоровчій діяльності має особливе значення для розробки суспільної політики щодо осіб похилого віку на рівні держави. З огляду на зростаючу увагу, яку приділяють руховій активності як інструменту лікування та управління здоров'ям осіб похилого віку, важливо, щоб планування програм здійснювалось на множинних рівнях впливу з метою збільшення та утримання на відповідному рівні оздоровчого ефекту від фізичних вправ.

4.2. Основні положення концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності

З огляду на комплексність, багатовекторність наведених передумов необхідності підвищення тривалості та якості життя населення похилого віку вважаємо доцільним створення і реалізацію концепції залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності, яка базується на науково обґрунтованих потребах, визначених стратегічних пріоритетах, враховує позитивний вітчизняний та міжнародний досвід.

Під час нашого дослідження за методологічну основу було використано положення доктрини «перспективного віку», положення теорій вікової стратифікації, структурної залежності тощо.

Теоретичною основою розробки концепції стало розуміння старіння населення як закономірного глобального процесу, що істотно впливатиме на розвиток людства у XXI ст. та зумовлюватиме нові виклики для соціального й економічного прогресу.

При розробці концепції управління оздоровчо-рекреаційною руховою активністю осіб похилого віку нами було враховано концептуальні підходи. Основу концепції становить синтез різних підходів (рис. 5.5), що успішно апробовані в попередніх дослідженнях [28, 149, 244].

Трансцендентальний підхід полягав у розкритті суб'єктивних засад через розуміння сутності процесу. Так, концепцію активного старіння осіб похилого віку можна трактувати як дещо об'єктивне, певну комбінацію складових, проте можна аналізувати й суб'єктивну передумову, розраховану тільки для певної вікової групи людей, оскільки людина певною мірою причетна до буття усього суцього і є самобутнім співтворцем технології.

В основі діалектичного підходу лежить філософський метод дослідження суспільства і природи, за допомогою якого розкривається складний, сповнений протиріч шлях становлення об'єктивної істини, зв'язок елементів абсолютного і відносного, усталеного і змінного на кожному етапі розвитку науки, переходи від одних форм узагальнення до інших. Саме в такий спосіб формувалися концептуальні засади авторської концепції, здійснювалося технологія проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку.

Парадигмальний підхід передбачав прогнозування підстав для концептуальних складових. Ці підстави формувалися під впливом різноманітних парадигм, характерних для філософських і наукових досліджень. Отже, завдяки парадигмальному підходу

здійснювалося виявлення фундаментальних починань, що є підґрунтям філософського й наукового світогляду на концептуальні засади, які проявляються в окремих дослідженнях, сприяють вирішенню наукових і філософських завдань.

Також парадигмальний аспект слугує основою для узагальнення основних теорій старіння та визначення складових концепції активного старіння з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційно активності осіб похилого віку.

Синергетичний підхід концепції полягав у виявленні можливостей поєднання, кооперування та самоорганізації елементів дослідження з метою визначення фундаментальної ролі самоорганізації оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Такий підхід надав можливість вибору оптимального напрямку для саморозвитку, професійного вдосконалення процесу активного старіння.

Феноменологічний підхід орієнтований на вивчення повсякденності як найвищої реальності, на основі якої формувалися усі знання. Тому увагу в дослідженні старіння необхідно приділяти інтерсуб'єктивному світу літньої людини, розуміння нею навколишньої ситуації. У межах цього підходу виділено теорію геротрансценденції, яка обґрунтована як особливий вид позитивного старіння, себто старіння людини включає потенціал для розвитку та розуміння нового погляду на життя, перехід з більш раціонального й матеріального погляду на світ до більш трансцендентного, що в підсумку супроводжується збільшенням задоволеності від життя [354].

Герменевтичний підхід передбачає розуміння концепції як структури, яка має певне значення, тобто як смислової єдності, наділеної генеративною функцією смислотворення. Такий підхід враховував інтенціональність, тобто властивість свідомості бути спрямованою на певний об'єкт. Респонденти похилого віку були скеровані на оздоровчо-рекреаційну рухову активність. Також цей підхід передбачав рецептивний характер самого процесу дослідження.

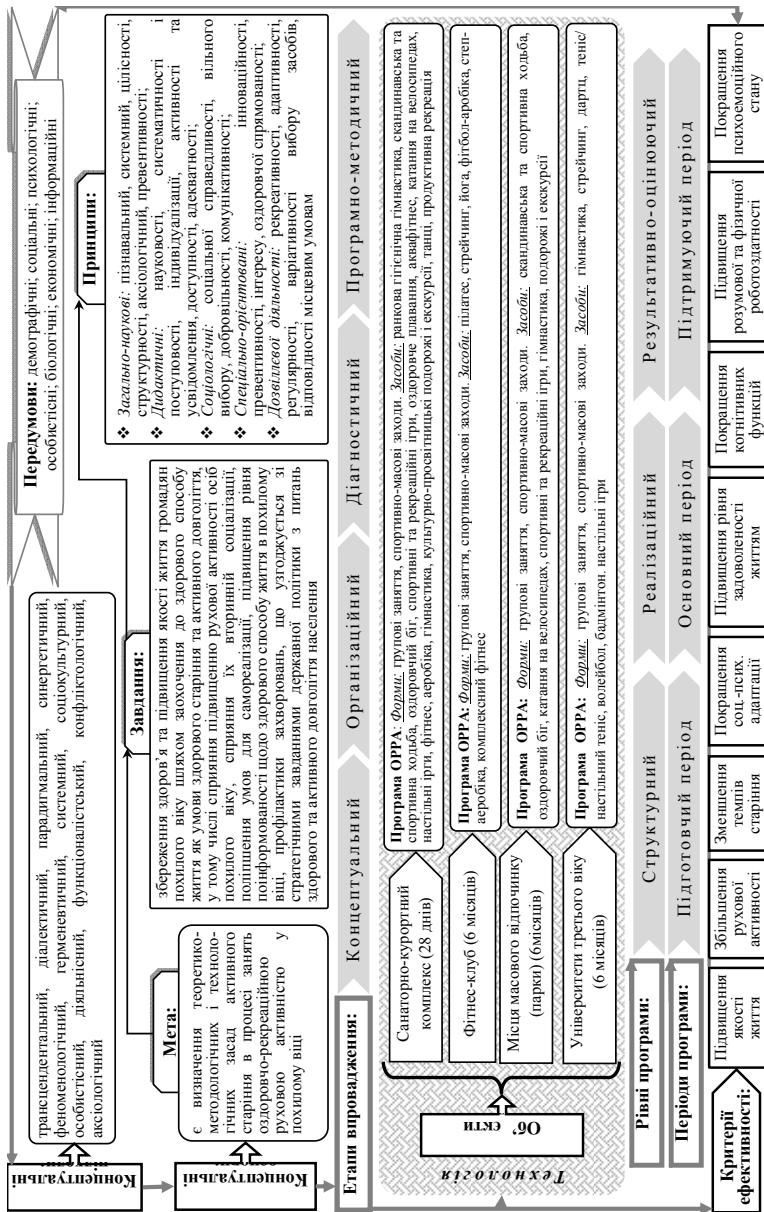


Рис. 4.5. Концепція активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності

Усі респонденти були повідомлені про цілеспрямоване дослідження реалізації концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Системний підхід – це напрям методології наукового дослідження, в основі якого знаходився розгляд складного об'єкта як цілісної безлічі елементів у сукупності відносин і зв'язків між ними, тобто потрактування об'єкта як системи (система – сукупність елементів і зв'язків між ними). Сутність системного підходу в оздоровчо-рекреаційній руховій активності полягає в тому, що основні проблеми розглядалися в розвитку, взаємозв'язку і взаємообумовленості, як вчення про комплексний вплив на людину єдиної системи оздоровчо-рекреаційної рухової активності, що забезпечує розширене відтворення психофізичного стану, інтелектуальних і продуктивних сил. Такий підхід надав можливість представити оздоровчо-рекреаційну діяльність в динаміці її розвитку і становлення.

Сутність соціокультурного підходу як форми системного аспекту полягає у спробі розгляду суспільства як «певної цілісності». За основу береться його розуміння як єдності культури й соціальності, утвореної та перетвореної діяльністю людини. Вказаний підхід акцентує увагу на багатовимірності людини похилого віку як біосоціокультурної істоти, на елементах структури особистості як суб'єкта дій. Власне дія суб'єкта потрактовується як компонент взаємодії з іншими суб'єктами. Також цей підхід вказує на динамічну рівновагу між культурними (потреби, цінності, інтереси суб'єктів діяльності) і соціальними (функції, структури, суспільні процеси) компонентами як умову стійкості суспільства.

Особистісний підхід передбачав зміщення акцентів у оздоровчо-рекреаційній діяльності на оволодіння знаннями, уміннями, навичками рекреаційної культури, а також на розвиток особистісного потенціалу в сфері дозвілля. Пріоритетні завдання в контексті цього підходу передбачали не стільки освоєння уявлення про культуру, способи рекреаційної діяльності, скільки розкриття можливостей особистості, її фізичного й психічного потенціалів, здатності орієнтуватися в життєвих обставинах.

Діяльнісний підхід органічно пов'язаний з попередніми й передбачає спрямованість на організацію оздоровчо-рекреаційної рухової активності, тому що тільки через власну діяльність і досвід людина усвідомлює своє здоров'я як самоцінність, пізнає способи вдосконалення свого фізичного і психічного станів, формує й розвиває духовно-моральні, вольові, ціннісно-особистісні якості, ціннісне відношення до свого здоров'я й суспільства загалом. На нашу думку, діяльнісний підхід безпосередньо пов'язаний із рекреаційною діяльністю, оскільки діяльність визначає бажаний результат.

Функціоналістський підхід концентрується на рольових змінах, коли люди з кращими ресурсами, активні в інших ролях, успішно пристосовуються до старості. Теорія роз'єднання вказує на відсутність розмежувань у спілкуванні людини похилого віку з іншими членами суспільства, коли виникає роз'єднання поколінь. У цьому розумінні теорія активності вказує, що люди похилого віку внаслідок зміни звичайних ролей почуваються непотрібними в соціумі. Саме тому збереження потреб і активності є передумовами збереження гідної самооцінки й психологічної рівноваги. Згідно із теорією безперервності люди похилого віку роблять особливий вибір, щоб зберегти узгодженість у внутрішніх (структурі особистості, вірування) та зовнішніх відносинах, залишаючись активними та задіяними протягом усього свого старшого віку.

Конфліктологічний підхід ґрунтується на змаганні старіючого населення з молодшими категоріями (за віковим критерієм) суспільства за збереження влади та впливу у суспільстві. Теорія модернізації, навпаки, стверджує, що статус старших зменшується, вони дедалі частіше відчувають соціальну ізоляцію внаслідок зміни технологічної модернізації. Відповідно до теорії стратифікації вікових груп різні вікові групи матимуть відмінний доступ до соціальних ресурсів, тому вікові норми поведінки диктують доцільність певної діяльності членів вікових груп. Такі норми є специфічними для кожної вікової групи.

Аксіологічний підхід визначає ціннісне відношення населення до свого здоров'я, формує рекреаційну культуру через систему цінностей, дозвілля, рекреацію, розвиток здоров'язберігаючої поведінки. Ціннісне відношення значною мірою визначає

фізичний та психологічний стан особистості, задоволеність і наповненість життям, його змістом, а система цінностей регулює поведінку, визначає мотиваційно-потребову сферу, спрямованість на оздоровчо-рекреаційну діяльність, готовність керуватися нею в проведенні дозвілля. Застосування системної методології у оздоровчо-рекреаційній руховій активності осіб похилого віку сприяє оптимізації дослідницьких підходів, забезпечуючи їм необхідну всебічність, послідовність, планомірність.

У роботі обгрунтовано концептуальні засади активної рекреаційної діяльності, що містять мету, завдання, основні та спеціальні принципи. Метою розробленої концепції є визначення теоретико-методологічних і технологічних засад активного старіння в процесі оздоровчо-рекреаційної діяльності осіб похилого віку. Основними завданнями запропонованої концепції є збереження здоров'я та підвищення якості життя громадян похилого віку шляхом заохочення до здорового способу життя як умови оптимального старіння та активного довголіття, у тому числі сприяння підвищенню рухової активності осіб похилого віку, їх вторинній соціалізації, поліпшення умов для самореалізації, підвищення рівня поінформованості щодо здорового способу життя в похилому віці, профілактики захворювань, що узгоджується зі стратегічними завданнями державної політики з питань здорового та активного довголіття населення.

У наукових роботах Круцевич Т. [202], Буліча Е.Г. та Муравова І.В. [66], Литвак Р.А., Резанович І.В. [212], Пацалюк К. [250], Плюхіна Г.А., [255], Приступи Є.Н., Жданова О.М., Линець М.М. [270] та ін. запропоновані спеціальні й педагогічні принципи рекреаційної та оздоровчо-рекреаційної діяльності. Однак зауважимо, що більшість науковців (за винятком Г.А. Плюхіна [255]), зосереджують увагу на особливостях впливу загальнодидактичних принципів та принципів професійної освіти досліджуваних.

Системний аналіз науково-методичної літератури, власні напрацювання дозволили окреслити й адаптувати до сучасного процесу оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку загальні та спеціальні принципи. Досягнення мети й цілей потребує розробки, затвердження, належного ресурсного забезпечення, моніторингу успішності реалізації, а також своєчасної корекції на основі слідування таким групам принципів (рис. 4.6):

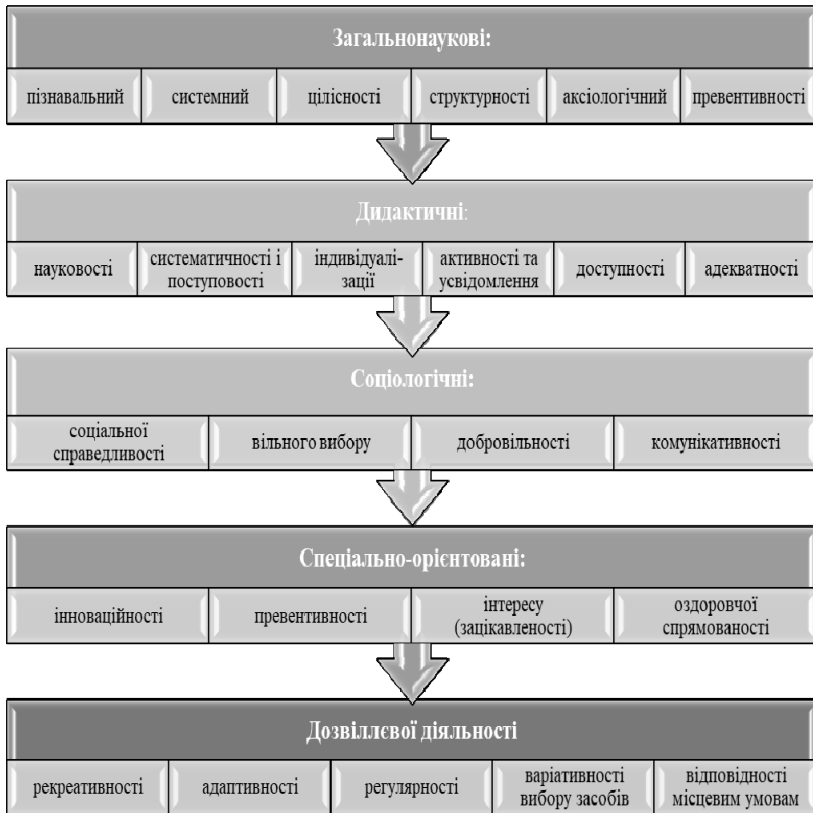


Рис. 4.6. Принципи концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності

Перша група – загальнонаукові принципи, до них ми віднесли: пізнавальний, системний, цілісності, структурності, аксіологічний, превентивності.

1) Пізнавальний принцип передбачав науково-теоретичне осмислення та проникнення у сутність досліджуваних явищ і процесів. Це реалізовувалося за умови цілісного підходу до об'єкта вивчення, розгляду процесу його становлення.

2) Системний принцип, застосування якого вимагає певного об'єкта наукового дослідження. Інтерпретація полягає у комплексному дослідженні всіх систем та підсистем, дослідженні їх як єдиного цілого з узгодженим функціонуванням усіх складових та частин.

3) Принцип цілісності ґрунтується на розумінні об'єкта дослідження, тобто оздоровчо-рекреаційної рухової активності, як чогось розчленованого на окремі частини, органічно інтегровані в єдине ціле;

4) Принцип структурності, який означає спосіб закономірного зв'язку між складовими частинами цілого (оздоровчо-рекреаційної рухової активності), що забезпечує єдність оздоровчої системи, зумовлює особливості її внутрішньої будови;

5) Аксиологічний принцип базується на понятті цінності здоров'я осіб похилого віку, уможливує з'ясування якостей та властивостей предметів, явищ, процесів, які задовільняють потреби окремої особистості чи суспільства загалом.

6) Принцип превентивності, який треба розуміти як надання виваженої переваги заходам, що запобігають захворюванню чи підвищенню якості життя над заходами, спрямованими на боротьбу із захворюваннями;

Друга група методів дидактичні. У цій групі ми об'єднали принципи науковості, систематичності й поступовості, індивідуалізації, активності та усвідомлення, доступності, адекватності.

1) Принцип науковості передбачає вивчення системи важливих наукових положень із теоретико-методичних основ оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку.

2) Принцип систематичності та поступовості полягає у дотриманні раціональної послідовності у застосуванні засобів і методів оздоровчо-рекреаційної рухової активності під час проведення регулярних занять. Особливістю цього принципу є використання

системи методів навчання осіб похилого віку, що передбачають прогрес від простого відтворення до самостійних творчих дій.

3) Принцип індивідуалізації полягає у пристосуванні оздоровчого навантаження до індивідуальних можливостей осіб похилого віку шляхом диференціації методів і засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

4) Принцип активності та усвідомлення, оснований на вихованні свідомого ставлення до занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю, розуміння загальної мети цих занять і конкретних завдань на шляху до досягнення даної мети, розвиток стійкого інтересу до безперервного і цілеспрямованого фізичного вдосконалення.

5) Принцип доступності, який потрібно розуміти як надання переваги змінам, що передбачають досягнення універсального доступу громадян до оздоровчо-рекреаційних послуг.

6) Принцип адекватності передбачає підбір засобів, методів оздоровчо-рекреаційної рухової активності, адекватних віковим нормам та нозологічним захворюванням з огляду на фізичний стан і розвиток суб'єктів учіння для фізичного впливу.

До третьої групи принципів нами віднесено соціологічні, а саме: соціальної справедливості, вільного вибору, добровільності, комунікативності.

1) Принцип соціальної справедливості побудований на прояві стану відношень у суспільстві між особами похилого віку, зважаючи на їх соціальні групи, ступінь суспільного та матеріального становища, права та обов'язки особи.

2) Принцип вільного вибору полягає у можливості досліджуваних здійснити вільний вибір, самостійно вирішити, чи брати участь їм у дослідженні й обрати форму участі. Респондентам забезпечуються умови для вільного формування своєї волі та виявлення своїх побажань.

3) Принцип добровільності – це відсутність регламентації з боку держави та інших структур, вільний вибір людиною дозвіллевих занять.

4) Принцип комунікативності, на нашу думку, є провідним методичним принципом для осіб похилого віку, що сприяє успішному веденню бесід, розмов між суб'єктами діяльності.

Спеціально-орієнтовані принципи ми згрупували до четвертої групи: інноваційності, превентивності, інтересу (зацікавленості), оздоровчої спрямованості.

1) Принцип інноваційності, що включає пілотування, аналіз і мультиплікацію інноваційного досвіду й технологій.

2) Принцип превентивності полягає в управлінні об'єктом дослідження, спрямованому на недопущення або запобігання виникнення несприятливого (кризового, аварійного) кінцевого результату.

3) Принцип інтересу (зацікавленості) враховує інтереси особистості, їх задоволення, формує нові духовні цінності та стимулює нові потреби і запити людини похилого віку.

4) Принцип оздоровчої спрямованості оснований на організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності таким чином, щоб виконання вправ мало профілактичну й розвиваючу функцію.

Наступну групу ми об'єднали у принципи дозвіллевої діяльності: рекреативності, адаптивності, регулярності, варіативності вибору засобів, відповідності місцевим умовам.

1) Принцип рекреативності полягає у використанні засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для активного відпочинку осіб похилого віку, отримання задоволення від цього процесу, зміни видів діяльності.

2) Принцип адаптивності – це задоволення потреб і вимог клієнтів дозвіллевого закладу, систематичне вивчення їхніх бажань, прогнозування розвитку дозвіллевої сфери.

3) Принцип регулярності – залучення до систематичного активного дозвілля осіб похилого віку, незважаючи на місця постійної чи тимчасової локації.

4) Принцип варіативності вибору засобів передбачає варіативне мислення, тобто розуміння можливості різних варіантів вирішення задачі дослідження (спосіб виконання, інтенсивність виконання вправи тощо), вміння здійснювати систематичну переоцінку варіантів, порівнювати їх і знаходити оптимальний варіант.

5) Принцип відповідності місцевим умовам полягає у врахуванні соціально-демографічних, економічних, культурно-освітніх, політичних та практичних умов діяльності людини.

Охарактеризовані вище принципи у нашому дослідженні застосовувались у тісному взаємозв'язку, створюючи цілісну єдність і систему, реалізація одного принципу пов'язувалась з реалізацією інших.

Практичною складовою розробленої концепції слугувала технологія проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку в різних умовах.

Метою технології проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку є розробка, обґрунтування та впровадження оздоровчо-рекреаційних програм, спрямованих на організацію вільного часу у різних місцях локації, відпочинок із метою відновлення фізичних та духовних сил, соціалізацію особистості, затримку процесів старіння, покращення якості та задоволення життям. Процес проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності є складним та багатоструктурним, у якому реалізуються зв'язки між його етапами.

Першим етапом запропонованої технології проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності виокремлено концептуальний. На цьому етапі здійснювалося планування роботи, визначення організаційно-педагогічних умов функціонування практичних складових технології організації активного дозвілля, оцінювалися можливості впровадження оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Наступним етапом технології нами визначено організаційний, на якому здійснювалася підготовка умов реалізації оздоровчо-рекреаційної програми та оптимального рухового режиму людей похилого віку, що формувався з урахуванням вікових, фізичних, функціональних та психологічних особливостей.

Наступним етапом був діагностичний, впродовж якого виконувалося прогнозування вихідного рівня показників фізичного стану, фізичної працездатності, оцінка мотивації до рекреаційно-оздоровчих занять осіб похилого віку.

Заключним етапом виокремлено програмно-методичний, який передбачав розробку, реалізацію, перевірку ефективності авторської оздоровчо-рекреаційної програми.

Загальна структура проектної діяльності складається із таких компонентів як мета, завдання, критерії відповідності, принципи, етапи, умови, форми впровадження, програми та критерії ефективності.

Кожна технологія містила свою програму. Програма складається із трьох періодів. Перший період – підготовчий. Метою цього періоду є вивчення контингенту досліджуваних, комплектація груп відповідно до інтересів та рівня здоров'я, проведення ввідних практичних занять із оздоровчо-рекреаційної рухової активності, формування базових знань, вмінь, навичок із обраних засобів ОРПА. Наступний – підтримуючий період, впродовж якого особи похилого віку закріплюють набуті вміння у підготовчому періоді та відвідують заняття, строго регламентовані попередньо затвердженим розкладом. На цьому періоді формується звичка до систематичних занять. У підтримуючому періоді закріплюється звичка регулярних занять ОРПА, акцентується увага на позитивних перевагах програми занять. Адже особи похилого віку мають оволодіти навичками застосування засобів ОРПА для досягнення рекреаційного ефекту, систематично самостійно займатись організованою руховою активністю.

На основі опитувальника SF-36 та його математичного обґрунтування, складових Індексу активного старіння,

визначених ВООЗ, експертній оцінці нами виокремлено критерії ефективності технології проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку: рівень рухової активності, фізичної працездатності, якості та задоволеності життям показники фізичної (тест PWC₁₅₀) та розумової працездатності, показники когнітивних функцій.

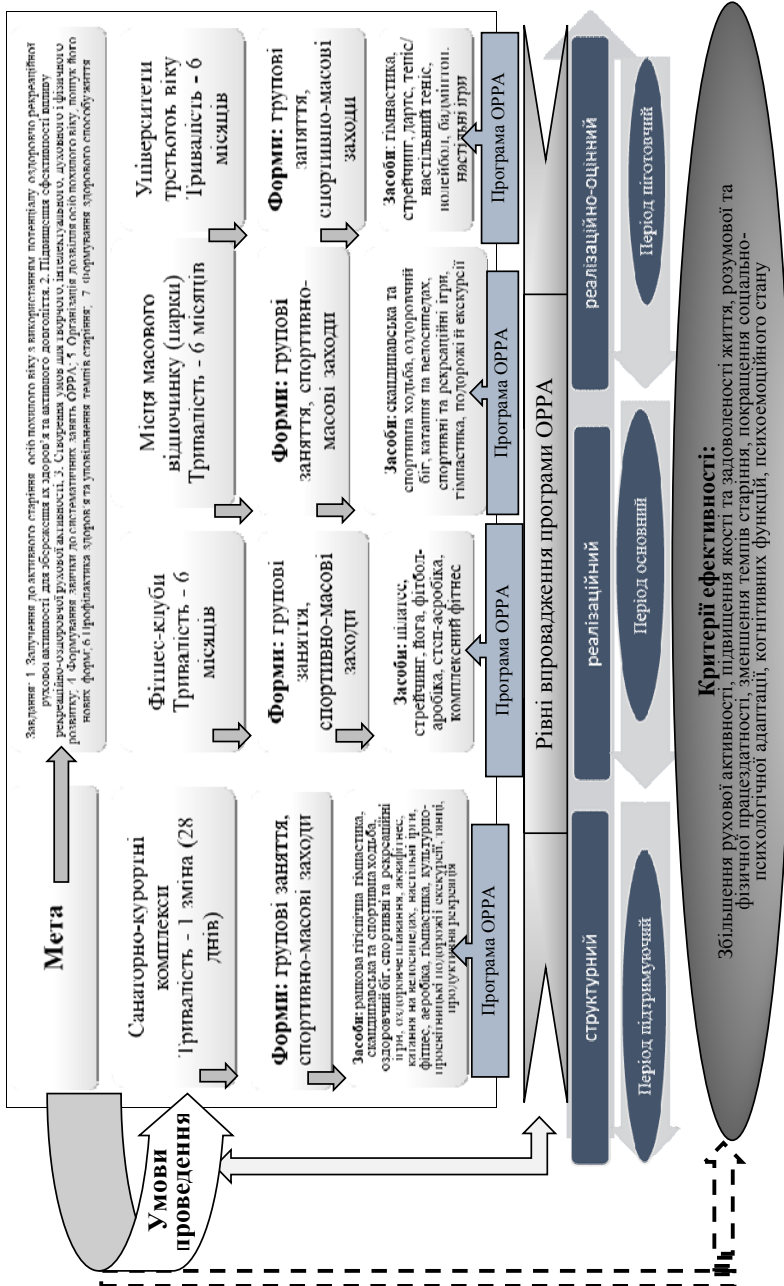
4.3. Обґрунтування та розробка технології реалізації положень концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності

На основі теоретичних та емпіричних положень, розглянутих вище, було запропоновано технологію організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку. Тому наступним завданням нашого дослідження було визначення доцільності впровадження технології реалізації положень концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності, враховуючи специфіку соціально-побутової сфери. Практичне застосування розробленої технології знайшло свою реалізацію в умовах місць масового відпочинку (парках), у фітнес-клубах, в університетах третього віку, у санаторно-курортних комплексах. Упроваджена технологія розрахована на осіб 60-65 років. Високоєфективними для осіб похилого віку будуть технології, які сприяють не лише набуттю необхідних знань і вмінь, а й розвитку самоєфективності, що нівелюватимуть суперечності між навколишнім середовищем та індивідом через формування нових навичок, вирішення проблем взаємодії і модифікації навколишнього середовища. Важливими є такі підходи, що сприяють створенню нових соціальних мереж та забезпечують високий рівень комунікації та підтримки [89]. Отже, метою нашої технології було залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності та підвищення ефективності впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності під час організації активного дозвілля людей похилого віку в різних умовах (рис. 5.7).

Серед основних завдань технології нами виокремлено:

1. Залучення до активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу ОРРА для збереження їх здоров'я та активного довголіття.
2. Підвищення ефективності впливу ОРРА;
3. Створення умов для творчого, інтелектуального і фізичного розвитку.
4. Формування звички до систематичних занять ОРРА.
5. Організація дозвілля осіб похилого віку, пошук його нових форм.
6. Профілактика здоров'я та уповільнення темпів старіння.
7. Формування здорового способу життя.

Під час впровадження технології було витримано основні принципи побудови оздоровчих занять із використанням загальнопедагогічних, специфічних методів, методів навчання рухових дій, методів виховання рухових якостей [203]. При визначенні ключових положень технології було враховано матеріально-соціальний статус осіб похилого віку. Технологія була розроблена й адаптована для чотирьох місць локацій, реалізація технології могла здійснюватися в умовах місць масового відпочинку (парках), фітнес-клубів, санаторно-курортних комплексів, університетів третього віку.



При цьому в межах цієї технології розроблялася програма ОРРА для кожного місця проведення із урахуванням тривалості, форм, методів і засобів, які можливо було реалізувати в тих чи інших умовах.

Організаційно-методичними підходами до впровадження оздоровчо-рекреаційної рухової активності було визначено:

- «створення логічного алгоритму впровадження (у межах технології організації) оздоровчо-рекреаційної рухової активності;

- підвищення рівня організаційно-методичної роботи у закладі з урахуванням інтересів та можливостей осіб похилого віку шляхом застосування інноваційних форм організації методичної роботи;

- впровадження інноваційних сучасних методик в оздоровчий процес з метою підвищення його якості та результативності;

- на засадах диференційованого підходу створення умов для розвитку й підтримання рівня здоров'я;

- здійснення моніторингу педагогічного процесу, своєчасне корегування;

- покращення кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів;

- удосконалення програмно-методичного забезпечення оздоровчо-рекреаційної рухової активності» [141].

Технологія включала організацію педагогічних умов оптимізації оздоровчо-рекреаційної діяльності у місцях масового відпочинку для осіб похилого віку і формувалась на основі таких положень:

- використання багатоваріативних форм, засобів та методів у процесі занять ОРРА;

- інтегральний характер побудови занять;

- складання гнучкого графіка проведення занять із врахуванням психофізіологічного стану осіб похилого віку;

- здійснення комплексного впливу на свідому, психоемоційну сферу особистості людей похилого віку;

- використання широкого кола засобів ОРРА, спрямованих на розвиток фізичних якостей із врахуванням морфофункціональних та психофізичних особливостей старіючого організму;
- включення у зміст занять у природньому середовищі, які загартовують організм та підвищують опірність до несприятливих впливів;
- забезпечення постійного медико-педагогічного контролю.

Технологія передбачає кілька етапів [141]:

- концептуальний, де виконувалося планування роботи, виокремлення організаційно-педагогічних умов функціонування складових технології організації активного дозвілля, оцінювання можливостей впровадження оздоровчо-рекреаційної рухової активності;
- організаційний, що передбачав забезпечення відповідних умов реалізації програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності та оптимального рухового режиму осіб похилого віку, ґрунтувався на основі фізичних, функціональних, вікових та психологічних особливостей;
- діагностичний, що включав передбачення вихідного рівня показників фізичного стану, оцінку мотивації до занять ОРРА людей похилого віку;
- програмно-методичний, на якому здійснювалася розробка, впровадження, оцінювання ефективності авторської концепції.

На основі розглянутих складових технології розроблялися програми ОРРА для кожного місця проведення окремо. Експериментальні програми були побудовані передусім з урахуванням особистісно-значущих проблем досліджуваних, їх мотиваційних пріоритетів, природи основних захворювань осіб похилого віку. Залежно від умов проведення, програма занять ОРРА для осіб похилого віку включала компоненти, які представлені у таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

**Характеристика фізичного навантаження у рекомендованих
заняттях ОРРА для осіб похилого віку
залежно від місця проведення**

Зміст діяльності	Інтенсивність навантаження % від МСК	Кількість занять у тиждень, разів	Тривалість, хв
Програма ОРРА в умовах санаторно-курортного комплексу (28 днів)			
Засоби ОРРА змішаного типу (аеробного та рекреативного характеру). Групові заняття, спортивно-масові заходи, теоретичний супровід заняття.	40-60	3-4	15-60
Програма ОРРА в умовах фітнес-клубу (6 місяців)			
Засоби ОРРА змішаного типу (аеробного та силового характеру). Групові заняття, спортивно-масові заходи, теоретичний супровід заняття.	40-60	3-4	45-60
Програма ОРРА в умовах місць масового відпочинку (парках) (6 місяців)			
Засоби ОРРА змішаного типу (аеробного та рекреативного характеру). Групові заняття, спортивно-масові заходи, теоретичний супровід заняття.	40-60	3-4	45-60

Продовження таблиці 4.3

Програма ОРРА в умовах університетів третього віку (6 місяців)			
Засоби ОРРА змішаного типу (еаробного та рекреативного характеру). Групові заняття, спортивно-масові заходи, теоретичний супровід заняття.	40-60	3-4	45-60

Програма містила декілька рівнів впровадження: структурний, реалізаційний та результативно-оцінний.

Структурний рівень полягав у вивченні об'єкту впровадження та узагальнення інформації про досліджуваних. Досліджувалася матеріально-технічне забезпечення, умови та рекреаційні зони закладу, аналізувалися мотиваційні пріоритети регіону, вподобання засобів рухової активності, функціональні можливості осіб похилого віку.

Другий рівень, реалізаційний, забезпечив здійснення планування спортивно-масових заходів та розробку програми занять. Планування здійснювалося з урахуванням отриманих результатів діагностики мотиваційних пріоритетів вікової групи респондентів, проводилося перспективне планування, вивчалися організаційно-методичні основи занять ОРРА для осіб похилого віку.

Результативно-оцінний рівень надавав можливість визначити ефективність, аналіз, оцінку, корекцію підбраного програмного забезпечення. Саме цей етап реалізовувався протягом однієї (28 днів) зміни відпочинку в санаторно-курортному комплексі, по 6 місяців в умовах фітнес-клубу, місцях масового відпочинку (парках), університетах третього віку. Досліджувані долучалися до програми занять ОРРА від її початку і до завершення. Протягом реалізації програм здійснювалося спостереження і коригувалися форми залежно від умов, що виникали (погодні умови, стан здоров'я тощо). Наприкінці дослідження визначалися критерії ефективності авторської технології.

Загальна тривалість заняття становила 45-60 хвилин. Щодо структури занять ОРПА з особами похилого віку, то використовувалася традиційна, що складалася із вступної, основної та заключної частин. У підготовчій частині (10-15 хв) використовувались мобілізуючі дихальні вправи та комплекси ЗРВ; основна частина передбачала комплексне (аеробне, силове та анаеробне – за вибором) навантаження. Заключна частина передбачала релаксаційні вправи, елементи аутотренінгу та психогімнастики, музичну терапію, заспокійливу дихальну гімнастику.

Зауважимо, що критеріями ефективності нашої технології виступили збільшення рухової активності, підвищення якості та задоволеності життя, розумової та фізичної працездатності, зниження темпів старіння, покращення соціально-психологічної адаптації, когнітивних функцій, психоемоційного стану.

4.3.1. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку у місцях масового відпочинку (парки). Програма ОРПА в умовах місць масового відпочинку тривала 6 місяців (Додаток Н₁). Групові заняття проводилися тричі на тиждень згідно з розкладом (понеділок, середа, субота). Переважними засобами були скандинавська та спортивна ходьба, оздоровчий біг, катання на велосипедах, спортивні та рекреаційні ігри, гімнастика, подорожі й екскурсії, спортивно-масові заходи. Основною метою запропонованої програми є залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності в місцях масового відпочинку (парках) та підвищення ефективності впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності під час організації активного дозвілля людей похилого віку.

Програма розрахована на шість місяців і включала три періоди: підготовчий, основний і підтримуючий. Підготовчий період оздоровчо-рекреаційної програми тривав 1 місяць (4 тижні), основний період – з 2-го по 5-й місяць, підтримуючий період тривав протягом шостого місяця програми.

Підготовчий період програми був розроблений для ефективної адаптації до нового соціального середовища (мікросоціуму), соціальної групи, спортивної спільноти, норм і правил; формування мотивації до систематичних занять ОРПА,

реалізації можливостей, подолання себе, дотримання норм і правил здорового способу життя через відповідальну поведінку за себе у суспільстві. Основними засобами періоду були види діяльності аеробного характеру із помірним навантаженням та культурно-освітницькі подорожі й екскурсії.

Основний період програми бів розрахований на 16 тижнів (з 5 по 19 тиждень включно). Основною метою цього періоду було засвоєння теоретико-практичного матеріалу із наступним використанням у подальшому житті. Серед форм організації основного періоду було виокремлено групові заняття, спортивно-масові заходи, такі як: туризм та походи, масовий забіг «Активне життя», масовий велозабіг, спортивна вікторина «Активне старіння», оздоровчий квест «Рух понад усе», змагання зі спортивних та рекреаційних ігор. Практичні заняття мали переважно аеробний характер. Під час занять акцентувалася увага, крім виконання фізичного навантаження, на психофункціональному стані особистості та командному дусі групи.

Підтримуючий період тривав з 20 по 24 тиждень, впродовж якого здійснювалося підтримка рівня фізичного та психофункціонального стану осіб похилого віку. Під час підтримуючого періоду вирішувалися такі завдання: досягнення тривалого кумулятивного тренувального ефекту, нормалізація показників фізичного та психічного стану осіб похилого віку, формування мотивації до подальшого здорового способу життя.

Згідно із традиційною структурою оздоровчих занять, яка вже науково обґрунтована і практично підтверджена, її складовими є три частини: підготовча, основна і заключна. Основною метою вступної частини був поступовий розігрів м'язів і повільне збільшення ЧСС до значень, які відповідають віковим особливостям осіб похилого віку. Розминка посилювала ефективність наступних вправ і знижувала вірогідність отримання травм опорно-рухового апарату. Завдяки застосуванню різних методів підвищення інтенсивності досягалося поступове підвищення температури тіла в осіб похилого віку, яке візуально проявлялося через невелике потовиділення. Основний акцент під час розминки було приділено помірним розтягуванням усіх

груп м'язів, що дозволяло покращити циркуляцію крові, збільшити кровообіг. Також підготовча частина супроводжувалася теоретико-методичними вказівками, які сприяли формуванню мотиваційних установок на здоровий спосіб життя.

Основна частина тривала 30-40 хв і передбачала застосування комплексів вправ аеробного та рекреаційного характеру. Під час виконання вправ особливо зверталася увага на правильність дихання.

Заключна частина заняття тривала від 5 до 10 % загального часу заняття. Основними завданнями цієї частини було поступове зниження ЧСС до рівня близького до норми, відновлення функціонального стану організму. Використовувалися нескладні гімнастичні вправи для загального розвитку, а також дихальні вправи та елементи стретчингу.

4.3.2. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку на базі фітнес-клубу. Нами здійснювалося вивчення особливостей організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності з людьми похилого віку в умовах фітнес-клубу. Стосовно організації ОРПА у фітнес-клубі, то тривалість програми занять розрахована на 6 місяців, періодичність занять – 3 рази на тиждень (із можливістю зміни дня занять згідно з розкладом групових занять та різновидом програми фітнесу типу стретчинг, пілатес, фітбол-аеробіка) (додаток Н₃).

З урахуванням основних принципів побудови оздоровчих занять під час розробки авторського підходу до проведення фітнес-занять для осіб похилого віку було запропоновано здійснювати диференціацію змісту діяльності відповідно до мотиваційних переваг та соматичного здоров'я (наявність захворювань та протипоказів до певних вправ). Особи похилого віку залучалися до групових занять фітнесом, які супроводжувалися теоретичним матеріалом.

Практичний матеріал реалізовувався за допомогою засобів пілатесу, стрейчингу, йоги, фітбол-аробіки, степ-аеробіки та комплексного фітнесу.

Структурними елементами фітнес-програми є три послідовних періоди, які склалися із підготовчого, основного та підтримуючого:

– підготовчий (тривалість 30 днів): завданням періоду була актуалізація мотиваційних пріоритетів людей похилого віку до активного старіння з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Тому важливим було заохочення особистості до занять ОРРА в умовах фітнес-клубу, спрямування на певну діяльність і вибірковість у доборі засобів і способів діяльності. Заняття проводилося тричі на тиждень тривалістю 40-60 хв. У цьому періоді увага концентрувалася на сприянні соціально-психологічній адаптації осіб похилого віку, впрацюванню організму до навантаження;

– основний (тривалість 4 місяці): здійснення роботи із підтримки та підвищення наявних знань, умінь і здібностей в осіб похилого віку; удосконалення навичок рухової активності, освоєння різних методик оздоровчого тренування. Навантаження цього рівня має навчально-тренувальний характер. На цьому етапі важливими було усвідомлення особистістю своїх глибинних цінностей та цілей, діяльність згідно зі власними життєвими принципами, незалежно від умов та обставин. Тобто пізнання користі ОРРА, виконання фізичних вправ щодня є вибором особистості, яка бере на себе відповідальність за своє життя, а не шукає причин для подій, що відбуваються з нею, в навколишніх людях чи обставинах, як це часто трапляється у похилому віці;

– підтримуючий (тривалість до 30 днів): закріплення отриманих знань, умінь і навичок; вміння контролювати фізичне навантаження; самостійне проведення елементів фітнес-занять вдома; покращення психофізіологічного стану осіб похилого віку.

Структура фітнес-занять для осіб похилого віку була класичною, але кожна частина мала свої особливості. Так, у підготовчій (розминка) частині використовувалися мобілізуюча дихальна гімнастика, комплекси підвідних вправ, музична терапія задля подолання тривожності, підвищення рівня

самомотивації, соціально-психологічної адаптації до занять та емоційної комфортності. У підготовчій частині здійснювалося доведення теоретичного програмного матеріалу. Основна частина заняття була збагачена різноманітними видами фітнесу, такими як пілатес, стрейчинг, фітбол-аробіка, степ-аеробіка, комплексний фітнес. Вибір напрямку фітнесу занять базувався на мотиваційних вподобаннях та міг змінюватися впродовж експерименту, але без порушень тижневого навантаження осіб похилого віку. Під час основної частини, крім удосконалення фізичного стану досліджуваних, велика увага зверталася на психоемоційний стан, подолання тривожності, підвищення рівня самомотивації до самостійних занять. У заключній частині (заминці) для нормалізації функціонального стану після навантаження використовувалися релаксаційні вправи, вправи автотренінгу, психогімнастики, музичної терапії та заспокійлива дихальна гімнастика.

4.3.3. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб 60-65 років, які навчаються в університеті третього віку. Аналіз досвіду роботи університетів третього віку дозволив виявити особливості соціально-педагогічного середовища, серед яких: соціалізація осіб, які вийшли на пенсію; можливість освіти впродовж життя; перспектива отримання нових знань, вмінь, навичок з урахуванням вимог ери технологічного прогресу; проведення просвітницької роботи; створення доброзичливих міжособистісних відносин, збільшення рівнів рухової активності; охорона здоров'я.

Враховуючи особливості діяльності університетів третього віку, які різняться між собою пріоритетними напрямками діяльності, видами послуг, матеріальною базою, фінансовою діяльністю, кадровим складом, нами запропоновано типову програму ООРА для осіб похилого віку, що навчаються в університеті тртього віку. Пропонована програма сформована у вигляді цілісної системи, що містить структурні елементи, які функціонують відповідно їх призначень (Додаток Н₂).

Результатом цього процесу є програма, її зміст, відносини між суб'єктом та об'єктом процесу (експерименту), їхній

особистісний характер. Програма ґрунтувалася на принципах свідомості й активності, врахування індивідуальних особливостей, оптимальної інтенсивності та величини навантаження, безперервності тренувального процесу, поступовості набуття оптимального фізичного стану, забезпечення управління навантаженням і спрямованістю занять з урахуванням даних медичної та спортивно-педагогічної діагностики, медичної діагностики. У перетворювальному експерименті прийняла участь 221 особа віком 60-65 років, які відвідують університет третього віку (152 жінки та 69 чоловіків). Варто відзначити, що періодичність занять в університеті третього віку складала 3 заняття на тиждень тривалістю по 40-60 хвилин. Під час практичних занять значну увагу приділялося психоемоційному стану та технічному виконанню фізичних вправ із правильним режимом дихання.

При розробці програми передбачено визначення стану здоров'я, функціональних характеристик і фізичної підготовленості досліджуваних, нами використовувалися рекомендовані в літературі [305] наступні види рухових режимів для людей похилого віку:

- 1) щадний;
- 2) оздоровчо-відновлювальний;
- 3) загальної фізичної підготовки і оздоровлення;
- 4) тренувальний;
- 5) підтримки тренуваності та довголіття.

Програма розрахована на 6 місяців та складається із підготовчого (адаптації), основного (вдосконалення) та підтримуючого періодів. Кожен з періодів був спрямований на досягнення поставлених завдань.

До завдань періоду адаптації входило, по-перше, прискорення обмінних процесів і поступове пристосування організму осіб похилого віку до фізичного навантаження, зміцнення м'язово-зв'язкового апарату; по-друге, навчання техніці виконання вправ; по-третє, розвиток рухової активності осіб і формування рухових навичок та вмінь, а також зміна способу життя. Тривалість періоду адаптації становила один місяць. Всі види вправ протягом цього періоду проводилися

тільки в умовах університету третього віку під контролем тренера-методиста та медичного працівника. Цей період передбачав діяльність у щадному та оздоровчо-відновному режимах. На практичних заняттях цього періоду вагоме значення мала дихальна гімнастика. Під час оздоровчо-відновлювального етапу важливим було закріплення досягнутого результату і наступний розвиток фізичних здібностей, а також освоєння нових видів фізичних вправ без значних навантажень, усунення порушень, пов'язаних з хронічними захворюваннями, оптимізація фізіологічних функцій, підвищення опірності організму, профілактика захворювань. Особливу увагу було приділено розвитку, підтримці і відновленню втрачених фізичних якостей, а також підтримці інтересу до занять. У період вдосконалення (тривалість – чотири місяці) передбачалося збільшення навантаження темпу виконання вправ, розширення рухової активності, вдосконалення фізичного стану осіб похилого віку, розвиток сили, координації, гнучкості та рівноваги, зміцнення і розвиток м'язів та зв'язок, прискорення метаболізму, розвиток витривалості й адаптації організму до силових навантажень.

У період вдосконалення збільшували навантаження і розширювали рухову активність, що включало заняття з фітоболаеробіки, необхідні для розвитку сили, координації, гнучкості та рівноваги, а також силові тренування, завданням яких є зміцнення та розвиток м'язів, зв'язок, прискорення метаболізму, розвиток витривалості й адаптації організму до силових навантажень.

Основним завданням підтримуючого періоду стало підтримання досягнутого рівня та вдосконалення функціональних характеристик, фізичної підготовленості осіб похилого віку на високому рівні, збереження, зміцнення здоров'я та попередження захворювань. Тривалість цього періоду становила один місяць. Стало можливим самостійне проведення занять поза університетом третього віку в зв'язку з тим, що протягом періоду адаптації та удосконалення проводилося навчання й закріплення навичок, техніки, пристосування організму осіб похилого віку до навантажень.

Загалом тривалість підготовчої частини заняття становила 10-15 хв і включала загальнорозвиваючі вправи, вправи на дихання. У комплекс загальнорозвиваючих вправ включені як статичні вправи (виконуються на місці стоячи і сидячи), так і динамічні (вправи в русі) – різні види ходьби у повільному і помірному темпі. Основна частина заняття складає 30-40 хв і включає загальнорозвиваючі статичні та динамічні вправи з предметами і без їх використання. Особлива увага приділяється диханню – динамічний вдих, незначна затримка дихання після вдиху, глибокий, повільний, повний видих. Заклучна частина заняття становила 10-15 хвилин. Тут використовувалися вправи в положенні сидячи, лежачи; вправи на розслаблення, що виконувалися під спокійну повільну музику. Варто сказати, що під час підготовчої та заклучної частини респондентам подавався теоретичний програмний матеріал.

Таким чином, упродовж усього періоду педагогічного експерименту заняття ОРРА для осіб похилого віку, реалізовані у різних умовах, ми проводили згідно з поданою технологією реалізації положень концепції активного старіння осіб похилого віку із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Були усунені виявлені раніше організаційно-методичні помилки, що дозволило з більшою ефективністю проводити оздоровчо-рекреаційні заняття. Додатково були проведені бесіди з респондентами стосовно користі занять ОРРА для різних систем старіючого організму, особливостей дозування навантаження оздоровчого заняття, рухового режиму пенсіонера, активного старіння та його можливостей у сучасному суспільстві.

4.3.4. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу. Специфіка перебування осіб похилого віку у санаторно-курортному комплексі має свої особливості. Отож ми розглянули комплекс базових методів, методик, способів і засобів їх впровадження в організацію та побудову науково-практичної діяльності у сфері забезпечення ефективної системи оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб 60-65 років. Такий вибір дозволяє здійснити

структурно-функціональний аналіз наявної системи взаємодії та окреслити пріоритетні напрямки її організації при вирішенні поставлених завдань [141].

На основі аналізу науково-методичної літератури нами запропоновано технологію організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу. Це дослідження проводилося разом із Дудіцькою С.П. [141].

Безкомпромісними відмінностями від традиційної організації активного дозвілля є їхня добровільність вибору, інтегративність, що поєднує розважальну й оздоровчу діяльність; ігрові засади, які визначають динаміку розвитку форм роботи, ігрова різноманітність, що формується на основі мотиваційних перевагах.

Основними формами занять цієї програми були групові заняття, спортивно-масові заходи. Засобами, якими вдалося реалізувати запропоновану програму, є: скандинавська та спортивна ходьба, оздоровчий біг, спортивні та рекреаційні ігри, оздоровче плавання, аквафітнес, катання на велосипедах, настільні ігри, фітнес, аеробіка, гімнастика, культурно-просвітницькі подорожі й екскурсії, танці, продуктивна рекреація.

Програма була розрахована на 28 днів і включала три періоди: підготовчий, основний і підтримуючий (додаток Н₄).

Спільно із Дудіцькою С.П. визначено: «Підготовчий період оздоровчо-рекреаційної програми тривав 3 дні, які включали наступні форми: медогляд, анкетування, прогулянки, бесіда, подорожі й екскурсії, практичні заняття. Основний період триває з 4-го по 18-й день. Пенсіонери, ознайомившись з оточенням, призвичаїлись. Особи дотримуються визначеного графіку, тому форми рекреаційно-оздоровчих занять строго регламентовані затвердженим розкладом. Нами пропонуються наступні рекреаційно-оздоровчі засоби: скандинавська та спортивна ходьба, оздоровчий біг, рекреаційні та спортивні ігри, туризм, плавання, аеробіка, фітнес, спортивне орієнтування, гімнастика, єдиноборства, катання на велосипедах, бадмінтон, настільний теніс, циркове мистецтво, походи. Підтримуючий

період триває з 19-го по 28-й день. В останній період занять люди похилого віку мають оволодіти навичками застосування засобів рекреації для досягнення рекреаційного ефекту, систематично самостійно займатись організованою руховою активністю. Пропонувалися наступні форми оздоровчо-рекреаційної рухової активності: ранкова гігієнічна гімнастика, групові заняття, спортивно-масові заходи. Були запропоновані ті ж засоби, що й в основному періоді. У цей період досліджувані мали можливість перевірити свою майстерність із вибраних видів рухової активності» [141].

Починаючи з основного періоду програми, періодичність занять впродовж дня у осіб похилого віку становить два заняття тривалістю 40-60 хв. У першій половині дня проводиться практичне заняття із теоретичним курсом, у другій половині дня – повноцінне оздоровче тренування. Методичними рекомендаціями для переходу до основного періоду є необхідність протягом підготовчого періоду збільшувати зовнішній опір, а потім збільшити кількість повторень під час виконання вправ. Після збільшення фізичного навантаження можна повторно збільшити опір, а потім – кількість повторень. Додатковими методами впливу можуть виступати ранкова гігієнічна гімнастика, рекреаційні заняття, медико-біологічні засоби відновлення (сауна, масаж).

Висновки до розділу 4

На основі системного опрацювання фахової літератури, тенденцій та закономірностей суспільного розвитку вивчено та систематизовано передумови розробки концепції активного старіння, до яких відносяться демографічні, соціальні, психологічні, особистісні, біологічні, інформаційні, економічні передумови. Концептуалізовано потенціал оздоровчо-рекреаційної рухової активності у залученні осіб похилого віку до регулярних оздоровчих занять. Обґрунтовано теоретико-методологічні засади розробленої концепції, що є системою поглядів на теоретико-методологічні та технологічні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку.

Аналіз науково-методичної літератури, систематизація наявного практичного досвіду та результати констатувального дослідження дозволили визначити основні положення концепції активного старіння осіб похилого віку, використовуючи потенціал оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Дієюю складовою визначено технологію оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку, яка відповідає системі вимог до її побудови. Метою цієї технології визначено залучення осіб похилого віку до оздоровчо-рекреаційної рухової активності та підвищення ефективності впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності під час організації активного дозвілля людей похилого віку в різних умовах. Така технологія включала чотири взаємодоповнюючі етапи: концептуальний, організаційний, діагностичний та програмно-методичний. Унікальністю авторської технології визначено умови проведення. Так, при реалізації програмно-методичного етапу технології розроблялися програми ОРРА для різних місць проведення, а саме: санаторно-курортного комплексу, фітнес-клубу, місць масового відпочинку (парків) та університетів третього віку. Кожна програма складалася із періодів: підготовчого, основного та підтримуючого. Рівнями впровадження авторської програми були структурний, реалізаційний та результативно-оцінний. Варто відмітити, що тривалість програми ОРРА різнилася залежно від місця проведення. У санаторно-курортному комплексі реалізація програми здійснювалась впродовж 1 зміни (28 днів), у фітнес-клубі, місцях масового відпочинку (парках) та університеті третього віку тривалість програми була розрахована на 6 місяців.

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛОЖЕНЬ КОНЦЕПЦІЇ АКТИВНОГО СТАРІННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОТЕНЦІАЛУ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

Суть авторського підходу до технології реалізації положень концепції активного старіння осіб похилого віку полягає в цілеспрямованому залученні осіб похилого віку до участі в оздоровчо-рекреаційній руховій активності. Передбачалося, що в процесі її виконання в осіб похилого віку буде сформовано необхідні знання, вміння та навички використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності в повсякденному житті пенсіонера. Ми виходили з того, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність є однією з небагатьох сфер життєдіяльності, де можливо змодельовати ситуації активного впливу на психо-фізичні процеси, якість та задоволеність життя, розумову та фізичну працездатність.

Одним із завдань дослідження стало обґрунтування технології реалізації положень розробленої концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності та перевірка її ефективності. Для перевірки ефективності запропонованої технології проводилися перетворювальні експерименти. Було сформовано чотири експериментальних групи, де заняття проводились відповідно до розроблених технологій у різних умовах соціально-побутової сфери діяльності осіб похилого віку.

Перший перетворювальний експеримент проводився на базі санаторно-курортного комплексу «Буковинська черешенька». У дослідженні взяли участь всього 50 осіб, серед яких було 30 жінок та 20 чоловіків. Середній паспортний вік респондентів цієї групи становив 63,7 роки. Тривалість експерименту дорівнювала одній відпочинковій зміні і становила 28 днів.

Наступний перетворювальний експеримент був проведений на базі фітнес-клубу. До цього дослідження долучилося 132 осіб похилого віку (жінок – 84, чоловіків – 48), середній паспортний вік яких дорівнював 64,7 року. Тривалість програми перетворювального експерименту у фітнес-клубі розрахована на 6 місяців.

До складу експериментальної групи перетворювального експерименту, який відбувався у місцях масового відпочинку (парк «Жовтневий», м. Чернівці), входила 101 особа похилого віку, з яких 50 чоловіків та 51 жінка (середній паспортний вік групи – 65,4 роки). Тривалість програми перетворювального експерименту розрахована на 6 місяців.

Ще один перетворювальний експеримент проводився в університетах третього віку. Респондентами запропонованої технології були чоловіки (69 осіб) та жінки (152 осіб) 60-65 років, програма розрахована на 6 місяців.

У якості незалежної змінної використано такий параметр, як зміст розроблених оздоровчо-рекреаційних технологій для осіб похилого віку. Залежною змінною були показники рівня рухової активності, якості життя, задоволеності життям, когнітивних функцій, фізичної та розумової працездатності, когнітивних функцій та соціальної адаптації особистості.

При проведенні перетворювальних експериментів виникло питання вибору конкретних критеріїв ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку. Справа в тому, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність має позитивний вплив на всі системи та підсистеми організму людини. Важливим, на нашу думку, є факт визначення тих критеріїв ефективності, які найповніше будуть розкривати специфіку позитивного впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності на осіб похилого віку. Експериментально дослідити процес впливу оздоровчо-рекреаційної діяльності на всі системи у рамках одного дослідження просто нереально. Необхідно було обрати коло конкретних компонентів, які й стануть об'єктом дослідження. Постало питання про критерій відбору компонентів дослідження. Критерії ефективності запропонованої технології реалізації положень розробленої концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-

рекреаційної рухової активності було визначено за допомогою статистичної обробки даних (факторного та кореляційного аналізу). Факторний аналіз якості життя засвідчив важливість фізичної активності та соціальної активності осіб похилого віку ($p < 0,001$). Тісноту кореляційного взаємозв'язку рухової активності, якості життя, задоволеності життям, фізичної працездатності, рівня здоров'я виявлено на дуже високому рівні ($p < 0,005$) для осіб 60-65 років. Виходячи з таких міркувань, ми зупинилися на таких критеріях ефективності: визначення рівнів рухової активності (Фремінгемська методика), визначення динаміки рівнів якості (міжнародна оцінювальна система для визначення оцінки якості життя SF-36) та задоволеності життям (методика визначення індексу задоволеності життям Ньюгардена в адаптації Н.В. Паніної та шкала задоволеності життям Е. Дінера), визначення динаміки показників фізичної (тест PWC₁₇₀) та розумової працездатності, визначення показників когнітивних функцій (тест MMSE), дослідження соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса - Р. Даймонда.

5.1. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку у місцях масово го відпочинку (парки)

Для перевірки ефективності запропонованої технології організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності під час активного дозвілля людей похилого віку в умовах парку відпочинку проведено педагогічний експеримент. До групи досліджуваних входило 101 респондент віком 60-65 років, які займалися за запропонованою технологією оздоровчо-рекреаційної рухової активності. До експериментальної групи входили 51 жінка та 50 чоловіків цієї ж вікової групи. Варто зазначити, що на початку експерименту рівень фізичного здоров'я та рухова активність у досліджуваних була однаковою. У результаті проведеного дослідження було виявлено мотиваційні пріоритети осіб похилого віку в експериментальній групі на етапі підготовчого періоду. З урахуванням мотиваційних пріоритетів досліджуваних розподілили на групи і склали розклад занять.

У результаті педагогічного впливу покращилися показники рухової активності, якості та задоволеності життя, розумової та фізичної працездатності, темпів старіння, соціально-психологічної адаптації, когнітивних функцій, психоемоційного стану при реалізації авторської технології у місцях масового відпочинку. Визначення рівня якості життя осіб похилого віку дозволило нам виокремити найбільш значущі аспекти впливу запропонованої технології. Так, наприкінці дослідження на високому рівні було виявлено показники якості життя «фізична активність» (у чоловіків $81,3 \pm 0,6$ бала; у жінок $85,8 \pm 0,6$ бала), «загальний стан здоров'я» (у чоловіків $76,4 \pm 0,3$ бала; у жінок $75,4 \pm 0,3$ бала), «соціальна активність» (у чоловіків $72,3 \pm 0,7$ бала; у жінок $78,5 \pm 0,9$ бала), «життєздатність» (у чоловіків $72,6 \pm 1,1$ бала; у жінок $83,4 \pm 1,3$ бала) та «психічне здоров'я» (у чоловіків $72,6 \pm 1,1$ бала; у жінок $76,4 \pm 0,7$ бала).

Результати рухової активності демонструють підвищення спеціально-організованої рухової активності середнього (жінки з 3,6 % до 5,7 % впродовж доби та чоловіки – з 3,7 % до 4,1 %) і високого (жінки з 1,1 % до 2,9 % та чоловіки – з 1,5 % до 2,1 %) рівнів. Варто відзначити, що протягом перетворювального дослідження, показники індексу рухової активності (ІРА) мають позитивну динаміку як у чоловіків, так і в жінок 60-65 років (табл. 5.1).

Зменшення темпів старіння прослідковувалося через зменшення БВ. Наприкінці дослідження у жінок похилого віку було визначено біологічний вік у $64,3 \pm 1,8$ роки, у порівнянні із $67,2 \pm 1,5$ роки на початку дослідження, що на 2,9 роки менше. У чоловіків було обчислено в кінці дослідження БВ $63,4 \pm 0,9$ роки ($p < 0,05$), у порівнянні із $68,1 \pm 2,1$ роки ($p < 0,05$) на початку дослідження, що на 4,7 роки менше.

За шестимісячний період достовірних змін рівня фізичного здоров'я не відбулося, але в досліджуваних спостерігалася тенденція до покращення, що визначено за допомогою методу критерію знаків (критерій знаків знаходився у межах 10–22).

Таблиця 5.1

Показники добової рухової активності осіб 60-65 років в місцях масового відпочинку (парках) на початку та в кінці дослідження (n =101)

Рівні рухової активності	Жінки (n = 51)				Чоловіки (n = 50)			
	На початку дослідження		В кінці дослідження		На початку дослідження		В кінці дослідження	
	год	бали	год	бали	год	бали	год	бали
Базовий рівень	10,03	10,03 ± 0,63	9,67	9,67 ± 0,63	10,15	10,15 ± 0,84	9,86	9,86 ± 0,63
Сидячий рівень	8,81	9,69 ± 1,17	8,49	9,34 ± 1,17	8,4	9,24 ± 2,26	8,71	9,58 ± 1,17
Малий рівень	4,03	6,05 ± 1,04	3,77	5,66 ± 1,04	4,2	6,3 ± 1,78	3,94	5,90 ± 1,04
Середній рівень	0,86	2,07 ± 0,85	1,37	3,29 ± 0,85	0,89	2,13 ± 0,73	0,98	2,36 ± 0,85
Високий рівень	0,26	0,32 ± 0,82	0,69	3,45 ± 0,82	0,36	1,8 ± 0,86	0,50	2,52 ± 0,82
Добовий ІРА	28,16 ± 2,24		31,41		29,62 ± 3,28		30,22	

Отже, отримані дані свідчать про позитивні зміни рівня фізичного здоров'я досліджуваного контингенту за більшістю показників, які відбулися під дією запропонованої технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку у місцях масового відпочинку (парках).

Оцінювання показників психолого-соціальної адаптації на початку дослідження у групі респондентів виявило, що показники самосприйняття, прийняття інших та емоційна комфортність сформовані на низькому рівні. Проте наприкінці дослідження простежувалася тенденція до покращення всіх показників психолого-соціальної адаптації ($p < 0,05$).

Дані, отримані в процесі дослідження, засвідчують правильність припущення про те, що заняття оздоровчо-рекреаційною діяльністю, які проводились за авторською

технологією, ефективно впливають на позитивну динаміку показників задоволеності життям. Це видно за показниками рисунка 6.1, де відображено результати вторинної статистичної обробки отриманих даних. При цьому варто зауважити, що статистично значущі відмінності показників ($p < 0,05$) виявлено в досліджуваній групі впродовж дослідження.

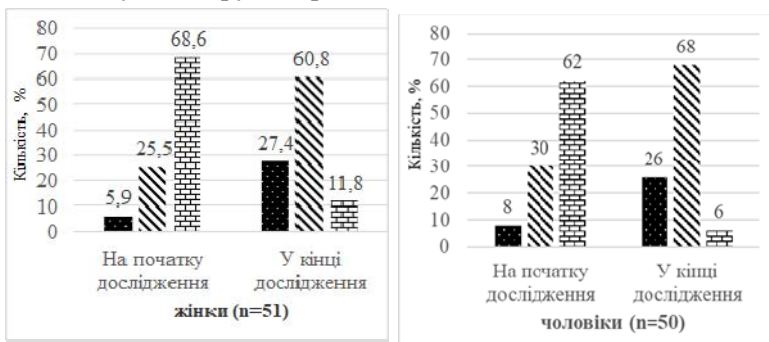





Рис. 5.1. Індекс задоволеності життям осіб похилого віку на початку та в кінці дослідження (за методикою Б. Ньюгартен в модифікації Н. Паніної, 2010), (n=101), %:

-  – високий рівень;
-  – середній рівень;
-  – низький рівень.

Ще одним критерієм ефективності запропонованої технології виступила когнітивна функція людей похилого віку. Варто зазначити, що на початку дослідження в осіб 60-65-ти років показники когнітивних порушень та легка деменція було виявлено у 3,9 % жінок та 4,0 % чоловіків. Проте наприкінці дослідження дані покращуються. Когнітивні порушення не виявлено ні в жінок, ні в чоловіків 60-65-ти років, чим підтверджуємо позитивний вплив запропонованої технології.

Одним із важливих компонентів запропонованої технології було підвищення рівня фізичної та розумової працездатності осіб 60-65-ти років із використанням принципів системності, самоврядності, компетентності, рекреативності, цілісності, інноваційності, адекватності, комунікативності, адаптивності тощо.

Отже, в кінці дослідження збільшилася кількість чоловіків, у яких виявлено рівень фізичної працездатності вище середнього – 42,0 %, середній – 34,0 %, високий – 16,0 % (рис. 5.2). У групі жінок наприкінці дослідження виявлено найбільшу кількість осіб із середнім рівнем фізичної працездатності (41,2 %), вище середнього (25,5 %) та нижче середнього (17,6 %) відповідно.

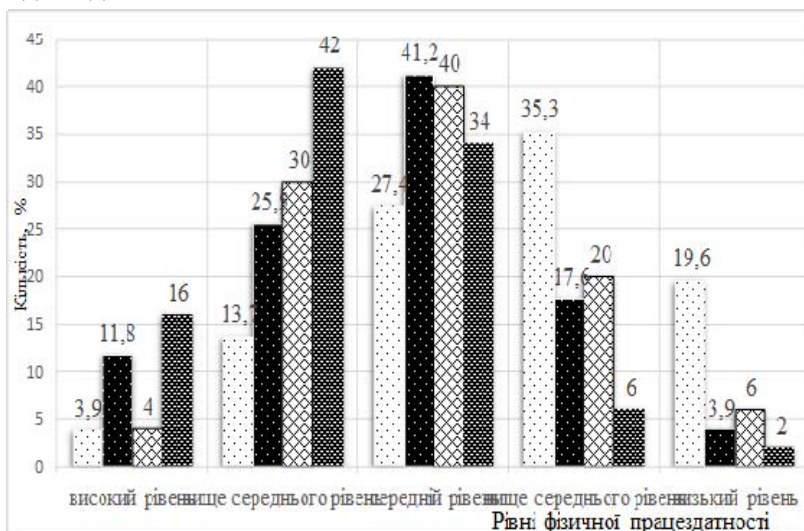






Рис. 5.2 Показники фізичної працездатності досліджуваних на початку та в кінці дослідження (n=101), %:

-  – жінки на початку дослідження;
-  – жінки в кінці дослідження;
-  – чоловіки на початку дослідження;
-  – чоловіки в кінці дослідження.

Щодо розумової працездатності, то результати наприкінці дослідження мають таку ж тенденцію. Отже, на дуже високому рівні концентрації уваги виявлено в 13,7 % жінок та 18,0 % чоловіків; на високому рівні – в 23,5 % респонденток та 38,0 % респондентів чоловічої статі. Слід відзначити, що в кінці дослідження осіб із низьким рівнем розумової працездатності не було виявлено.

Під час перевірки ефективності запропонованої технології покращилися показники психоемоційного стану, встановлено, що на початку експерименту в досліджуваних спостерігалися показники самопочуття, активності й настрою, які відповідали низькій оцінці і знаходилися у межах 2,8–3,4 бала, причому достовірних відмінностей у групах виявлено не було (табл. 5.8).

Таблиця 5.2

Показники самопочуття, активності та настрою досліджуваних на початку та наприкінці дослідження (за методикою САН) (n=101), бали

Компоненти	Жінки (n=84)				Чоловіки (n=48)			
	На початку дослідження		В кінці дослідження		На початку дослідження		В кінці дослідження	
	\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m
Самопочуття	3,4	0,3	6,1	0,2	2,9	0,5	5,8	0,3
Активність	2,8	0,5	6,2	0,3	3,0	0,2	5,5	0,4
Настрій	3,0	0,1	5,9	0,4	3,4	0,3	6,1	0,2

Отримані дані наприкінці експерименту значно різнилися і засвідчили, що в експериментальній групі показники активності, настрою й самопочуття визначено у діапазоні 5,5-6,2 бала, що відповідало високому рівню.

5.2. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку на базі фітнес-центрів

Перевірку ефективності впровадження технології організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку в умовах фітнес-клубу було здійснено під час перетворювального педагогічного експерименту, який тривав шість місяців. У дослідженні брали участь 132 особи 60-65 років, серед яких 84 жінки та 48 чоловіків. Середній паспортний вік становив 64,7 роки. Оцінюючи оздоровчий ефект від запропонованої технології, ми робили акцент на такі найважливіші показники, як показники рухової активності, динаміка показників якості життя, задоволеності життям, соціально-психологічної адаптації, рівнів фізичної та розумової працездатності, когнітивних функцій.

Після проведеного перетворювального експерименту покращилися показники якості життя і в жінок, і в чоловіків цієї вікової групи. Найбільший приріст показників виявлено у показниках «фізична активність» (у чоловіків з $68,3 \pm 0,5$ бала до $85,4 \pm 0,7$ бала ; у жінок з $70,2 \pm 1,3$ бала до $86,8 \pm 0,9$ бала), «загальний стан здоров'я» (у чоловіків з $62,4 \pm 0,7$ бала до $75,4 \pm 0,9$ бала ; у жінок з $67,3 \pm 0,6$ бала до $71,6 \pm 0,9$ бала) та «соціальна активність» (у чоловіків з $63,2 \pm 0,8$ бала до $72,6 \pm 0,7$ бала ; у жінок з $71,2 \pm 0,8$ бала до $82,4 \pm 0,7$ бала). Варто відзначити, що впродовж дослідження покращилися всі показники компонентів якості життя як фізичного компонента більше ніж 5 балів кожен.

Аналізуючи отримані після експерименту дані задоволеності життям, виявлено (рис.5.3), що в чоловіків 60-65 років покращився індекс задоволеності життям на високому рівні із 16,6 % до 58,3 %. У жінок покращення результатів встановлено на середньому рівні індексу задоволеності життям із 33,3 % до 63,1 %, а на високому рівні – із 9,6 % до 28,6 %.

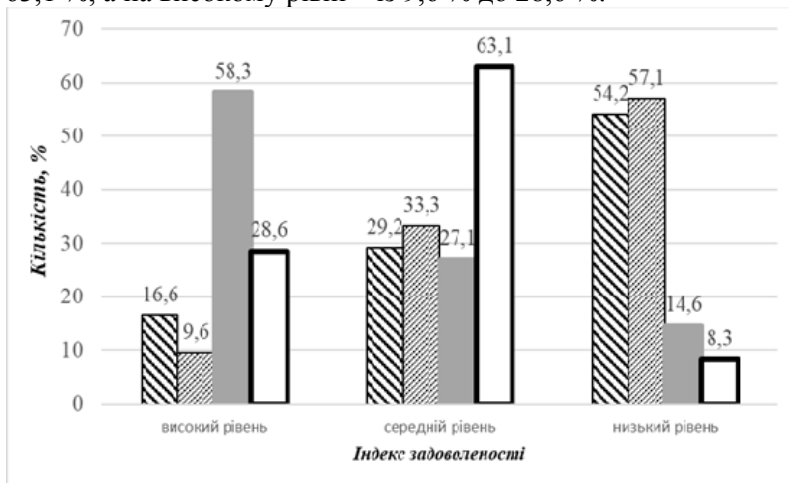


Рис. 5.3. Індекс задоволеності життям осіб похилого віку на початку та вкінці дослідження (за методикою Б. Ньюгартен в модифікації Н. Паніної, 2010), (n=132), %:

- чоловіки на початку;
- жінки на початку;
- чоловіки в кінці дослідження;
- жінки в кінці дослідження.

Після впровадження оздоровчо-рекреаційної технології помітно покращилися результати фізичної працездатності. Так, на високому рівні фізичної працездатності на початку дослідження серед респондентів обох груп було незначна частка (жінок – 9,6 %, чоловіків – 8,3 %). Проте наприкінці дослідження серед респондентів чоловічої статі було виявлено на високому рівні – 27,1 %, на вище середнього – 31,3 %, на середньому – 35,4 %. У респонденток, у свою чергу, виявлено фізичну працездатність на високому рівні – 19,0 %, на вище середнього – 21,4 %, на середньому – 45,2 % відповідно.

Оцінювання показників психолого-соціальної адаптації на початку дослідження у групі респондентів виявило, що показники самосприйняття, прийняття інших та емоційна комфортність сформовані на низькому рівні. Проте наприкінці дослідження простежувалася тенденція до покращення всіх показників психолого-соціальної адаптації (табл. 5.3).

Також простежувалася тенденція до покращення показників розумової працездатності осіб похилого віку в процесі педагогічного експерименту. На початку дослідження найбільше у респондентів було виявлено концентрації уваги на середньому рівні як у чоловіків (43,8 %), так і у жінок (48,8 %). Однак у кінці дослідження у цих показниках також зафіксовано позитивні зміни. На дуже високому рівні концентрацію уваги виявлено у 22,6% жінок та 25,0 % чоловіків; на високому рівні – у 36,9% жінок та 35,4 % чоловіків; на середньому рівні – у 28,6% жінок та 31,2 % чоловіків; на низькому рівні – у 10,7% жінок та 4,7 % чоловіків; на дуже низькому рівні – у 1,2 % жінок та 4,7 % чоловіків. Варто відзначити, що когнітивні функції у досліджуваній групі мали також позитивну динаміку під час педагогічного впливу. Так, норму розвитку когнітивних функцій вкінці експерименту виявлено у 92,9 % жінок та у 93,8 % чоловіків.

Таблиця 5.3

**Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації
досліджуваних на початку та наприкінці дослідження
(за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда, 2001)
(n=132), бали**

Компоненти	Жінки (n=84)				Чоловіки (n=48)			
	На початку дослідження		В кінці дослідження		На початку дослідження		В кінці дослідження	
	\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m
Адаптація	55,4	0,3	81,4	0,1	63,4	0,2	79,4	0,3
Самосприйняття	73,6	0,1	63,8	0,3	73,5	0,1	76,8	0,1
Прийняття інших	53,6	0,4	58,5	0,1	57,8	0,1	61,2	0,4
Емоційна комфортність	41	0,3	43,3	0,3	64,7	0,3	68,2	0,3
Інтернальність	66,3	0,1	61,2	0,4	65,8	0,4	65,3	0,1
Прагнення до домінування	43,2	0,1	52,4	0,2	78,4	0,1	82,1	0,1

Результати оцінки психоемоційного стану, вказують, що на початку дослідження в осіб похилого віку спостерігалися показники самопочуття, активності та настрою у межах 2,21-3,94 бала, при чому достовірних відмінностей між чоловіками та жінками у віковій групі не виявлено. Низькі оцінки показників психоемоційного стану можуть свідчити про низьку якість життя та погану соціальну адаптацію в новій ролі «пенсіонер». Отримані в результаті експерименту дані свідчать, що показники активності, настрою та самопочуття приблизно однакові, відповідають рівню високої оцінки, що підтверджує факт відновлення психоемоційного стану осіб похилого віку в процесі занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю в умовах фітнес-клубу.

5.3. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку, які відвідують університет третього віку.

На базі Чернівецького університету третього віку імені Кольпінга було проведено перетворювальний експеримент, тобто впроваджено оздоровчо-рекреаційну технологію для осіб 60-65 років. У дослідженні прийняли участь 221 особа віком 60-65 років. Серед досліджуваних були непрацюючі пенсіонери, з яких 152 жінки та 69 чоловіків. Респонденти займалися за запропонованою програмою оздоровчо-рекреаційною діяльністю впродовж шести місяців. Основна мета цього експерименту полягала у підвищенні ефективності впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності під час відвідування університету третього віку та створенні умов для творчого, інтелектуального, духовного й фізичного розвитку осіб похилого віку, розвитку фізичних якостей, профілактики здоров'я, формування здорового способу життя, раціональної організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності у вільний час.

Оцінка даних ефективності запропонованої технології дозволила визначити показники якості життя осіб похилого віку. Згідно з нашим дослідженням на початку експерименту в респондентів компоненти якості життя знаходилися у діапазоні 53,2-69,4 бала – у жінок та 54,8-70,3 бала – у чоловіків. Проте наприкінці дослідження показники якості життя значно покращилися, враховуючи всі компоненти. Так, показник «фізична активність» як компонент якості життя впродовж дослідження покращився у жінок на $13,3 \pm 1,4$ бала, а в чоловіків – на $14,4 \pm 1,8$ бала. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності мала позитивну динаміку та збільшилася на $3,9 \pm 1,1$ бала у жінок і на $2,6 \pm 0,7$ бала у чоловіків; рівень болю для жінок 60-65 років як показний якості життя покращився на $3,2 \pm 0,8$ бала та на $2,8 \pm 1,1$ бала – у чоловіків; загальний стан здоров'я покращився у жінок на $11,4 \pm 2,1$ бала та на $13,1 \pm 0,7$ бала – у чоловіків; показники життєздатності збільшилися на

6,4 ± 0,9 бала у жінок та 6,3 ± 1,2 бала – у чоловіків; соціальна активність мала суттєву позитивну динаміку у жінок і збільшилася на 10,9 ± 1,5 бала, а в чоловіків збільшилася на 3,4 ± 2,1 бала; роль емоційних проблем в обмеженні життєздатності мала незначне збільшення в чоловіків (на 1,1 ± 0,8 бала), а в жінок мала значний приріст показників – на 11,2 ± 0,4 бала; у показниках психічного здоров'я визначено збільшення на 5,6 ± 0,4 бала у жінок та на 2,3 ± 0,8 бала – у чоловіків.

Визначення індексу задоволеності життям як критерію ефективності запропонованої програми нами визначено, що на початку дослідження серед респондентів жіночої статі переважали особи із низьким рівнем (65,1 %). Однак наприкінці дослідження у більшій частині жінок виявлено середній рівень (54,6 %) та високий рівень (13,8 %) індексу задоволеності життям. У чоловіків 60-65 років на початку дослідження задоволеність життям визначено у 30,4 % на середньому рівні, а в 31,9 % – на низькому рівні ІЗЖ. У кінці дослідження визначено у групі чоловіків на високому рівні ІЗЖ 44,9 % респондентів, а на середньому – 33,3 % відповідно.

Результати із визначення ІЗЖ за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда дозволили визначити його рівні (табл. 5.4). Найпозитивнішу динаміку серед показників ІЗЖ для жінок вкінці дослідження демонструють показники прийняття інших та емоційної комфортності. У чоловіків найбільший кількісний приріст виявлено у показниках адаптації, прагнення до домінування.

Фізична працездатність у похилому віці – це важливий компонент здоров'я, фізичного розвитку, підґрунтя високої працездатності, підготовки до суспільно-корисної праці. Фізичну працездатність трактують як здатність людини до виконання конкретної роботи за рахунок м'язових зусиль, які є визначальними для досягнення конкретного результату діяльності. Терміном «фізична працездатність» визначають потенційну здатність людини до прояву максимального фізичного зусилля в динамічній, статичній чи змішаній діяльності.

Таблиця 5.4

**Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації
досліджуваних на початку та наприкінці дослідження
(за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда, 2001)
(n=221), бали**

Показники ІЗЖ	Жінки (n=152)				Чоловіки (n=69)			
	на початку дослідження		в кінці дослідження		на початку дослідження		в кінці дослідження	
	\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m
адаптація	65,4	1,3	71,4	2,4	63,4	3,6	79,4	4,1
самосприйняття	62,6	3,4	68,8	0,7	68,5	3,8	78,8	4,1
прийняття інших	53,4	3,6	61,5	1,3	62,8	2,8	71,2	2,3
емоційна комфортність	55,7	2,1	63,3	1,7	67,7	2,5	69,2	1,2
інтернальність	63,3	2,2	61,2	1,3	57,8	2,6	56,3	0,9
прагнення до домінування	53,4	0,9	56,4	0,8	78,4	1,3	84,1	1,7

Фізичну працездатність осіб 60-65 років на початку і наприкінці дослідження ми визначали за допомогою тесту PWC_{150} , що відображає реакцію кардіораспіраторної системи на фізичне навантаження і функціональну готовність. На початку перетворювального експерименту в досліджуваних переважали нижче середнього (30,3 % – у жінок та 43,5 % – у чоловіків) та низький (28,9 % – у жінок та 11,9 % – у чоловіків) рівні фізичної працездатності. Однак наприкінці дослідження у 6,6% жінок визначено високий рівень, вище середнього рівня – у 25,0 %, середній рівень – у 55,3 %, нижче середнього рівень – у 7,9 %, низький рівень – у 5,3 %. Щодо чоловіків 60-65 років, то в кінці дослідження визначено високий рівень – у 11,6 %, вище середнього рівня – у 30,4 %, середній рівень – у 43,5 %, нижче середнього рівень – у 11,6 %, низький рівень – у 2,9 %.

Як відомо, рухова активність позитивно впливає на розумову діяльність. Так, в результаті впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності, якими наші респонденти займалися протягом шести місяців, значно покращилася їх розумова працездатність (рис. 5.4). Наприкінці дослідження більша частина респондентів мала середню концентрацію уваги (жінки – 53,5 %, чоловіки – 43,5 %) та високу (жінки – 26,3 % та чоловіки – 31,9 %).

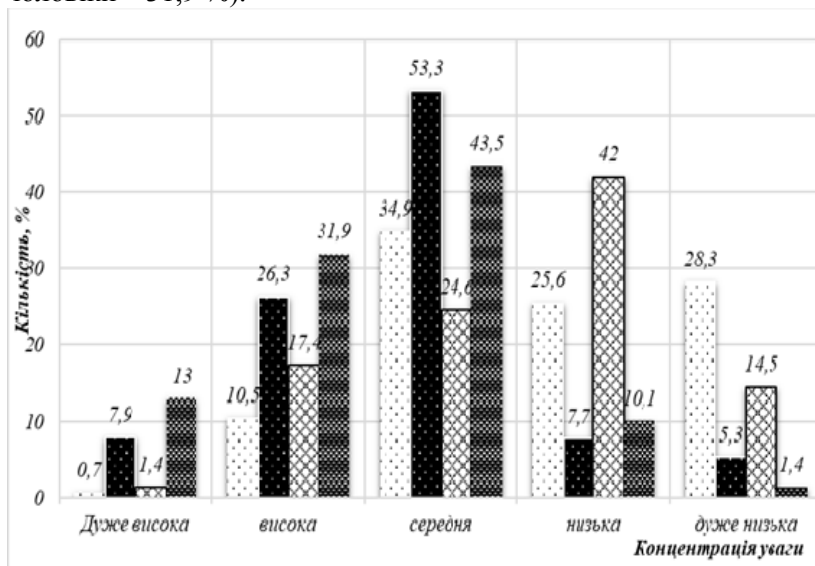






Рис. 5.4. Показники розумової працездатності досліджуваних на початку та вкінці дослідження (n = 221), %:

-  – жінки на початку дослідження;
-  – жінки в кінці дослідження;
-  – чоловіки на початку дослідження;
-  – чоловіки в кінці дослідження.

Позитивною динамікою відзначаються під час нашого перетворювального експерименту показники когнітивних функцій досліджуваних осіб. Варто відзначити, що під час дослідження не було виявлено осіб із ознаками помірної та тяжкої деменції. Однак наприкінці дослідження кількість осіб із

показниками норми когнітивних функцій виявлено в 90,8 % жінок та в 89,9 % чоловіків віком 60-65 років.

Отже, отримані дані перетворювального експерименту дають підстави стверджувати про дієвість та ефективність запропонованої технології організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб, які навчаються в університеті третього віку.

5.4. Оцінка ефективності оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку в умовах санаторно-курортних комплексів

Перетворювальний експеримент було проведено спільно з Дудіцькою С.П, а саме: впровадження оздоровчо-рекреаційної технології для цієї вікової групи в умовах санаторно-курортного комплексу. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком 60-65 років. У процесі нашого дослідження встановлено, що за час педагогічного експерименту у респондентів біологічний вік значно зменшився. Так, середньо статистичний паспортний вік досліджуваних становив 63,7 років, що згідно вікової періодизації ВООЗ, відповідає похилому. На початку дослідження біологічний вік жінок похилого віку сягав 72,1 років ($p < 0,05$), проте наприкінці дослідження біологічний вік цих жінок дорівнював 66,9 років ($p < 0,05$), що на 5,2 роки менше. У чоловіків означеного віку на початку дослідження біологічний вік сягав 73,1 років ($p < 0,05$), проте наприкінці дослідження біологічний вік чоловіків дорівнював 69,4 років ($p < 0,05$), що на 3,7 роки менше. Отримані результати на початку дослідження вказують, що серед респондентів найбільше було жінок із прискореним темпом старіння – 15 осіб (50 %), різко прискореним – 9 осіб (30 %). Проте наприкінці дослідження ці показники засвідчили позитивну динаміку, у однієї особи (3,3 %) навіть зафіксовано різко уповільнений темп старіння, у 4 осіб (13,3 %) – уповільнений темп старіння ($p < 0,05$). Серед респондентів чоловічої статі спостерігалася така ж тенденція. Так, на початку дослідження із прискореним темпом старіння виявлено 11 осіб (55,0%), різко прискореним – 6 осіб (30,0%). Однак наприкінці дослідження у чоловічій групі прискорений темп виявлено у 25,0 % респондентів, у 35,0 % – уповільнений темп старіння.

На таблиці 6.5 представлено результати вимірювання функціональних можливостей організму осіб 60-65 років на початку та після дослідження. Статистично достовірно виявлено позитивну різницю у показниках артеріального тиску систолічного та артеріального тиску діастолічного ($p < 0,05$) та затримці дихання на вдиху, статичному балансуванні в масі тіла ($p < 0,1$).

У групі чоловіків віком 60-65 років структурно-функціональні властивості організму дещо різнилися від показників жіночої групи. Так, найсуттєвіші зміни зафіксовано в показниках артеріального діастолічного тиску (з 94,5 мм рт. ст. на 84,6 мм рт. ст.), статичного балансування (з 24,8 с на 31,2 с) та суб'єктивної оцінки здоров'я (з 3,4 бали на 8,1 бала).

Таблиця 5.5

Структурно-функціональні властивості організму осіб 60-65 років на початку та наприкінці дослідження (n=30)

	Жінки (n=30)		Чоловіки (n=20)	
	Початок дослідження	Кінець дослідження	Початок дослідження	Кінець дослідження
АТс, мм рт. ст.	133,4 ± 11,24	125,3 ± 8,45	141,7 ± 10,4	127,8 ± 9,01
АТд, мм. рт. ст.	86,2 ± 7,32	81,7 ± 7,32	95,4 ± 6,73	84,6 ± 6,76
ЗДВ, с	15,4 ± 3,43	21,9 ± 3,85	36,7 ± 4,7	41,3 ± 5,24
СБ, с	9,8 ± 3,21	14,9 ± 2,49	24,8 ± 5,12	31,2 ± 6,87
Маса тіла, кг	64,2 ± 8,45	62,4 ± 6,78	77,3 ± 4,48	74,1 ± 5,39
Суб'єктивна оцінка здоров'я, бали	2,1 ± 1,27	8,5 ± 1,13	3,4 ± 2,71	8,1 ± 0,98

Однак з метою впливу на рівень біологічного віку необхідно визначити, які із досліджуваних показників найбільше із ним пов'язані. Методом парної кореляції Пірсона визначено коефіцієнти взаємозв'язку. Найвищий рейтинг має показник

затримки дихання на вдосі (-0,93); на другому місці – статичне балансування на одній нозі із закритими очима (-0,61); на третьому – самооцінка здоров'я, що переважно залежить від наявності чи відсутності шкідливих звичок та хвороб, рухової активності (0,53). Самооцінка здоров'я визначалася суб'єктивно – методом анкетування. Показники АТ та ЧСС не продемонстрували навіть середньої сили кореляційного зв'язку, тоді як їх внесок у рівень фізичного здоров'я досить вагомий.

Порівняльний аналіз показників якості життя вказує на значні позитивні зміни впродовж нашого дослідження. Отже, порівняльна характеристика показників якості життя на початку та вкінці дослідження дозволяє виокремити основні фактори якості життя осіб похилого віку, які мають найбільш позитивну динаміку під час відпочинку в санатоно-курортному комплексі (табл. 5.6).

У досліджуваних жіночої статі виявлено вагомі зміни у показниках фізичної активності (з 74,8 бала на 87,5 бала), загального стану здоров'я (з 64,9 бала на 72,5 бала), ролі емоційних проблем в обмеженні життєздатності (з 55,3 бала на 55,2 бала), життєздатності (з 62,8 бала на 69,2 бала) та психічного здоров'я (з 63,8 бала на 69,4 бала). У чоловіків найбільший приріст показників якості життя виявлено у показниках фізичної активності (з 74,7 бала на 88,3 бала), соціальної активності (з 60,7 бала на 74,9 бала). Такі результати, на нашу думку, обумовлені декількома факторами: по-перше, вмінням досліджуваних раціонально організувати режим дня, передусім більш насичений руховою активністю, що мінімізує дискомфорт, який виникає внаслідок дефіциту вільного часу; по-друге, більш відповідальним відношенням до рухової активності, яке виникає не тільки як мотиваційний фактор, але й як вироблення звички (впродовж програми) регулярно займатися ОРРА.

Досить важливим поряд із якістю життя ми вважаємо задоволеність життям. Порівняльний аналіз показників індексу задоволеності життям вказує на значні позитивні зміни. Середньостатистичний показник індексу задоволеності життям вкінці дослідження у жінок збільшився на високому рівні із 2 осіб на 8 осіб, що становить 26,7 % досліджуваних, на середньому рівні – із 8 осіб на 12 (40, %), на низькому рівні – знизився із 20 осіб на 10 і становить тільки 33,3 %.

Таблиця 5.6

Оцінка якості життя досліджуваного контингенту на початку та наприкінці дослідження (n=50), бали

Компоненти якості життя	Шкала	Жінки (n=30)				Чоловіки (n=20)			
		На початку дослідження		В кінці дослідження		На початку дослідження		В кінці дослідження	
		\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m	\bar{x}	m
Фізичний компонент здоров'я	Фізична активність	74,8	0,3	87,5	0,1	74,7	0,2	88,3	0,3
	Роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності	64,2	0,1	65,3	0,3	63,4	0,1	65,2	0,1
	Рівень болю	61,2	0,4	61,4	0,1	70,2	0,1	69,1	0,4
	Загальний стан здоров'я	64,9	0,3	72,5	0,3	66,3	0,3	69,4	0,3
Психологічний компонент здоров'я	Життєздатність	61,8	0,1	69,2	0,4	65,3	0,4	71,2	0,1
	Соціальна активність	74,3	0,1	77,1	0,2	60,7	0,1	74,9	0,1
	Роль емоційних проблем у обмеженні життєздатності	55,3	0,3	66,2	0,1	61,9	0,3	62,1	0,3
	Психічне здоров'я	63,8	0,3	69,4	0,1	73,4	0,2	75,1	0,3

У чоловічій групі респондентів збільшення показників мало дещо нищий приріст показників (табл. 5.7). Це насамперед ми пов'язуємо із тим, що чоловіки менш емоційні ніж жінки. Ці показники, вкотре підтверджують позитивний вплив запропонованої технології на стан досліджуваних.

Таблиця 5.7

Індекс задоволеності життям осіб похилого віку на початку та вкінці дослідження (за методикою Б. Ньюгартен в модифікації Н. Паніної, 2010), (n=50), %

Контенгент		Високий рівень ІЗЖ		Середній рівень ІЗЖ		Низький рівень ІЗЖ	
		осіб	%	осіб	%	осіб	%
Жінки (n=30)	На початку дослідження	2	6,6	8	26,7	20	66,7
	Наприкінці дослідження	8	26,7	12	40,0	10	33,3
Чоловіки (n=20)	На початку дослідження	2	10,0	7	35,0	11	55,0
	Наприкінці дослідження	4	20,0	13	65,0	3	15,0

Результати тестувань за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда дозволили виділити основні чинники адаптованості жінок похилого віку у санаторно-курортному закладі (рис. 5.5).

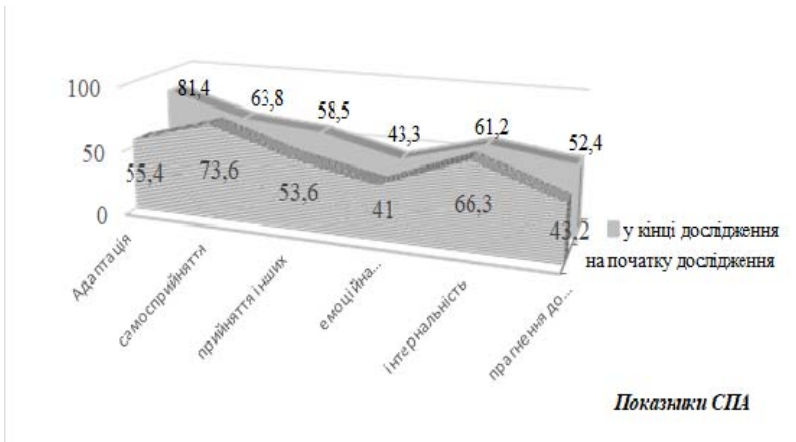


Рис. 5.5. Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації досліджуваних жінок на початку та наприкінці дослідження (за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда, 2001) (n=30), бали

У респондентів чоловічої статі визначено показники соціально-психологічної адаптації (рис. 5.6). Так, у результаті педагогічного впливу найбільше покращилися показники адаптації та прагнення до домінування.

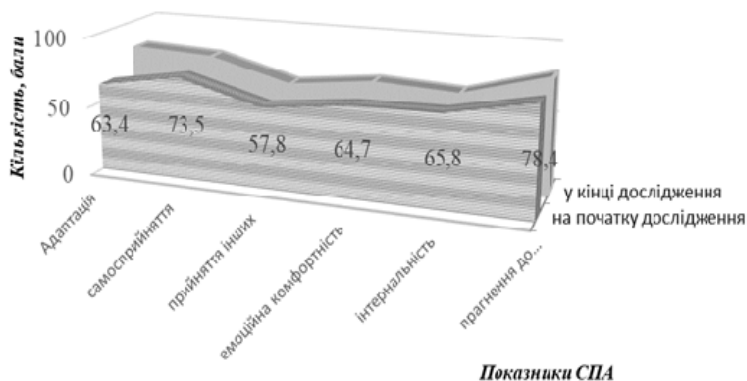


Рис. 5.6. Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації досліджуваних чоловіків на початку та кінці дослідження (за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда, 2001) (n = 20), бали

Вище викладене вказує на те, що досліджувані на початку експерименту були недостатньо адаптовані до змін у їхньому соціальному оточенні, проте частково їм властива дезадаптивність. Це може бути причиною психологічної «скутості», уникнення спілкування з великою кількістю людей. На досить низький рівень соціальної адаптації вказує і наявність емоційного дискомфорту. Але при цьому досліджувані є досить миролюбними, неконфліктними особистостями, добре володіють собою, можуть стримувати свої емоції, поведінку. Досліджувані позитивно сприймають себе, а до оточуючих ставляться трохи насторожено, з певною недовірою. Є незначне прагнення до домінування.

Для дослідження впливу оздоровчо-рекреаційної технології на психоемоційний стан жінок похилого віку було проведено

порівняльний аналіз за допомогою методики САН. Показники психоемоційного стану дали статистично достовірні результати ($p < 0,001$). Наприкінці дослідження, оцінюючи результати самооцінки загалом, можна відмітити досить високий рівень самопочуття, активності та настрою у всіх досліджуваних. Найбільше покращилися показники активності жінок та чоловіків похилого віку. Цей факт свідчить, що вони ведуть здоровий спосіб життя, дотримуються правильного режиму дня, займаються регулярно оздоровчо-рекреаційною руховою активністю.

Досить позитивний вплив запропонованої технології виявлено на фізичну (табл. 5.8) та розумову (табл. 5.9) працездатності. Будь-яка рухова активність підвищує обмінні процеси в організмі. Раціональне їх збільшення позитивно позначається на розумовій та фізичній працездатності.

Однак при значному збільшенні інтенсивності й обсягу розумової або фізичної активності в організмі швидше настає стомлення, що призводить до зниження ефективності праці. При цьому сповільнюється швидкість переробки інформації, погіршується пам'ять, засвоєння теоретичного матеріалу. Втома служить сигналом попередження про перенапруження і перевтому організму.

Таблиця 5.8

Показники фізичної працездатності досліджуваних на початку та наприкінці дослідження (n=50), %

№	Рівень розумової працездатності	Жінки (n=30)		Чоловіки (n=20)	
		На початку дослідження	В кінці дослідження	На початку дослідження	В кінці дослідження
1	Високий	3,3	10,0	5,0	15,0
2	Вище середнього	13,3	23,3	30,0	55,0
3	Середній	36,7	46,7	40,0	25,0
4	Нижче середнього	36,7	16,7	20,0	5,0
5	Низький	3,3	3,3	5,0	0

Рухова активність відіграє велику роль для мозку. Близько 60% сигналів надходить в мозок від м'язів людини. Для підвищення працездатності необхідно систематично використовувати фізичні навантаження раціональних обсягів та інтенсивності. Вони покращують перебіг розумових процесів, увагу, підвищують обсяг пам'яті тощо.

Таблиця 5.9

Показники розумової працездатності досліджуваних на початку та в кінці дослідження (n=50), %

№	Концентрація уваги	Жінки (n=30)		Чоловіки (n=20)	
		На початку дослідження	В кінці дослідження	На початку дослідження	В кінці дослідження
1	Дуже висока	3,3	10,0	5,0	15,0
2	Висока	16,7	33,3	25,0	55,0
3	Середня	40,0	50,0	35,0	25,0
4	Низька	36,7	6,7	30,0	5,0
5	Дуже низька	3,3	0	5,0	0

Позитивну динаміку впливу оздоровчо-рекреаційної технології на осіб похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу засвідчують показники когнітивних функцій досліджуваних осіб. Варто відзначити, що під час дослідження не було виявлено осіб із ознаками помірної та тяжкої деменції (табл. 5.10).

Таблиця 5.10

**Показники когнітивних функцій досліджуваних
(n=50), %**

№	Показник когнітивних функцій	Жінки (n=30)		Чоловіки (n=20)	
		На початку дослідження	В кінці дослідження	На початку дослідження	В кінці дослідження
1	Норма	66,7	90,0	65,0	90,0
2	Когнітивні порушення	20,0	10,0	35,0	10,0
3	Легка деменція	13,3	0	0	0
4	Помірна деменція	0	0	0	0
5	Тяжка деменція	0	0	0	0

Отже, проведений експеримент показав, що запропонована технологія оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу є ефективною для практичної роботи закладів такого типу.

Висновки до розділу 5

Ефективність технології проектування оздоровчо-рекреаційної діяльності осіб похилого віку в різних умовах підтверджується адекватністю підібраних засобів і методів, можливостями цієї вікової групи. Загалом впродовж експерименту нам вдалося досягти поставленої мети й належно вплинути на гармонійність розвитку досліджуваного контингенту. Спрямований вплив оздоровчо-рекреаційної рухової активності дав змогу покращити показники фізичного та психоемоційного стану, підвищити задоволеність і якість життя, нормалізувати психофізіологічні показники, підвищити рівень рухової активності. Порівнюючи вплив пограм ОРРА, яка реалізовувалася на базах санаторно-курортного комплексу, фітнес-клубу, місцях масового відпочинку (парках) та

університетів третього віку, ми звернемо увагу на їхню оптимізацію, позитивні зміни для осіб похилого віку в показниках рухової активності, якості та задоволеності життям, розумової та фізичної працездатності, темпів старіння, соціально-психологічної адаптації, когнітивних функцій, психоемоційного стану.

У результаті педагогічного впливу покращилися показники рухової активності, якості та задоволеності життя, розумової та фізичної працездатності, темпів старіння, соціально-психологічної адаптації, когнітивних функцій, психоемоційного стану при реалізації авторської технології у місцях масового відпочинку. Показники самопочуття, активності та настрою досліджуваних вкінці дослідження (за методикою САН) ($n=101$), демонструють суттєве збільшення активності з $3,4 \pm 0,3$ бали до $6,2 \pm 0,2$ бали у жінок та з $3,0 \pm 0,2$ бали до $5,5 \pm 0,4$ бали у чоловіків. Також покращилися показники фізичної працездатності вкінці дослідження. У чоловіків високому рівню фізичної працездатності відповідало 16 %, вище середнього – 42 %; у жінок високому рівню відповідали 4,0 %, а вище середнього – 30,0 % ($p=0,05$).

Перевірка дієвості авторської технології у фітнес-клубах показала, що суттєвими змінами характеризується позитивний вплив на показники осіб похилого віку в індексі задоволення. На початку дослідження зафіксовано 16,6 % жінок та 9,6 % чоловіків із високим рівнем ІЗЖ, проте наприкінці виявлено 58,3 % жінок та 28,6 % чоловіків ($p=0,05$). Ще одним позитивним критерієм технології виступила соціально-психологічна адаптація. Наприкінці дослідження зафіксовано високу оцінку показника адаптації (у жінок – $55,4 \pm 0,3$ бали та чоловіків – $79,4 \pm 0,3$ бали) ($p=0,05$). Також із збільшенням рухового ружиму в досліджуваних покращилися показники підвищення якості, розумової та фізичної працездатності, зменшилися темпи старіння, покращилися когнітивні функції, психоемоційного стану.

В умовах університету третього віку при реалізації концепції зафіксували позитивну динаміку показників рухової активності, якості та задоволеності життям, розумової та

фізичної працездатності, темпів старіння, соціально-психологічної адаптації, когнітивних функцій, психоемоційного стану. Однак суттєві зрушення відмічаємо в інтегральних показниках соціально-психологічної адаптації досліджуваних наприкінці дослідження, а саме, у показниках самосприйняття (жінки – $68,8 \pm 0,7$ бали; чоловіки – $78,8 \pm 4,1$ бали) та емоційної комфортності (жінки $63,3 \pm 1,7$ бали; чоловіки $69,2 \pm 1,2$ бали) ($p=0,05$). Закономірно, що для осіб похилого віку, які продовжують самоосвіту в пізньому віці, програма ОРРА позитивно повпливала і на показники розумової працездатності. У жінок дуже високому рівню розумової працездатності відповідали 7,9 %, а високому – 17,4 %. У чоловіків дуже високому рівню розумової працездатності відповідало 13,0 %, високому – 31,9 %; ($p=0,05$).

У санаторно-курортному комплексі структурно-функціональні властивості організму осіб 60-65 років демонструють найвищу позитивну динаміку наприкінці дослідження: суб'єктивна оцінка здоров'я (жінки з $2,1 \pm 1,27$ бала до $8,5 \pm 1,13$ бала; чоловіки з $3,4 \pm 2,71$ бала до $8,01 \pm 0,98$ бала), статистичне балансування (жінки з $9,8 \pm 3,21$ с до $14,9 \pm 2,49$ с; чоловіки з $24,8 \pm 5,12$ с до $31,2 \pm 6,87$ с). 3-поміж компонентів якості життя досліджуваного контингенту наприкінці дослідження і в чоловіків, і в жінок покращилися фізична активність та соціальна активність ($p=0,05$). Індекс задоволеності життям покращився, наприкінці дослідження високий рівень ІЗЖ мали 26,7 % жінок та 20,0 % чоловіків ($p=0,05$). Покращилися показники розумової та фізичної працездатності, зменшилися темпи старіння, покращилися соціально-психологічна адаптація, когнітивні функції, психоемоційний стан в умовах санаторію. Отже, отримані дані дають підставу стверджувати про позитивний вплив технології реалізації положень активного старіння осіб похилого віку з використання потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності у різних умовах проведення. Результати цього розділу представлені у публікаціях здобувача [21, 32, 95, 102].

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Постійне збільшення частки населення похилого віку є однією з найважливіших проблем, успадкованих XXI століттям від минулого століття. Актуальні вони для США, Європейського Союзу, ближнього зарубіжжя, стають актуальними і для країн, що розвиваються, в тому числі Індії та Китаю. Гостроту проблеми «2020» для двох останніх згаданих країн складно собі уявити: прогнозована сумарна кількість осіб віком понад 60 років в них (336 млн осіб) перевищить загальну кількість старших осіб всього світу [433]. У зв'язку з цим великого значення набувають можливості ефективного застосування ресурсів людей похилого віку. На сьогодні в українському суспільстві залишається невирішеною проблема застосування досвіду та здібностей осіб, які досягли старшого віку. Головною соціальною особливістю осіб похилого віку є погіршення стану здоров'я, відсутність можливостей активного довголіття із гідним рівнем якості життя старшого покоління у сучасному суспільстві, реалізація власного потенціалу, наявність відчуття або побоювання власної непотрібності [352].

Як і будь-який етап життя людини, похилий вік пов'язаний зі зміною способу життя, основних занять, матеріального становища тощо. Ті зміни, які відбуваються з людиною при виході на пенсію, для багатьох є великим стресом, з яким організму людини важко впоратися, звідси – збільшення кількості захворювань, погіршення здоров'я. Проблема погіршення стану здоров'я в Україні сьогодні набуває характеру демографічної катастрофи, яка вже впритул наблизилася до поняття «виродження нації» [308].

Дані світової статистики підтверджують, що сучасна Україна займає чільне місце в Європі за смертністю і одне з останніх місць в світі за тривалістю життя серед населення [343]. Отже, стан здоров'я українських громадян – це проблема національної безпеки держави [119]. Очевидно, що найбільш ефективним механізмом зниження показників захворюваності та

смертності серед працездатної частини населення є формування здорового способу життя. Він включає адекватну організовану рухову активність в органічному поєднанні з раціональним харчуванням, відмовою від шкідливих звичок, профілактикою наслідків стресу і поліпшенням екології [114]. Тому виникає гостра потреба в превентивних оздоровчих програмах та педагогічних технологіях профілактики шкідливих звичок.

Одним із результатів нашого дослідження стало підтвердження теоретичних положень [109] про те, що поганий стан здоров'я людей похилого віку порівняно з іншими соціальними групами не тільки знижує їхній потенціал, але робить їх тягарем і для сім'ї, обмежуючи її можливості в сферах споживання, зайнятості тощо, і для всього українського суспільства. Процес старіння є генетично запрограмованим процесом, що супроводжується певними віковими змінами в організмі [3].

З віком знижується інтенсивність обмінних процесів. Одночасно зростає ризик розвитку атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарда, інсульту, цукрового діабету, пухлинних й інших захворювань. У старості відбувається природне й обов'язкове зниження сили, обмеження фізичних можливостей. Ці інволюційні процеси стосуються і психічної діяльності, що виражається в зниженні сили і рухливості психічних процесів. Люди похилого віку не настільки сильні і не здатні, як в молоді роки, витримувати тривале фізичне чи нервово навантаження; загальний запас енергії у них зменшується; наростає зневоднення організму, що призводить до багатьох порушень, передусім у кістково-м'язовій системі. Через ослаблення чутливості нервової системи старші люди уповільнено реагують на зміни зовнішньої температури, тому більше схильні до впливу несприятливих наслідків спеки чи холоду. Зовнішні прояви виражаються в ослабленні почуття рівноваги, невпевненості ходи, втраті апетиту, потребі більш яскравого освітлення простору тощо.

Окрім того, аналіз теоретичних досліджень дозволив підтвердити теорію дослідників [10], що процес старіння неоднозначний, пов'язаний не тільки з процесами згасання, а й з виникненням пристосувальних механізмів їх уповільнення та

компенсації. Різні зміни людини як індивіда, що відбуваються в похилому віці, спрямовані на те, щоб актуалізувати потенційні, резервні можливості, накопичені в організмі в період зростання, зрілості та сформовані в період пізнього онтогенезу. У літньому віці не тільки згасає активність одних генів, але стимулюються інші, які забезпечують високий рівень стійкості старших людей. Саме здоровий спосіб життя сприяє стимуляції цих генів. На думку Савченко М.Ф. та Соседової Л.М., здоровий спосіб життя як система складається з трьох основних взаємопов'язаних і взаємозамінних елементів: культури харчування, культури руху і культури емоцій [287].

Згідно дослідження Чернишкової із співавторами [344], підтримка здоров'я осіб похилого віку неможлива без профілактичних заходів, що включають помірні фізичні навантаження, раціональне харчування, народну медицину, загартовування, регулярний лікарський контроль.

Наше дослідження знайшло підтвердження думки [39], що здоров'я людей похилого віку залежить від багатьох факторів: спадкових, соціально-економічних, діяльності сфери фізичної культури, охорони здоров'я, але особливе місце серед них посідає спосіб життя. Серед результатів вторинного аналізу даних автор виділяє наступні тези:

- гендерний дисбаланс у похилому віці призводить до того, що на одного чоловіка у віці старше 60-ти років припадає приблизно три жінки того ж віку;

- однією з типових умов прояву ризику для здоров'я людей похилого віку є бідність. Бідність і хвороби утворюють взаємозалежність, в якій бідність – не тільки основна детермінанта незадовільного стану здоров'я, але і його потенційний наслідок;

- психосоціальні фактори сприяють розвитку хвороб серця, неврозу, виразкової хвороби та ін. Низька стресостійкість старших людей побічно провокує несприятливі форми поведінки – паління або зловживання алкоголем;

- у похилому віці важлива інтелектуальна і творча активність. Активізація розумової діяльності є захисним фактором від вікової деградації розумових здібностей;

– фізична активність обумовлює здоровий спосіб життя. На думку Савенко М.А., систематичні фізкультурні заняття чинять позитивний вплив на психіку людей похилого віку, підвищують рухову активність, рівень емоційного стану, покращують настрої, знижують ступінь тривожності;

– значущими індикаторами якості здоров'я в похилому віці є розвинена мережа соціальних контактів і неформальна соціальна підтримка, які найбільше сприяють збереженню та зміцненню здоров'я.

Отже, загалом детермінанти здорового способу життя мають різноспрямований вплив на охорону здоров'я літніх людей. Здоров'я значною мірою залежить від життєвої позиції і зусиль літньої людини, здатної активно регулювати власний стан з урахуванням індивідуальних особливостей свого організму, реалізовувати програми самозбереження, самореалізації та саморозвитку.

Наукові спостереження [335] переконують в тому, що довголіття значною мірою залежить від обсягу рухової діяльності, від тренування організму в умовах, що вимагають подолання труднощів і перешкод. Автор зазначає, що розробка й реалізація ідеології та політики заощадження здоров'я населення як головної складової національного багатства, подолання кризової демографічної ситуації за рахунок підвищення якості життя, здоров'я і довголіття людей повинні бути покладена в основу діяльності всіх державних органів влади як ключова стратегія для вирішення проблем національного розвитку і безпеки України, подальшого ефективного соціально-економічного розвитку країни.

На думку Томенка О.А., існує тісний взаємозв'язок між недостатньою руховою активністю та інвалідизацією, захворюваністю, смертністю. Доведено, що рухова активність, правильне харчування та обмеження тютюнопаління є найбільш дієвими чинниками профілактики захворювань, особливо в країнах, що розвиваються. Серед цих чинників популяризація рухової активності вирізняється відносно малим бюджетом, необхідним для досягнення результату, тому автором цей фактор потрактований як найбільш важливий у процесі покращення рівня здоров'я населення [313].

Наявні дані сучасних досліджень відрізняються непослідовністю, суперечливістю, недостатнім висвітленням питань про вивчення проблеми здоров'я осіб похилого віку та їх залучення до здорового способу життя. Як зазначає професор Платонов В.М., в Україні протягом вже багатьох років у фокусі уваги державних структур знаходиться та медицина, яка займається переважно лікуванням хворих. Тоді як в ширшу і нітрохи не менш важливу сферою, покликаною розвивати різні напрямки зміцнення здоров'я здорових людей, займатися недопущенням захворювань, продовженням загальної тривалості життя наших співгромадян, збільшенням тривалості того періоду, в якому забезпечується активна творча, виробнича й інша корисна діяльність людини – цим, по суті, майже ніхто в Україні не займається [254]. Однак Надутий К. О., Лехан В.М., Найда І.В теоретично обґрунтовують концепції безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. Серед основних завдань концепції вони виділяють: зміцнення громадської охорони здоров'я; формування здорового способу життя; зменшення негативного впливу на здоров'я основних неінфекційних захворювань (органів кровообігу, новоутворень, органів дихання тощо); зменшення негативного впливу на здоров'я основних інфекційних захворювань (туберкульоз, СНІД, дитячі інфекції тощо) [233]. Проте, на нашу думку, необхідно акцентувати увагу таких концепцій на зменшенні негативного впливу гіподинамії на здоров'я осіб протягом всіх етапів онтогенезу людини. Підтвердження наших ідей знайдено і в дослідженні Земцової В. про необхідність створення нових стратегій становлення стану здоров'я населення України із вектором розвитку на рухову активність [167].

Медведовська Н. В. та Дячук Д. Д. відзначають у своєму дослідженні, що слід звернути увагу на профілактичні методи оздоровлення населення нашої держави: зміцнення здоров'я людини, поширення ідеології здорового способу життя. Сучасна модель запобігання захворюваності та передчасної смертності має формуватися на основі оцінки стану й тенденцій здоров'я населення через скоординовані міжгалузеві заходи для зниження рівня захворюваності, інвалідності та передчасної смертності, підвищення якості та тривалості активного життя населення

України відповідно до світових стандартів за рахунок об'єднання ресурсів держави, місцевих громад, громадських організацій та приватних структур [223].

Результати багаторічних досліджень вітчизняних та іноземних науковців обґрунтовують стратегії рухової активності, що забезпечують досягнення здоров'я, благополуччя і довголіття людиною. На думку Е.Г. Буліча та І.В. Муравова, такі стратегії є сукупністю знань і принципів діяльності, що забезпечують реалізацію оздоровчого імператива (кардинальної зміни). Тільки такий імператив, тобто кардинальна зміна всього способу життя на основі усвідомленої потреби в цій зміні, може протистояти прогресуючому ослабленню можливостей організму людини в умовах сучасної цивілізації [66].

Окрім того, аналіз теоретичних досліджень дозволив підтвердити концепцію дослідників [276] про те, що захворювання, особливо поширені у осіб похилого віку, можна віднести до психосоматичних, які за механізмом їх розвитку відносяться до групи дезрегуляційної патології. Вплив факторів зовнішнього і внутрішнього середовища на здоров'я людини в усіх випадках є комплексним. Переважно розглядаються фактори, що сприяють розвитку захворювання. Проведене дослідження Прокопенко Н., Безрукова В. показало, що особливості емоційного складу особистості, які визначаються не тільки вродженою властивістю нервової системи, а й тими умовами, які формують системи емоційних відносин, відіграють велику роль у зміцненні здоров'я та профілактиці нейрогенних захворювань. Психічний спокій, емоційна врівноваженість відіграють значну роль як фактори довголіття. Психічному здоров'ю людей похилого віку також присвячене дослідження Хаустова Е.А. [336].

Численні дослідження [52, 58, 243, 369, 383] свідчать, що на формування психічного здоров'я впливає якість життя людини. Однак у більшості населення переважають певні стандарти та стереотипи. Так, згідно з дослідженням Тюкіна О. А. та Лукьянова І. Е. [320], забезпечення більш високої якості життя людей похилого віку можливе при вирішенні вікових завдань за допомогою активної взаємодії з установами соціального забезпечення. Сучасні пенсіонери

хотіли активнішого життя в похилому віці, а також можливості отримання розширеного спектру соціальної допомоги в умовах оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Проте Павлова Ю. звертає увагу на той факт, що за допомогою оздоровчо-рекреаційних технологій якість життя людини можна значно покращити. Саме окремі компоненти способу життя (рухова активність, наявність/відсутність шкідливих звичок, правильне харчування, освітній рівень) формують якість життя осіб різного віку. Нам імпонують запропоновані авторкою фундаментальні основи освітнього простору, що сприяють зростанню якості життя осіб похилого віку, їх особистісному становленню, самостійності та високому рівню рухової активності [244]. Близькими за розумінням якості життя до наукових тверджень є також дослідження групи вчених Бойко З.В., Беловол Е.В., Гренвальд М., Сегень В., які інтерпретують якість життя осіб похилого віку через призму безперервної освіти [59].

Проте низка науковців ведуть мову про формування якості та задоволеності життям осіб третього віку через рухову активність. Так, бразильські науковці Barbosa B.T., Santos R.L., Chaves A.B., Brindeiro-Neto W., Pereira T., Silva A.I., Soares L.I., та Brasileiro-Santos M.S. пропонують покращувати якість життя через заняття водними видами рухової активності, які слугують не тільки засобом боротьби із гіподинамією, але й профілактичним засобом боротьби із гострими респіраторними інфекційними захворюваннями, способом загартування та покращення психоемоційного стану [369]. Federici A., Palanca R. (2019) [396] пропонують концепцію активного старіння в Італії через залучення осіб похилого віку до занять фітнесом у клубі та вдома (онлайн-система контролю). Márcio Flávio із співавторами розглядають формування якості життя жінок похилого віку через виконання силових тренувань. Адже підтримка помірного рівня м'язової сили важлива для повсякденної діяльності людей третього віку, серед яких перенесення ваги, піднімання по сходинках, вставання зі стільця. Тренування з обтяженнями підсилюють і мінімізують шкідливі наслідки старіння, роблячи їх несуттєвими для повсякденних завдань, чим підвищують якість життя людей похилого віку. Крім того, у жінок спостерігається поступове

зниження здатності розвивати максимальну напруженість, особливо після менопаузи.

Цікавим, на нашу думку, є дослідження якості життя осіб похилого віку Rodrigo Gomes De Souza Vale, Dirceu Ribeiro Nogueira Da Gama, Flávio Boechat De Oliveira, Denize Sá De Mendonça Almeida, Juliana Brandão Pinto De Castro, Edgar Ismael Alarcon Meza, Rafael Da Silva Mattos, Rodolfo De Alkmim Moreira Nunes через заняття шахами, які, в свою чергу, можуть бути ефективною стратегією для мінімізації когнітивних спадів та поліпшення якості розумової працездатності осіб похилого віку [405].

Ретроспективні зміни показників якості життя осіб похилого віку Швеції демонструють дослідження Silverstein, M., & Parker, M. G. Результати показують, що максимальна участь в активному відпочинку, залучення до різних видів рухової активності є адаптивною можливістю, придатною до використання людьми похилого віку компенсації соціальних і фізичних недоліків в майбутньому житті [467].

Однак Chulhwan Choi та Chul-Ho Bum вказують, що для забезпечення високої якості життя для людей похилого віку потрібно не тільки активне дозвілля, але й економічна незалежність пенсіонерів [385].

Вартий уваги для реалізації завдань нашого дисертаційного дослідження ще один показник – біологічний вік. Серед багатьох досліджень вітчизняних та закордонних науковців, які приділяли увагу цій тематиці, зазначається, що показник біологічного віку – це фундаментальна характеристика індивідуальної швидкості розвитку організму. Це відповідає морфологічному та функціональному дозріванню організму та нормі популяції. За цим критерієм індивід може відповідати популяційній нормі свого хронологічного (паспортного) віку, випереджаючи його різною мірою або, навпаки, відстаючи. У дослідженні Ахаладзе М.Г. вказує, що зі збільшенням біологічного віку над паспортним виникають механізми регуляції деформації та зменшення резервних можливостей організму, що забезпечують основу здоров'я людини [40]. Найважливішим наслідком вікових змін в організмі людини може бути виснаження адаптаційно-приспосувальних резервів,

порушення нормального функціонування фізіологічних систем, зазначають Бондаренко Т.В., Т.О. Шандренко, Вихованець Ю.Г. та ін. Однією з ознак передчасного старіння може слугувати перевищення біологічного віку людини над календарним віком [61].

Наші дослідження знайшли підтвердження у дослідженні Власової І.А., яка виявила зниження показника середнього БВ більш ніж на 15 розрахункових років у процесі занять фізичними вправами у осіб похилого віку. Заняття дозованими фізичними вправами в старшому віці мають виражену геропротекторну властивість. Незважаючи на збільшення календарного віку випробовуваних в процесі чотирирічного тренінгу, реалізація оздоровчої програми змінювала типову вікову динаміку морфофункціональних показників організму осіб похилого віку, додаючи «кількість» соматичного здоров'я. Отримані результати дослідження в кількісному вираженні доводять високу ефективність аеробних дозованих тренувань в похилому віці. Крім того, вони узгоджуються з науковими даними щодо позитивного впливу лікувальних процедур на біологічний вік пацієнтів [4] і трансформацію темпу вікових змін [51]. Водночас є відомості про вплив на швидкість старіння гіподинамії, яка обумовлює зворотний ефект – збільшення біологічного віку на 10-15 років у групі практично здорових добровольців [347].

Автори цієї роботи вказують на зниження досліджуваного показника на 3-5 років в результаті занять фізичними вправами, але й фіксують його підвищення. Останній варіант динаміки біологічного віку не спостерігався в цьому дослідженні, реєструвалося більш виражене уповільнення швидкості геронтогенезу, незважаючи на похилий вік. Формування нового рівня адаптації до м'язової діяльності свідчить про пластичність процесів старіння. Також у дослідженні Десятнікової Н.В. [129] та Коробейнікова Г., Адирхаєва С., Медвидчука К. [190] вказується на залежність біологічного віку від рухової активності. Однак у науковій праці Присяжнюка С. та Третьякова М. [271] наведено дані про рухову активність та наявність патологічних відхилень у стані здоров'я як один із основних факторів впливу на біологічний вік. На нашу думку,

це є досить суттєвим для осіб похилого віку, адже інволюційні процеси є найбільш притаманними старшим віковим групам, що супроводжуються низькою супутніх захворювань.

Однак Абрамович С.Г., Михалевич І.М., Щербакова А.В., Холмогоров Н.А., Ларионова Е.М., Коровина Е.О., Бархатова Е.В. [4] визначили, що у здорових людей за допомогою методу множинної лінійної регресії можна отримати математичну модель біологічного віку людини. У людей похилого віку, на відміну від осіб молодого і середнього віку, відзначається зниження швидкості старіння. Темп старіння у чоловіків у віці до 60 років вищий, ніж у жінок [32]

Отримані дані доповнюють результати дослідження Скорик Т.В. про те, що навчання осіб похилого віку вимагає великої відповідальності як з боку організаторів, так і з боку пенсіонерів. Така відповідальність впливає на вибір форм та методів навчання, визначає зміст навчальних занять. Більшість слухачів Університету третього віку є активними учасниками навчання, які виявляють зацікавленість до занять та самостійної підготовки, здатні до сприйняття нового та передачі набутого досвіду. Автор зазначає, що реалізація концепції навчання у стінах Університету реалізується принципом навчання впродовж життя. Показниками ефективності навчання у цьому віці виступають прояв активної життєвої позиції, бажання вести здоровий спосіб життя, долучатися до систематичної ОРРА, здатність до самоосвіти, саморозвитку, збереження позитивного життєвого тону, прояв до інноваційної діяльності загалом [288].

Переконливими є фактичні дані Jonathan M. [423], які свідчать про те, що освіта впродовж усього життя є одним з фундаментальних принципів Болонської декларації, який передбачає навчання у системі формальної освіти. Тому ключовим умінням людини похилого віку стає її здатність здійснювати пошук нових знань, розвивати нові компетенції, передусім без підтримки формальної освіти. Це важливо не тільки для періоду активної трудової діяльності та професійного зростання, а й після виходу людини на пенсію. Збільшення тривалості життя і кількості людей похилого віку зумовлює проблему їх адаптації в новому пенсійному статусі, збереження

активного способу життя, пошуку нових шляхів самореалізації. Одним з ефективних способів вирішення цієї проблеми виступає створення так званих університетів третього віку, тобто соціальних освітніх проєктів, призначених для людей похилого віку.

У стінах університету третього віку особлива увага приділяється проблемі адаптації до статусу «пенсіонер». Одним із способів вирішення виступає оздоровчо-рекреаційна рухова активність. У групі денного перебування пенсіонерів та інвалідів регулярно проходять заходи з пропаганди здорового способу життя та оздоровчої фізичної культури. З метою підвищення довголіття і поліпшення адаптаційних процесів, підтримки фізичного і психологічного здоров'я співробітниками Університету проводяться лекції на теми: «Здоровий спосіб життя в похилому віці», «Наша сила всередині нас», «Активне дозвілля – тривале, здорове життя», «Втома, стомлення, сон», «Збалансоване харчування», «Заняття руховою активністю – основа медицини та психології». У бібліотеці постійно оновлюються книжкові виставки з літературою із оздоровчої тематики.

Про значимість використання занять фізичною культурою як засобу адаптації людини похилого віку свідчать й інші закордонні практики [416, 424]. При університетах третього віку створюються кабінети ЛФК, де активно впроваджуються оздоровчо-профілактичні методики лікувальної та адаптаційної фізичної культури, мануальної терапії, масажу, фізіотерапії, психотерапії, гомеопатії. Основними напрямками роботи відділення медичної профілактики є підвищення інформованості медичних працівників і населення щодо питань попередження захворювань, збереження та зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя, оздоровче консультування, організація здоров'язберігаючих заходів й активного відпочинку людей похилого віку.

Наше дисертаційне дослідження знайшло своє підтвердження у працях Berger, R. При університетах третього віку у США створюються фізкультурно-оздоровчі клуби. Одним з головних напрямків діяльності клубу є робота із залучення пенсіонерів та їх сімей до систематичних занять фізичною

культурою і спортом, а також формування здорового способу життя. Центр орієнтований на людей віком від 55 до 90 років. Завдяки активним заняттям фізкультурою люди старшого віку забувають про свої хвороби, починають жити заново [373]. Заняття проводяться за різними спортивно-оздоровчим напрямками, наприклад, дихальна або суглобова гімнастика, оздоровчий біг, ходіння босоніж по снігу, плавання в басейні, настільний і великий теніс тощо. Зустрічі учасників клубу на спортивних майданчиках дають їм заряд бадьорості, велику роль відіграє просте спілкування.

Касаркіна Е.Н. визначає найбільш типові проблеми адаптації осіб похилого віку при виході на пенсію [173]:

- розвиток неадекватного сприйняття себе як особистості в період зміни соціального статусу в зв'язку з виходом на пенсію;

- переживання стану емоційного неблагополуччя (постійне почуття тривоги, соціальної непотрібності, наявність емоційного стресу і депресії);

- погіршення здоров'я, обумовлене природними процесами старіння; погана адаптація до швидко змінних соціально-економічних, суспільно-політичних і ментальних особливостей суспільства;

- порушення системи міжособистісних, особистісно-групових, особистісно-соціальних комунікацій;

- наявність екстремальних, кризових життєвих ситуацій, матеріальні труднощі тощо.

Однак низка науковців, які вивчали проблеми адаптації, здорового способу життя осіб похилого віку, зазначають, що старіння організму не є вироком, навіть у похилому віці можна бути фізично активним і жити повноцінно [179]. Систематичні фізичні навантаження позитивно впливають на самопочуття людини похилого віку. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, зниженню частоти загострень хронічних захворювань і поліпшує психоемоційну сферу [222]. Очевидно, що необхідно відходити від невірних стереотипів, сформованих за багато років, важливо підтримувати оздоровчо-рекреаційну рухову активність старшого покоління, формувати навички здорового способу життя в будь-якому віці,

це, безумовно, шлях до активного довголіття. Дані нашого дослідження знайшли продовження думки, щодо необхідності підтримки здоров'я в похилому віці [326]. Неминучість інволюційних процесів в організмі людини, наявність хронічних захворювань загострюють інтерес населення похилого віку до індивідуальних практик підтримки здоров'я.

Одним з основних завдань оздоровчо-рекреаційної рухової активності людей похилого віку є навчання їх самостійного використовувати різні форми оздоровчо-рекреаційної рухової активності в режимі дня для збереження хорошого життєвого потенціалу. Багато проблем осіб похилого віку можна вирішувати через реалізацію функцій оздоровчо-рекреаційної рухової активності (спеціальної, соціальної, інформаційної та естетичної).

До перспектив використання оздоровчо-рекреаційної рухової активності як засобу адаптації з особами похилого віку зараховують [223]:

- створення національної системи оздоровчо-рекреаційної рухової активності;
- забезпечення доступності оздоровчих об'єктів для населення;
- реалізацію соціальної функції оздоровчо-рекреаційної рухової активності, зокрема з людьми похилого віку;
- розробку і реалізацію комплексу заходів з пропаганди оздоровчо-рекреаційної рухової активності як важливої складової здорового способу життя людей похилого віку.

У результаті аналізу наукої літератури за тематикою дослідження встановлено недостатню кількість публікацій, присвячених вивченню оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку. Однак слід зазначити роботу Дудіцької С.П. [145], яка досліджувала специфіку організації оздоровчо-рекреаційної діяльності жінок похилого віку в умовах санаторно-курортних комплексів. Авторка вважає, що останнім часом помітна значна зацікавленість науковців у покращенні ефективності організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності у структурі дозвіллевого часу людей похилого віку.

Однак невизначеним є організаційно-методичне забезпечення оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку. Нинішній стан організації та здійснення оздоровчо-рекреаційної діяльності людей похилого віку як ефективної форми виховання особистості під час дозвілля вступає у протиріччя з вимогами часу і перспективами закладів санаторно-курортного комплексу щодо її ефективного здійснення [420].

Проведений аналіз спеціальної науково-методичної літератури, світового досвіду, узагальнення результатів з досліджуваної проблематики вказують, що чітких норм про кількість часу для рухової активності осіб похилого віку немає і бути не може, оскільки в цьому віці фізична підготовленість людей різна. Водночас інтенсивність рухової активності, яка є нормальною в дитинстві, для 60-річної людини занадто висока. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність для людей похилого віку має свої цілком зрозумілі особливості. Адже в такому віці настають зміни в роботі серця, системи дихання, м'язовому і зв'язковому апараті, нервовій та інших системах. Ослаблення м'язового тонуусу веде до погіршення обміну речовин, зменшення поперекового вигину хребта, а згодом – до настання обмеження рухливості не тільки хребта, але і суглобів. Тому ОРРА для людей похилого віку повинна бути індивідуально підбраною, повністю виключати можливість травм, враховувати швидкість відновлення організму після навантажень в цьому віці. Під впливом фізичних вправ зміцнюється кісткова і м'язова системи, збільшується амплітуда рухливості суглобів, знижується ризик серцево-судинних захворювань, поліпшується стан імунної системи. ОРРА для людей похилого віку надає перевагу таким фізичним вправам, які не є складними та легко дозуються за навантаженням. ОРРА для людей похилого віку спрямована на підвищення загальної витривалості, гнучкості, координації рухів, вправи на розвиток сили і швидкості мають набагато менше значення [427].

У зв'язку з процесами модернізації сучасного суспільства вміння адаптуватися до мінливих реальності стало вельми актуальним для старшого покоління. Похилий вік є самостійним і досить тривалим періодом життя, має свої соціальні та психологічні особливості, проте через зміни стану здоров'я,

соціального статусу й способу життя виникають труднощі в соціально-побутовій сфері та адаптації до нових умов. Це мимоволі чинить вплив на якість та задоволення життям людей похилого віку, стилі спілкування, ціннісні орієнтації та афективно-емоційну сферу.

Чим старшою стає людина, тим більше через об'єктивні причини звужуються її соціальні зв'язки, матеріальні можливості, знижується соціальна та рухова активність, отже, людині важко адаптуватися в суспільстві.

Проблеми адаптації старшого покоління в сучасних умовах призводять до об'єктивної необхідності допомогти та підтримати цю вікову категорію населення. Люди похилого віку часто є пасивними учасниками суспільного життя, на рівні компенсацій, пільг, виплат, що не дозволяє їм успішно адаптуватися в суспільстві. Однак потрібно не просто включення людей старшого покоління в суспільство як повноправних членів шляхом грошових компенсацій, а й урахування факторів, що впливають на їхню самореалізацію і самоактуалізацію [350].

Одним із засобів адаптації людини у похилому віці є оздоровчо-рекреаційна рухова активність, яка виступає не тільки формою зайнятості, соціальної активності, але і вельми корисною, оздоровчою умова збереження фізичного та психічного здоров'я, функціональних можливостей, а в кінцевому результаті сприяє соціальній адаптивності [340].

За умови регулярних занять фізичними вправами вікові зміни в організмі відбуваються набагато повільніше, людина протягом тривалого часу може зберігати міцне здоров'я і високу загальну фізичну працездатність. Рухова активність відіграє величезну роль в поліпшенні здоров'я, підвищенні активності, продовженні життя людини. Саме оздоровчо-рекреаційна рухова активність – основа здорового способу життя, яка впливає на всі інші компоненти, що забезпечують збереження і зміцнення здоров'я [139].

Згідно досліджень Абрамова Т.Ф та Квашук П.В., особи похилого віку потребують систематизних занять руховою активністю більше, ніж в молоді роки. Організм людини похилого віку володіє досить високим ступенем пластичності, зі

старінням формуються процеси самооновлення, відновлення, пристосування до змін життя за умови регулярних занять руховою активністю [3]. Ж.-Ж. Руссо вважав, що «немічне тіло послаблює душу», тому необхідно, щоб тіло було досить сильним для душі [285].

П.Ф. Лесгафт, вивчаючи проблеми адаптації та фізичного виховання, прийшов до висновку про їх тісний взаємозв'язок, про можливість формування морально-вольових і моральних якостей в процесі занять фізичними вправами [210].

Вчені і практики, які займалися проблемами організації оздоровчої фізкультури за радянських часів – В.К. Бальсевич [45], Л.І. Бураго [67], П.І. Готовцев [117] та інші, – в своїх дослідженнях доводять, що рухова активність покращує стан здоров'я, розширює функціональні можливості, сприяє адаптації та інтеграції, уповільнює процеси старіння в осіб похилого і старечого віку, перешкоджає розвитку передчасної старості.

В Україні, як і в багатьох розвинених країнах, в останні десятиріччя значно зросла частка людей похилого віку. Для багатьох груп населення, особливо для людей похилого віку, праця втратила значимість як засіб самоствердження та самореалізації. Тому в цих умовах вільний час розглядається як один з важливих засобів особистісних якостей людини, спрямований на відновлення і розвиток фізичних, психоемоційних, інтелектуальних сил людини, самореалізацію її потенціалу, на задоволення різноманітних потреб. Підкреслимо, що функціональне призначення вільного часу відображає наявність відповідних потреб, а також ступеня усвідомлення соціально-культурними групами й окремими особистостями необхідності використання рекреаційно-розвиваючого потенціалу дозвілля. При цьому дозвіллі потреби тісно переплітаються з основними групами інших потреб, серед яких фізичні, соціальні, інтелектуальні та ін. Роль активного дозвілля в житті людей похилого віку індивідуальна і залежить від психофізичних можливостей, суспільного становища, умов та інтересів діяльності.

Згідно соціологічних опитувань, жінки похилого віку вільний час витрачають на комунікативну діяльність, наприклад, телефонні розмови, спілкування із друзями, турботу про тварин,

розведення різних видів рослин, перегляд телепередач та кінофільмів або громадську діяльність тощо [326]. Крім того, через брак освітньої культури окремих верств населення, мізерні матеріальні статки, а також недостатню увагу до організації дозвілля з боку місцевих органів влади проведення вільного часу нерідко супроводжується деструктивними для розвитку організму формами, які пришвидшують процеси старіння організму та шкідливо впливають на стан здоров'я [319]. На сьогодні для збільшення обсягу рухової активності та якісного наповнення вільного часу різними цікавими і ефективними формами рекреаційної діяльності постає практична проблема активізації уваги громадськості до фізичної культури і спорту як інституцій, що забезпечують збереження і цілеспрямоване відновлення психофізичного стану, продуктивних сил суспільства [330].

З-поміж останніх досліджень проблем оздоровчо-рекреаційної рухової активності людей похилого віку привертають увагу наукові розвідки вітчизняних науковців Андрєєвої О.В. (2015-2017), Боднар І.Р. (2017), Пангелової Н.Є. (2018), Томенка О.А. (2019-2020). Наявні проблеми організації активного дозвілля та можливі шляхи їх вирішення вивчали Щанина Е.В. (2013), Сухова Л.І. (2003), теоретичним та практичним аспектам організації культурного дозвілля, зокрема фізкультурно-оздоровчої роботи з дорослим населенням за місцем проживання, присвячували свої дослідження Аванесова Г.А. (2006), Литвак Р. А., Резанович І. В. (2011). Отже, науковці в своїх роботах доводять, що дозвілля як чинник активізації особистої активності людей похилого віку покращує стан здоров'я, розширює функціональні можливості, підвищує психоемоційні та інтелектуальні можливості, уповільнює процеси старіння в осіб похилого віку.

На наш погляд, проблеми адаптації людей похилого віку потрібно розглядати в контексті такого поняття як «незалежність життя». У роботах сучасних авторів під цим поняттям мають на увазі три взаємопов'язані аспекти:

1. У соціально-політичному плані – це право людини бути невід'ємною частиною життя суспільства, брати активну участь в різноманітних процесах; це свобода вибору і доступу до

фізкультурно-оздоровчих баз, засобів комунікації. Незалежне життя – можливість самому визначати і вибирати, приймати рішення та керувати життєвими ситуаціями.

2. У філософському плані – це спосіб мислення, психологічна орієнтація особистості. Філософія незалежного життя орієнтує людей похилого віку на те, щоб вони ставили перед собою такі ж завдання, як і будь-який інший член суспільства [173].

3. У практичному соціальному плані незалежне життя є рухом на захист цивільних прав інвалідів по всьому світі, формою протесту проти сегрегації і дискримінації [240]. Отже, рішення вищезазначених проблем має специфічний характер, оскільки існує безліч причин, що перешкоджають людям похилого віку бути фізично активними, тоді як чимало аргументів свідчать про користь фізичної активності в похилому віці.

У результаті досліджень Касаркіної Є.Н. зазначається, що осіб похилого віку бентежать певні питання: матеріальна неспроможність 49,6%; наявність хронічних захворювань 60,48%; бажання поліпшити умови свого проживання 72,8%; інвалідність 46,7%; потреба в спостереженні і догляді 34,5%. Через вікові зміни стану здоров'я, соціального статусу та способу життя у людей похилого віку відбувається зміна життєвого орієнтуру, виникають труднощі в соціально-побутовій сфері. Адаптація старшої людини значною мірою залежить від її життєвої позиції і зусиль, здатності або нездатності активно регулювати власний стан з урахуванням індивідуальних особливостей організму, реалізовувати програми самозбереження, самореалізації та саморозвитку. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність стимулює адаптаційні здібності людей похилого віку. Систематичні заняття чинять позитивний вплив на самопочуття людей похилого віку, підвищують рухову активність, покращують настрій, знижують ступінь тривожності. Люди похилого віку, які займаються рекреаційно-оздоровчою руховою активністю, відзначили, що вона: 1) слугує ефективним засобом немедикаментозного відновлення організму (76,4); 2) підвищує рухову активність і фізичну працездатність (58,1%); 3) формує процеси самооновлення, відновлення, пристосування

до нових умов життя (34,9%); 4) посилює захисно-приспосувальні реакції організму (33,2%); 5) уповільнює вікові зміни в організмі (11,5%); 6) дозволяє наповнити дозвілля, вирішити проблему вільного часу (10,6%). У похилому віці людина може бути фізично активною і жити повноцінним життям. Систематичні фізичні навантаження позитивно впливають на стан людини третього віку. Підвищення оздоровчо-рекреаційної рухової активності сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, зниженню частоти загострень хронічних захворювань, поліпшенню адаптаційних можливостей всього організму і психоемоційної сфери людини [173].

Досить важливим, на наш погляд, є той факт, що реалізація основних принципів оздоровчо-рекреаційної рухової активності людей похилого віку є їх особистою ініціативою, що значно звужує можливості активного способу життя. Прикладом служить той факт, що лише 31,3% респондентів вважають себе фізично активними, активність ця не пов'язана з домашніми справами, при цьому 68,7% людей старшого віку, які взяли участь в опитуванні, хотіли б займатися фізичними вправами за рекомендацією фахівців [140].

Регулярні фізичні вправи доступні більшості пенсіонерів в «домашніх» умовах, оскільки вартість послуг в спеціалізованих спортивних центрах занадто висока для названої категорії населення. За даними Прядко Л.А., серед основних проблем респондентами були відзначені: неможливість оплачувати відвідування соціально-оздоровчих об'єктів (99%); наявність захворювань, що впливають на загальне самопочуття (60,48%); інформаційна необізнаність про діяльність соціально-оздоровчих об'єктів (60,4%) [277].

Томенко О.А. вважає, що неминучість інволюційних процесів в організмі людини, наявність хронічних захворювань загострюють інтерес населення похилого віку до індивідуальних практик підтримки здоров'я і оздоровчо-рекреаційної діяльності. Дані проведеного дослідження свідчать про впевненість респондентів у необхідності підтримки здоров'я в похилому віці (тільки 8% опитаних вважають, що здоровий спосіб життя (ЗСЖ) не важливий в старшому віці). Об'єктивна оцінка стану здоров'я є основою мотивації людини похилого віку до

заощадження ресурсів здоров'я і виконання конкретних профілактичних заходів, занять руховою активністю [312311].

Вирішення цих питань має специфічний характер в контексті соціальної роботи, оскільки існує безліч причин, що заважають людям похилого віку бути фізично активними, водночас є вагомі аргументи, які свідчать про користь оздоровчо-рекреаційної діяльності у похилому віці, що вказується у працях Алешина В. А., Калашникова А. Ф., Лукьянчикової Т. Л. Бойко З.В., Беловола Е.В., Радиша І.В. та ін.

Підвищення оздоровчо-рекреаційної рухової активності за рахунок адаптованого до віку навантаження змінює стереотип режиму дня, підвищує фізичну підготовленість і життєвий тонус, які є основою для зміцнення соматичного здоров'я людей старшого віку, є предметом дослідження Федорюк О.В. [326].

Проблеми старіння, адаптації та зниження (втрати) працездатності в похилому віці пов'язані не тільки із знесиленням життєвих сил, втратою здоров'я, а й зі згасанням життєдіяльності на суб'єктивному рівні, зазначає Ван Сюе Мань [69]. Зниження потреб фізичного, психічного, соціального та творчого потенціалу стає не наслідком, а найчастіше причиною появи обмежень. Велику роль в цьому процесі відіграє психологічний та емоційний стан пенсіонера. Однак зміна психологічного настрою щодо свого здоров'я, активності, фізичного та психічного потенціалу, підвищення самооцінки, формування здорового способу життя може значною мірою покращити добробут, фізичне й психічне здоров'я старшого покоління.

У результаті нашого дослідження в процесі констатувального експерименту нами встановлено існуючі тенденції щодо рівня здоров'я осіб похилого віку. Так, у скринінгових дослідженнях науковці звертають увагу на проблему залучення до рухової активності. У структурі захворюваності осіб похилого віку виявлено, що найчастіше зустрічаються захворювання та патологічні стани системи кровообігу (53,3 % – у жінок та 42,8 % – у чоловіків), кістково-м'язової системи й сполучної тканини (55,6 % – у жінок та 45,9 % – у чоловіків), хвороби нервової системи (17,4 % – у жінок та 16,6 % – у чоловіків) та сечостатевої системи (23,9 – у чоловіків та 4,5 % – у жінок).

Водночас виявлено, що серед респондентів 20,9 % жінок та 16,4 % чоловіків мають низький рівень фізичної працездатності. Такі особи потребують спеціальної профілактичної роботи та залучення до занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю. Встановлено також, що у жінок 60-65 років різниця між паспортним та біологічним віком сягає до 25,9 років, що свідчить про різко прискорений темп старіння. У чоловіків різниця становила 11,1 роки, що вказує на прискорений темп старіння.

У результаті проведеного дослідження підтверджено дані С.А. Айвазян [9], Т.В. Барановської із співавторами [47], О.В. Белоконь [52], З.В. Бойко [59], Ю.О. Павлової [243] про те, що серед найважливіших факторів формування якості життя цієї вікової групи є психічне здоров'я, роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності, соціальна активність, життєздатність, загальний стан здоров'я, рівень болю, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності та, звісно, фізична активність. Так, серед фізичних показників якості життя жінок виступає рівень болю, а у чоловіків – фізична активність. Проте серед показників психологічних складових якості життя у жінок домінує рівень емоційних проблем, а от у чоловіків – психологічне здоров'я.

Під час оцінювання соціально-психологічних особливостей осіб похилого віку нами означені показники задоволеності життям. У жінок 60-65 років інтерес до життя на високому рівні виявлено у 4,1 % осіб, на середньому рівні – у 21,1 %, на низькому – у 67,8 %. У чоловіків 60-65 років на середньому рівні 33,2 % досліджуваних. Так високі показники соціально-психологічної адаптації виявлено в жінок у показниках самосприйняття (73,5 %) та інтернальності (66,2 %). У респондентів чоловічої статі – прагнення до домінування (58,4 %) відповідно. Наші дані співвідносяться з даними В.А. Китманова [177], Г.С. Абрамової [3], О. Андрєєвої [36], М. Аргайл [38], Т. Дзюби із співавторами [130], М.В. Ермолаєвої [153], О.М. Степанова [300], F. Bazin [371] стосовно соціально-педагогічних особливостей осіб похилого віку.

У межах експерименту, зокрема педагогічного, вивчено показники розумової працездатності. Серед жінок 60-65 років у нормі було виявлено 92,4 %, мали незначні когнітивні порушення

6,6 %, а в 0,9 % виявлено легку деменцію. У чоловіків цього ж віку виявлено такі показники когнітивних функцій: у межах норми – у 85,0 %, незначні когнітивні порушення – в 11,2 %, у 2,6 % виявлено легку деменцію. Отримані результати дають підставу зробити висновок про те, що в більшості осіб похилого віку зазначені показники перебувають у межах вікової норми. Ці дані підтверджують висновки низки науковців [5, 9, 16].

У процесі визначення рівнів рухової активності встановлено, що 1,6 % добового часу досліджуваних чоловіків та 1,2 % жінки приділяють увагу виконанню фізичних вправ, що вказує на високий рівень рухової активності. Показники середнього рівня рухової активності було зафіксовано у 4,2 % добового часу чоловіків та 3,2 % жінок. Відсоткове співвідношення сидячого рівня було зафіксовано найбільше порівняно із руховою діяльністю протягом доби. Показники сидячого рівня на добу було зафіксовано 37,8 % у жінок та 36,3 % – у чоловіків. Отримано підтвердження таких результатів інших учених щодо рухової активності осіб похилого віку [200].

Проведений аналіз основних маркерів активного старіння осіб похилого віку дав можливість констатувати, що рівень психічного та фізичного здоров'я є досить низьким та потребує корекції засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. При цьому в статевому відношенні в жінок у показники нижчі, ніж у чоловіків. З'ясовані особливості підтвердили висновки науковців [423].

Наведені вище дослідження були використані при розробці концепції активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Метою концепції стало визначення теоретико-методологічних і технологічних засад активного старіння в процесі занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю у похилому віці. До структури концепції включено такі складові: передумови розробки, концептуальні підходи та засади, які включали мету, завдання, принципи реалізації; технологію проектування, що дала можливість впроваджувати оздоровчо-рекреаційні програми у різних локаціях. Технологія містила етапи, умови реалізації, рівні впровадження, оздоровчо-рекреаційну програму, що складалася із трьох періодів, та критерії ефективності концепції.

Основними передумовами розробки концепції було визначено демографічні, соціальні, психологічні, особистісні, біологічні, економічні та інформаційні. Концептуальними підходами було встановлено трансцендентальний, діалектичний, парадигмальний, синергетичний, феноменологічний, герменевтичний, системний, соціокультурний, обистісний, діяльнісний, функціоналістський, конфліктологічний та аксіологічний.

Концептуальні принципи ми розглядали через їх об'єднання. Так, у групу загальнонаукових принципів увійшли пізнавальний, системний, цілісності, структурності та аксіологічний. До дидактичних ми віднесли принцип науковості, систематичності й поступовості, індивідуалізації, активності та усвідомлення, доступності й адекватності. Групу соціологічних принципів об'єднали у принципи соціальної справедливості, вільного вибору, добровільності та комунікативності. Принципи інноваційності, превентивності, інтересу (зацікавленості) та оздоровчої спрямованості становили групу спеціально-орієнтованих. Принципи рекреативності, адаптивності, регулярності, варіативності вибору засобів та відповідності місцевим умовам інтегрувала група принципів дозвіллевої діяльності.

Розроблено технологію проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності, яка реалізується поетапно. На першому етапі – концептуальному – розробляються концептуальні засади, орієнтовані на осіб похилого віку з урахуванням умов проведення (місця локації). На другому етапі – організаційному – здійснювався підбір засобів, методів оздоровчо-рекреаційної рухової активності. На наступному етапі (діагностичному) визначався контингент, рівень їхнього здоров'я, фізичної підготовленості, соціально-психологічних особливостей. На останньому етапі – програмно-методичному – розроблялася та впроваджувалася програма занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю. Ця програма складається із підготовчого, основного та підтримуючого періодів.

Критеріями ефективності концепції запропоновано:

- 1) підвищення рівня рухової активності;
- 2) покращення показників фізичної та розумової працездатності;
- 3) покращення якості життя осіб похилого віку;

4) сформованість соціально-психологічної особистості осіб похилого віку, серед яких задоволеність життям, соціально-психологічна адаптація, психоемоційний стан, когнітивні функції.

Ефективність концепції перевірено у педагогічному перетворювальному експерименті, який здійснювався на чотирьох локаціях, а саме: в санаторно-курортному комплексі, фітнес-клубі, місцях масового відпочинку (парки) та університетах третього віку.

Незалежною змінною було визначено такий параметр, як зміст розроблених оздоровчо-рекреаційних технологій для осіб похилого віку. Залежною змінною були означені вище критерії ефективності.

Критерії ефективності запропонованої технології реалізації положень розробленої концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної діяльності було визначено за допомогою статистичної обробки даних (факторного та кореляційного аналізу), експертної оцінки та підтверджено складовими активного старіння рекомендованих ВООЗ. Факторний аналіз якості життя засвідчив важливість фізичної та соціальної активності осіб похилого віку ($p=0,001$). Тісноту кореляційного взаємозв'язку рухової активності, якості життя, задоволеності життям, фізичної працездатності, рівня здоров'я виявлено на дуже високому рівні ($p=0,005$) для осіб 60-65 років.

Визначення рівнів рухової активності за Фремінгемською методикою дало можливість виявити позитивну динаміку в руховому режимі респодентів впродовж реалізації програми занять. Це передусім позитивно вплинуло на динаміку показників фізичної працездатності, що визначалася за методикою тесту PWC₁₅₀.

Встановлено, що у процесі долучення до реалізації запропонованої програми занять суттєво покращилися показники якості та задоволеності життям досліджуваних. Розумова працездатність та соціально-психологічна адаптація за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда у результаті педагогічного впливу засвідчує позитивну динаміку на достовірному рівні ($p < 0,01$).

В процесі нашого дослідження отримано три групи показників:

– *доповнено* дані щодо структури вільного часу, рухової активності, фізичної та розумової працездатності, якості життя осіб похилого віку, удосконалено наукові положення про значущість оптимального рівня рухової активності для досягнення рекреаційного ефекту, покращення вторинної соціалізації, якості життя й здоров'я, уповільнення темпів старіння осіб похилого віку.

– *дістали подальшого розвитку* дані про взаємозв'язок між маркерами тривалості та якості життя осіб похилого віку: здоров'я та захворюваність, темпи старіння та біологічний вік, задоволеність життям, фізична та розумова працездатність, рухова активність, що покладено в основу критеріїв ефективності технології реалізації положень концепції активного старіння; доповнено та розширено понятійно-категоріальний апарат, упорядковано термінологію з проблем старіння, активного довголіття, оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку, звернення до яких передбачалося в межах розробленої концепції, а також встановлено зв'язки між ними, що надало результатам дослідження однозначності трактування, логічної стрункості, посилило доказовість висновків;

вперше:

– вперше на основі системного теоретико-емпіричного дослідження обґрунтовано та розроблено концепцію активного старіння з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності, спрямованої на збереження здоров'я та підвищення якості життя громадян похилого віку, на сприяння вторинній соціалізації, поліпшення умов для самореалізації, підвищення рівня поінформованості щодо здорового способу життя, профілактики захворювань, що узгоджується зі стратегічними завданнями державної політики з питань здорового та активного довголіття населення України. Складовими концепції є концептуальні підходи, концептуальні засади, технологія реалізації оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку в умовах санаторно-курортних комплексів, фітнес-центрів, місць масового відпочинку, університетів третього віку;

– вперше конкретизовано сукупність проблем, що ускладнюють залучення осіб старшої вікової групи до оздоровчо-рекреаційної рухової активності в Україні, узагальнено теоретичний базис використання потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності для збереження здоров'я та активного довголіття осіб похилого віку;

– вперше визначено та теоретично обґрунтовано основні передумови концепції активного старіння осіб похилого віку (демографічні, соціальні, психологічні, особистісні, біологічні, економічні, інформаційні);

– вперше на основі комплексного підходу встановлено специфічні характеристики адаптації осіб похилого віку до змін способу і стилю життя, на які впливає рівень рухової активності, усвідомлення обмеженості часової перспективи; визначено підходи до підвищення рівня активності населення старшого віку, основними з яких є: організація цікавого емоційно забарвленого, психологічно комфортного, фізично активного дозвілля шляхом розширення пропонованих форм оздоровчо-рекреаційної рухової активності, створення специфічного мікросередовища соціуму, що передбачало б гарантію свободи вибору оздоровчо-рекреаційних занять, які відповідають інтересам і потребам респондентів в активному відпочинку, самореалізації та самопізнанні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов Р, Болотова И. Инновативные социальные практики повседневности и потребления в контексте новой культуры заботы о себе: на примере московских фитнес-клубов. Вестник Омского университета. Социология. 2008;1/2:37-62.

2. Абрамова ГС, редактор. Возрастная психология: учебное пособие для студентов вузов. 4-е изд. Москва: Академич. проект; 2003. 670 с.

3. Абрамова ТФ, Квашук ПВ. Оценка физического состояния лиц пожилого возраста: методические рекомендации. Москва: Советский спорт; 2001. 32 с.

4. Абрамович СГ, Михалевич ИМ, Щербакова АВ, Холмогоров НА, Ларионова ЕМ, Коровина ЕО и др. Способ определения биологического возраста человека. Сибирский медицинский журнал. 1976;1:46-8.

5. Абрамович СГ. Медико-биологическое обоснование применения физических методов лечения у больных гипертонической болезнью пожилого возраста [автореферат]. Томск; 2001. 40 с.

6. Агранович НВ, Анопченко АС, Агранович ВО. Медико-социальные аспекты занятий умеренной физической активностью в пожилом возрасте. Фундаментальные исследования. 2014;10(1):13-7.

7. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1995

8. Айвазян СА. Межстрановой анализ интегральных категорий качества жизни населения (экономический подход). Москва: ЦЭМИ РАН; 2001. 61 с.

9. Айвазян СА. Россия в межстрановом анализе синтетических категорий качества жизни населения. Мир России. 2001;4:59-96.

10. Акильжанова АР. Генетика старения. Терапевтический вестник. 2010;2:45-50.

11. Александрова МД. Проблемы социальной и психологической геронтологии. Ленинград: Изд-во Ленинградского университета; 1974. 135 с.

12. Алешин ВА, Калашников АФ, Лукьянчикова ТЛ. Организационно-педагогические условия эффективности работы клуба на рынке спортивно-оздоровительных услуг. Современные проблемы науки и образования. 2013;1:2-5.

13. Альошина А. Діяльність фітнес-клубу для залучення клієнтів засобами сучасної реклами. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал. Луцьк, 2019;35: 9-4.

14. Альошин А. Організаційні аспекти функціонування фітнес-індустрії Польщі. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал. Луцьк; 2019;34:8-4.

15. Альошина А. Основні функції оздоровчо-рекреаційної діяльності у санаторно-курортних комплексах для осіб похилого віку. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2020;37:9-8.

16. Альперович ВД. Проблемы старения: Демография, психология, социология. – Москва: ООО «Издательство Астрель»; 2004. С. 118-9.

17. Андреева Е, Благий А. Рекреационные игры в структуре досуговой деятельности лиц зрелого возраста. Спортивный вiсник Приднiпров'я. 2013;2:37-41.

18. Андреева ЕВ, Гакман АВ. Роль фитнес-клуба в структуре досуга пожилых людей. В: Олимпийский спорт и спорт для всех: материалы XXII международного научного конгресса; 2018 Окт. 25-28; Тбилиси. 2018; с. 84.

19. Андреева О, Гакман А, Дудіцька С, Наконечний І. Історія зародження тренажерних засобів рекреаційно-оздоровчої діяльності. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2019;4(48):3-8.

20. Андреева О, Гакман А. Залучення осіб похилого віку до оздоровчої рухової активності. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Серія: Фізичне виховання і спорт. 2019;33:34-9.

21. Андреева О, Гакман А. Критерії ефективності технології проектування рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку в різних умовах. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Серія: Фізичне виховання і спорт. 2019;35:48-53

22. Андреева О, Гакман А. Особливості впровадження оздоровчо-рекреаційної рухової активності для осіб похилого віку. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у сучасному суспільстві : матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Чернівці 10.11.2020 року); за редакцією Я.Б. Зоря. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2020; с. 93-6.

23. Андреева О, Гакман А. Проблеми залучення осіб похилого віку до оздоровчої рухової активності. III Міжнародна конференція «Сталий розвиток і спадщина у спорті: проблеми та перспективи»; 2019 Листопад 27-28; Київ. Київ: НУФВСУ

24. Андреева О, Гакман А. Стан захворюваності та якість життя осіб похилого віку. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Серія: Фізичне виховання і спорт. 2019;36:27-32.

25. Андреева О, Гакман А. Технологія розробки рекреаційно-оздоровчих програм у літньому оздоровчому таборі. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2011;4:216-220.

26. Андреева О, Пацалюк К. Чинники, що детермінують рекреаційну активність осіб зрілого віку. Слобожанський науково-спортивний вісник: збірник наукових статей. 2008;9:47-52.

27. Андреева О. Аналіз мотиваційних теорій у сфері оздоровчої фізичної культури та рекреації. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2004;2:81-4.

28. Андреева О. Концептуальні та прикладні аспекти технологізації проектувальної діяльності в сфері фізичної

рекреації. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2013;1:35-40.

29. Андреева О. Методологічний аналіз тезауруса фізичної рекреації. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2014;4:32-40.

30. Андреева О. Розробка та впровадження технології проектування активної рекреаційної діяльності різних груп населення. Спортивний вісник Придніпров'я. 2015;1:4-9.

31. Андреева О. Соціально-психологічні чинники, що детермінують рекреаційно-оздоровчу активність осіб різного віку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2014;3(106):25-31.

32. Андреева ОВ, Гакман АВ, Дудіцька СП, Медвідь АМ. Особливості рухової активності жінок похилого віку у режимі дня санаторно-курортного комплексу. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2019;2:46-50. DOI:<https://doi.org/10.32652/spmed.2019.2.46-50>

33. Андреева ОВ, Омельченко ТГ. Стан громадського здоров'я в Україні: реалії та перспективи. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2018;6:7-14.

34. Андреева ОВ, Пацалюк КГ. Соціально-педагогічні умови організації рекреаційної діяльності боулінг-клубів. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2012;4:223-9.

35. Андреева ОВ. Теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності різних груп населення [автореферат]. Київ; 2014. 44 с.

36. Андреева ОВ. Фізична рекреація різних груп населення: [монографія]. Київ: Поліграфсервіс; 2014. 280 с.

37. Апанасенко ГЛ. Двигательная активность как фактор, лимитирующий жизнь. У: Физическая культура, спорт, здоровье и долголетие : Сборник материалов восьмой международной научной конференции. Южный федеральный университет. 2019. 42-46.

38. Аргайл М. Психология счастья. СПб.: Питер; 2003. 185 с.

39. Арстангалиева ЗЖ. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста. Бюллетень медицинских

интернет-конференций. 2013;3(11):1309.

40. Ахаладзе МГ. Оцінка темпу старіння, стану здоров'я і життєздатності людини на основі визначення біологічного віку: [автореферат]. Київ; 2005. 43 с.

41. Ахаладзе НГ. Биологический возраст как проблема теоретической и практической медицины. Medix Anti-aging. 2010;5-6:18-22.

42. Бальсевич ВК. Онтокинезиология человека. Москва: Теория и практика физической культуры; 2000. 275 с.

43. Бальсевич ВК. Очерки по возрастной кинезиологии человека. Москва: Современный спорт; 2009. 220 с.

44. Бальсевич ВК. Спортивный вектор физического воспитания в российской школе. Москва : Теория и практика физической культуры и спорта; 2006. 112 с.

45. Бальсевич ВК. Физическая активность пожилого человека. Москва: Знание, 1986. 139 с.

46. Барабой ВА. Стресс: природа, биологическая роль, механизмы, исходы. Киев: Фитосоцицентр; 2006. 424 с.

47. Барановская ТВ, Давидовская ЕИ, Юсупова ОА, Кожанова ИН, редакторы. Роль медикаментозного лечения в обеспечении качества жизни больных с обструктивными заболеваниями легких: учеб. пособие. Минск: БелМАПО; 2006. 41 с.

48. Бар-Ор О, Роуланд Т. Здоровье детей и двигательная активность: от физиологических основ до практического применения. Киев: Олимпийская література; 2009. 528 с.

49. Бахтєєва Т.. Охорона здоров'я України: гра без правил. Дзеркало тижня [Електронний ресурс], 2009. (17). 745.

50. Безверхня ГВ. Формування мотивацій до самовдосконалення учнів загальноосвітніх шкіл засобами фізичної культури і спорту: метод. рекомендації для вчителів фізичної культури. Умань: УДПУ; 2003. 52 с.

51. Белозерова ЛМ. Изучаем возрастную норму. Медицина и спорт. 2006;3-4:20-1.

52. Белоконь ОВ. Современные проблемы качества жизни пожилых в России (результаты проведенных опросов). Успехи геронтологии. 2008;17:87-101.

53. Бердышев ГД. Реальность долголетия и иллюзия бессмертия. Киев: Политиздат Украины; 1989. 254 с.

54. Белікова НО, Сущенко ЛП. Термінологія напряму підготовки «Здоров'я людини»: [навч. посіб.]. Київ: Козарі; 2009. 182 с.

55. Бибик РВ, Гончарова НН, Хабинец ТА. Структура мотивации к физкультурно-оздоровительной деятельности женщин первого зрелого возраста. Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2010;9:6-9.

56. Блеер АН, Суслов ФП, Тышлер ДА. Терминология спорта. Толковый словарь-справочник. Москва: Академия; 2010. 464 с.

57. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. Москва; 2000. С. 290.

58. Бойко ЗВ, Беловол ЕВ, Грэнвальд М, Сегень В. Концепция непрерывного образования как фактор повышения качества жизни в третьем возрасте (на примере организации образования в Польше). Научный журнал. Вестник РУДН, серия «Психология и педагогика». 2014;4:93-100.

59. Бойко ЗВ, Беловол ЕВ, Радыш ИВ. Эйджизм как психологическая проблема XXI века. Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницькій державній педагогічній університет імені Григорія Сковороди». Додаток 4. Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психологопедагогічні читання». 2014;1(9):120-4.

60. Болотова АК, Молчанова ОН, редакторы. Психология развития. Москва: ЧеРо; 2005. 524 с.

61. Бондаренко ТВ, Шандренко ТО. Вивчення біологічного віку студентів. Теорія та методика фізичного виховання. 2009;3:38-40.

62. Бочелюк ВЙ, Бочелюк ВВ. Дозвіллезнавство: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури; 2006. 208 с.

63. Булатова М, Литвин О. Здоров'я і фізична підготовленість населення України. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2004;1:3-9.

64. Булатова ММ. Европейский опыт: уроки и приоритеты. Спортивная медицина. 2007;1:3-10.

65. Булич ЭГ, Муравов ИВ. Здоровье человека. Киев: Олимпийская литература; 2003. 424 с.
66. Булич Е, Муравов І. Стратегія активності і оптимізму – валелогічне обґрунтування принципів здоров'я і довголіття. Молода спортивна наука України. 2002;1(7):45.
67. Бураго ЛИ. Гимнастика для лиц среднего и пожилого возраста. Москва: Медицина; 1973. 210 с.
68. Вайнер ЭН. Валеология: учебник [для вузов]. Москва: Наука; 2010. 446 с.
69. Ван Сюе Мань. Отношение населения к некоторым аспектам физкультурно-оздоровительной деятельности. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2010;3:14-7.
70. Виготський Л.С. Педагогічна психологія. М.: Педагогік-Прес, 1996. (Психологія; Класичні праці). 536 с
71. Визитей НН. Теория физической культуры: к коррективке базовых представлений. Философские очерки. Москва: Советский спорт; 2009. 184 с.
72. Виленский МЯ. Формирование потребности в физическом совершенствовании как психолого-педагогическая проблема. Физическая культура в научной организации учебного труда студентов пединститута. Москва; 1981. С. 109-124.
73. Вихованець ЮГ. Показники біологічного та психологічного віку в діагностиці функціональних стані людини. Університетська клініка. 2012;8(1):39-42.
74. Вишневский АГ. Похвала старению. Отечественные записки [Интернет]. 2005 [цитовано 2020 Вер. 24];3(24). Доступно на: <http://www.strana-oz.ru/2005/3/pohvala-stareniyu>
75. Власова ИА. Биологический возраст и уровень здоровья пожилых лиц, занимающихся физическими тренировками. Сибирский медицинский вестник. 2011;5:65-8.
76. Войтенко ВП. Биологический возраст. Биология старения. Л. : Наука, 1982. 102-115
77. Вольтинская ЛБ. Престижность возраста. Социологические исследования. 2000;7:120-4.

78. ВООЗ. На пути к достижению международного консенсуса в вопросах политики по оказанию долгосрочной помощи лицам пожилого возраста [Интернет].ВООЗ; 2000 [цитовано 2020 Вер. 25]. Доступно на: <http://www.who.int/ageing/publications/ru/>

79. Время выполнять взятые обязательства: ускорим принятие мер по борьбе с неинфекционными заболеваниями ради здоровья и благополучия нынешнего и будущих поколений – Политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. ООН. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 10 октября 2018 года. <https://undocs.org/ru/A/RES/73/2>

80. Гакман А, Андреева О. Нормативно-правове регулювання оздоровчо-рекреаційної рухової активності людей похилого віку в Україні. У зб.: Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: матеріали XII Міжнар. наук.-практ. конф.; 2020 Квіт 23-24; Львів. Львів: ЛДУФК; 2020, с. 35-8.

81. Гакман А, Дудіцька С, Вілігорський О. Задоволеність життям та роль психофізичних компонентів у якості життя людей похилого віку. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2020;35: 3-9.

82. Гакман А, Тівелік М. Психофізіологічні особливості рухової активності людей похилого віку. У зб.: Зорій ЯБ, редактор. Фізична культура і спорт: досвід та перспективи: Матеріали II міжнародної науково-практичної конференції; 2019 Квіт 4-5; Чернівці. Чернівці : Чернівецький нац. ун-т; 2019. с. 61-2.

83. Гакман А, Фарбатюк С, Байдюк М. Соціально-педагогічні умови рекреаційно-оздоровчої діяльності осіб похилого віку. У зб.: Зорій ЯБ, редактор. Фізична культура і спорт: досвід та перспективи: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції; 2017 Квіт 6-7; Чернівці. Чернівці : Чернівецький нац. ун-т; 2017. с. 158-160.

84. Гакман А, Тівелік М. Мотиваційна специфіка рекреаційно-оздоровчої роботи з людьми похилого віку. В: Інноваційні підходи до формування професійних

компетентностей фахівців з фізичної культури, спорту і фізичної терапії та ерготерапії : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конференції, 6 листопада 2018 року. Чернівці, 2018. 235–237.

85. Гакман А. Діагностика самооцінки психічних станів людей похилого віку та їх потреба у активності. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /фізична культура і спорт. 2019;11(119):34-8.

86. Гакман А. Особливості мотивації підлітків 11-14 років до фізкультурно-оздоровчих та рекреаційних занять. Актуальні проблеми фізичного виховання студентів в умовах кредитно-модульної системи навчання: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції; 2012 Квіт 12-13; Дніпропетровськ. Дніпропетровськ, 2012. С. 43-9.

87. Гакман А. Проблеми організації рекреаційно-оздоровчої діяльності у структурі дозвілля людей похилого віку. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2017;25-26:42-6.

88. Гакман А. Структура захворюваності людей похилого віку у демографічному контексті. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2019;5(73):88-91. DOI:10.15391/snsv.2019-5.015.

89. Гакман А. Теоретико-методологічні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності осіб похилого віку. У журн.: Цьось АВ, Альошина АІ, укладачі. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Серія: «Фізичне виховання і спорт». 2019;34:56-6

90. Гакман А. Фітнес-клуб як форма активізації життєвої позиції людей похилого віку. Спортивний вісник Придніпров'я: науково-практичний журнал. 2017;3:25-30.

91. Гакман АВ, Андреева ЕВ. Структура модели организации рекреационно-оздоровительной деятельности пожилых людей. Олимпийский спорт и спорт для всех : материалы XXV Междунар. науч. конгр., Минск, 15-17 окт. 2020 г. : в 2 ч. Белорус. гос. ун-т физ. культуры ; редкол. : С.Б. Репкин (гл. ред.), Т. А. Морозевич-Шилюк (зам. гл. ред.) [и др.]. Т1. Минск : БГУФК, 2020;с. 216-6.

92. Гакман АВ, Байдюк МЮ. Мотиваційні чинники рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку. Молодий вчений. 2017;3.1(43.1):70-3.

93. Гакман АВ, Байдюк МЮ. Закордонний досвід рекреаційно-оздоровчої діяльності у рамках дозвілля з людьми похилого віку. Молодий вчений. 2016;11:116-120.

94. Гакман АВ, Балацька ЛВ, Лясота ТІ. Вплив рекреаційно-оздоровчої діяльності на уповільнення старіння організму. Вісник кам'янець-подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2016;9:91-7.

95. Гакман АВ, Владичан АС. Підтримка життєвої позиції осіб похилого віку в освітньому просторі фітнес-клубу. У зб.: Дяченко АА, редактор. Перспективи, проблеми та наявні здобутки розвитку фізичної культури і спорту в Україні: матеріали III Всеукраїнської електронної конференції «COLOR OF SCIENCE»; 2020Січ 30; Вінниця. Вінниця: Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, 2020. С. 20-5.

96. Гакман АВ, Костюкевич ВМ. Аналіз рухової активності людей похилого віку. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2019;31:32-6.

97. Гакман АВ, Мосейчук ЮЮ, Медведь АМ, Мужичок ВО. Мотивационные приоритеты рекреационно-оздоровительной деятельности людей разного возраста. In: Sport. Olimpism. Sănătate: Congres Științific Internațional (Editia a II-a); 2017 Oct 26-28; Chișinău. Chișinău: USEFS; 2017. с. 100.

98. Гакман АВ. Вплив університетів третього віку на психофізичну активність осіб старшого покоління. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2019;34:39-45.

99. Гакман АВ. До питання використання засобів рухової активності в уповільненні темпів старіння осіб похилого віку. У: Молодь та олімпійський рух : збірник тез доповідей XI Міжнародної конференції молодих вчених. 11-12 квітня 2018 року; Київ, 2018. 293–294.

100. Гакман АВ. Організація рекреаційно-оздоровчої діяльності дітей 11-14 років в умовах дитячого табору відпочинку [дисертація]. Київ; 2010. 231 с.

101. Гакман АВ. Особливості управління рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку в умовах фітнес-клубу. У: Молодь та олімпійський рух: збірник тез доповідей X Міжнародної конференції; 2017 Трав 24-25; Київ. Київ, 2017. с. 241.

102. Гакман АВ. Показники розумової працездатності у процесі активного старіння студентів університету третього віку. Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення : матеріали XX Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених; 2020 Жовт. 21-22; Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка; 2020. с. 31-5.

103. Гакман АВ. Психофізіологічні особливості рухової активності людей похилого віку. У: Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії: матеріали I науково-практична конференція з міжнародною участю; 2019 Жовт 17-18; Ужгород. Ужгород, 2019. с. 158.

104. Гакман АВ. Роль рухової активності та процесів старіння для осіб похилого віку. Молодий вчений. 2018;3.3(55.3):34-7.

105. Гакман АВ. Теоретико-методологічні засади рекреаційно-оздоровчої діяльності осіб похилого віку. У: Сучасні тенденції у розвитку науки та освіти : збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених; 22 березня 2018 р. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня Рута», 2018. 10–13.

106. Гакман АВ. Фізіологічне обґрунтування рекреаційно-оздоровчих засобів для осіб похилого віку. В: Актуальні питання вдосконалення системи фізичного виховання і спортивної роботи у вищій школі : збірник наукових праць за матеріалами I науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 70-й річниці кафедри фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»; 19-20 квітня 2018 р. Ужгород : в-во Бест-Принт; 2018. 87–89.

107. Герасимова ИА. Социально экономическое положение регионов Российской Федерации (к опыту сравнительного исследования). Москва: ЦЕМИ РАН; 1994. 94 с.
108. Гіденс Е. Майбутнє європейської соціальної моделі [Інтернет]. Доступно на: <http://library.files.de/pdf-files/bueros/ukraine/06827.pdf>
109. Глобальні рекомендації щодо фізичної активності для здоров'я
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979-ukr.pdf?sequence=25&isAllowed=y>
110. Глоссарий по укреплению систем здравоохранения [Интернет]. Женева ВОЗ; 2013. Доступно на: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html.
111. Глоссарий руководства для составителей Кокрановских обзоров. Український медичний часопис. 2001;1(21):115-135.
112. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья [Интернет]. Женева: ВОЗ, 1998 [цитовано 2019 Січ. 9]. Доступно на: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_NEP_98.1_rus.pdf.
113. Глоссарий терминов, используемых в серии «Здоровье для всех». Женева: ВОЗ. 1984;1–8. 42 с.
114. Гоголева АВ. Аддиктивное поведение и его профилактика. Москва: НПО МОДЭК, 2003. 240 с.
115. Голдберг Э. Парадокс мудрости. Научное опровержение «старческого слабоумия». Москва: Поколение; 2007. 384 с.
116. Гордон НФ. Хроническое утомление и двигательная активность. Киев: Олимпийская література; 1999. 128 с.
117. Готовцев ПИ. Долголетие и физическая культура. Москва: Физкультура и спорт; 1985. 96 с.
118. Греллер М. Старение и работа: человеческий и экономический потенциал. [Интернет]. Санкт-Петербург; 2014 [цитовано 2018 Січ. 23]. Доступно на: <http://transyoga.ru/assets/files/books/.../starrab.pdf>.
119. Грибан ВГ. Валеология: підручник. Київ: Центр учбової літератури; 2011. 214 с.

120. Григорьева ИА. Приоритеты социальной политики: пожилые люди. Журнал социологии и социальной антропологии. 2005;VIII(3):131-145.

121. Губа ВП, Мороз ОС, Парфененков ВВ, редакторы. Научно-практические и методические основы физического воспитания учащейся молодежи: учеб. пособие. Москва: Сов. спорт, 2008. 206 с.

122. Гуло ЛФ. Состояние и задачи развития гериатрии в практическом здравоохранении. В: Регион. науч. практич. конф.: тезисы докл. СПб., 1992. с. 3

123. Дворецкая Л. Что убивает Украину. Главные причины смертности украинцев – курение и алкоголь [Интернет]. Киев: НБН; 2013 [оновлено 2013 вер. 10; цитовано 2019 Лют. 26]. Доступно на: <http://nbnews.com.ua/ru/tema/99063/>

124. Деев АИ, Бухарова ЕВ. Проблемы пределения темпа старения человека. Проблемы старения и долголетия. 2009;1:8-19.

125. Декларация по проблемах старения. ООН. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 16 октября 1992 года. https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/r47-5.pdf

126. Демографическое старение. Демографический энциклопедический словарь [Интернет] [цитовано 2018 Лист. 18]. Доступно на: <http://www.demography.academic.ru/1623/>

127. Денисова ЛВ, Хмельницкая ИВ, Харченко ЛА. Измерения и методы математической статистики в физическом воспитании и спорте: учебное пособие для вузов. Киев: Олимпийская литература, 2008. 127 с.

128. Державна соціальна програма «Національний план дій з питань старіння» до 2022 року [Интернет]. Київ: Державні сайти України; 2018 [цитовано 2018 Груд. 25]. Доступно на: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhavnoyi-politiki-z-pitan-zdorovogo-ta-aktivnogo-dovgolittya-naselessly-na-period-do-2022-roku>

129. Десятникова НВ. Вплив різних засобів фізичної культури на біологічний вік населення. Теорія і практика фізичного виховання. 2012;2:197-203.

130. Дзюба ТМ, Коваленко ОГ, Моргуна ВФ, редактор. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: навчальний посібник. Київ: Видавничий Дім «Слово»; 2013. 264 с.
131. Дильман ВМ. Старение, климакс и рак. Л.: Медицина 1968 г. 378.
132. Дмитренко ГА. Людиноцентрична освіта як імператив підвищення якості життя населення України. Економіка та держава. 2009;2:39-42.
133. Доклад ООН о развитии в условиях старения населения мира [Электронный ресурс]. 2017. Режим доступа : <https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/wess2007.pdf>
134. Долженко Л. Фізична працездатність і максимальне споживання кисню студентів з різним рівнем соматичного здоров'я. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2005;1:68-70.
135. Донцов ВИ, Крутько ВН, Гаврилов МА. Системный поход к количественной диагностике старения человека с применением компьютерной системы «диагностика старения». Медицинская інформатика. 2011;1:62-72.
136. Друзь ВА, Пугач ЯИ, Пятисоцкая СС. Медико-биологические основы контроля за физическим развитием населения. Слобожанський науково-спортивний вісник: науковотеоретичний журнал. 2010;3:115-9.
137. Дубічинський ВВ, редактор. Сучасний тлумачний словник української мови: 50000 слів. Харків: ШКОЛА; 2006. 832 с.
138. Дудіцька С, Гакман А, Випасняк І. Аналіз структури вільного часу жінок похилого віку. Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць. 2019;7(26):50-6.
139. Дудіцька С. Вплив рухової активності на здоров'я осіб похилого віку. В: Інноваційні підходи до формування професійних компетентностей фахівців з фізичної культури, спорту і фізичної терапії та ерготерапії. Матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф.; 2018 листоп 6; Чернівці. Чернівці; 2018. с. 241-3.

140. Дудіцька С. Мотиви й різновиди рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку. Вісник Прикарпатського університету імені Василя Стефаника. Серія: Фізична культура і спорт. 2019;31:45–9. DOI: 10.15330/fcult.31.45-49

141. Дудіцька СП, Андрєєва ОВ, Гакман АВ. Технологія організації рекреаційно-оздоровчої діяльності жінок похилого віку в умовах санаторно-курортних закладів. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2019;4:63-7. DOI:10.32652/tmfvs.2019.4.63-67.

142. Дудіцька СП, Гакман АВ, Медвідь АМ. Сучасні методологічні та організаційні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності у похилому віці. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наукових праць. 2020; 6(126):40-4. DOI10.31392/NPU-nc.series 15.2020.6(126).10

143. Дудіцька СП, Гакман АВ. Роль рекреаційних ігор у дозвіллі людей похилого віку. Спортивний вісник Придніпров'я: науково-практичний журнал. 2019;1:25-30. DOI: 10.32540/2071-1476-2019-1-090

144. Дудіцька СП. Вітчизняний та зарубіжний досвід використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності у людей похилого віку. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія№15. Науково педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наукових праць. 2019;3(111):209-213.

145. Дудіцька СП. Організація рекреаційно-оздоровчої діяльності жінок похилого віку в умовах санаторно-курортних комплексів [дисертація]. Київ; 2020. 229 с.

146. Дутчак М, Баженов Є. Теоретичний аналіз дефініції «оздоровчо-рекреаційна рухова активність». Спортивна наука України. 2015; 5:56-63.

147. Дутчак М. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні: передумови, методологічні засади та

основні завдання. В: І установча науково-практична конференція «Здоровий спосіб життя, фізична культура, спорт. Актуальні питання спортивної медицини. Реабілітація: фізична, медична, психологічна». 2014 листоп 28; Київ. Київ; 2014. с. 48-53.

148. Дутчак М. Парадигма оздоровчої рухової активності: теоретичне обґрунтування і практичне застосування. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2015;2:44-52.

149. Дутчак МВ. Спорт для всіх в Україні: теорія та практика. Київ: Олімпійська література; 2009. 279 с.

150. Дутчак МВ. Спорт для всіх у світовому контексті. Київ: Олімпійська література, 2007. 112 с.

151. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения [Интернет]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (документ EUR/RC62/12). [оновлено 2012 лип. 16; цитовано 2019 Бер. 15] Доступно на: : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170209/RC62wd12-Rus.pdf.

152. Ермолаева МВ. Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости. В кн.: Краснова ОВ, Лидерс АГ, редакторы. Психология старости и старения: хрестоматія: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. Москва: Издательский центр «Академия», 2003; С. 164-172.

153. Ермолаева МВ. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии пожилых людей. Москва: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК»; 2007. 96 с.

154. Європейська конвенція з прав людини: проблеми національної імплементації (загальнотеоретичні аспекти) <https://dbms.institute/files/pll/4.pdf>

155. Єрмак НА. Педагогическая поддержка качества жизни людей пожилого возраста средствами художественного творчества [дисертація]. Ростов-на-Дону; 2009. 415 с.

156. Жданов ГГ, Зильбер АП. Реанимация и интенсивная терапия. Москва: Академия; 2007. 400 с.

157. Жданова О, Чеховська Л, Данилевич М, Грибовська І. Оптимізація діяльності фахівців щодо залучення населення до систематичних фізкультурно-оздоровчих занять. Молода спортивна наука України. 2012;2:81-7.

158. Жеребин ВМ, Романов АИ. Уровень жизни населения. Москва: ЮнитиДана; 2002 592 с.

159. Житинська МО. Соціально-педагогічне середовище університету третього віку як чинник формування життєдіяльності людей похилого віку. Соціальна робота в Україні: теорія і практика : науково-методичний журнал. 2016;1-2:131-9.

160. Загальна декларація прав людини на сервері Верховної Ради України https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_015#Text

161. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>

162. Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3721-12#Text>

163. Закон України «Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>

164. Закон України «Про фізичну культуру та спорт» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12>

165. Закопайло СА. Формування мотивації та інтересу в учнів загальноосвітніх шкіл до занять фізичною культурою. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2015;8:140-6.

166. Захарина ЕА. Формирование мотивации к двигательной активности в процессе физического воспитания студентов высших учебных заведений [автореферат]. Киев; 2007. 22 с.

167. Земцова В. Основні тенденції в динаміці стану здоров'я населення України: необхідність нової стратегії. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2006;4:12-4.

168. Зорин ИВ. Рекреационная сущность экологического туризма. Теория и практика физической культуры. 2002;11:9-13.
169. Ильин ЕП. Мотивация и мотивы. СПб: Питер; 2002. 508 с.
170. История тренажеров. [Интернет]. Москва; 2013. [цитовано 2019 Квіт. 16]. Доступно на: <http://www.okbody.ru/content/17-stat-i/391-istoriya-trenazherov.html>
171. Кабачкова АВ, Дмитриева АМ. Возможности оздоровительной физической культуры для женщин пожилого возраста (55-68 лет). Вестник Томского государственного университета. 2015;391:195-201.
172. Калугін І, Хаустова О, Осуховська О. Роль психотерапії в покращанні якості життя і задоволеності медичною допомогою у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю. Психосоматична медицина та загальна практика [Интернет]. 2017 [цитовано 2019 Листоп. 11];2017;2(4): e020493. Доступно на: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/93> DOI: 10.26766/PMGP.V2I4.93
173. Касаркина ЕН. Зависимость социальной адаптации пожилых людей от их потребностей и возможностей занятия физической культурой Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2017;28(2):100-105.
174. Кесаева ЖЭ. Социологический анализ медико-социальной работы с пожилыми людьми [автореферат]. Волгоград; 2008. 24 с.
175. Кириленко О. Социологический анализ спортивной активности населения Украины. – Социология: теория, методы, маркетинг. 2007;3:169-187.
176. Киселева ТГ, Красильников ЮД. Социально-культурная деятельность: учебник. Москва: МГУКИ; 2004. 539 с.
177. Китманов ВА, Китманова АА. Адаптация женщин старшего возраста к физическим нагрузкам в комплексных занятиях оздоровительной направленности. Теория и практика физической культуры. 2007;8:5-7.

178. Кіндрат ПВ, Кіндрат ВК, Семенович СВ. Упровадження національної стратегії з оздоровчої рухової активності нормативні аспекти. Інноватика у вихованні. 2017;5:147-154.

179. Коваль ОГ, Чередніченко ТМ. Обґрунтування занять фізичною культурою в людей похилого віку. Сучасні проблеми фізичного виховання, спорту та здоров'я людини: збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка; 2011. с. 199-202.

180. Ковтун ВД. Парки культури відпочинку у сфері індустрії розваг. Нова соціокультурна реальність в Україні : теорія, методологія, практика: зб. матеріалів Всеукр. наук. конф.; 2008 Квіт. 22-23; Київ. Київ: Державна академія керівних кадрів культури і мистецтв; 2008. с. 63-7.

181. Колбасина МВ. Современные понятия о темпах старения и биологическом возрасте. Вестник физиотерапии и курортологии. 2009;1:77-9.

182. Колесник ЮА. Использование средств физической культуры с целью улучшения психоэмоционального состояния и повышения работоспособности. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2009;5:124-8.

183. Комиссии по социальным детерминантам здоровья [Интернет]. Женева : ВОЗ; 2008. Доступно на: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_rus.pdf.

184. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р., скоригований за даними 2009 р. [Интернет]. Київ: Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України; 2009. [Цитовано 2019 Квіт. 15]. Доступно на: <http://www.idss.org.ua/public.html>

185. Кон И. Социология личности. Рипол Классик, 2014.

186. Кононыгина ТМ. Герагогика: пособие для тех кто занимается образованием пожилых людей. Орел: Агенство печати «Красная строка»; 2006. 148 с.

187. Копієвська ОР. Соціально-культурні аспекти організації діяльності парків в країнах зарубіжжя [автореферат]. Київ; 1999. 19 с.

188. Коркушко ОВ, Шатило ВБ, Писарук АВ, Романенко МС. Біоритми, мелатонін та старіння [Biorhythms, melatonin and aging]. Журнал практичного лікаря. 2004;1:38-43.

189. Коробейніков Г. Біологічні механізми старіння і рухова активність людини [Biological mechanisms of aging and human motor activity]. Фізична активність, здоров'я і спорт. 2010;2:3-13.

190. Коробейніков Г, Адирхаєв С, Медвидчук К. Біологічний вік та рухова активність. Теорія і практика фізичного виховання і спорту. 2007;1:60-3.

191. Костюкевич ВМ, Воронова ВІ, Шинкарук ОА, Борисова ОВ. Основи науково-дослідної роботи магістрантів та аспірантів у вищих навчальних закладах (спеціальність 017 Фізична культура і спорт): навчальний посібник. Вінниця: ТОВ «Нілан. ЛТД, 2016. 554 с.

192. Костюкевич ВМ, Шевчик ЛМ, Сокольвак ОГ. Метрологічний контроль у фізичному вихованні та спорті: навчальний посібник. Вінниця: Планер, 2015. 256 с.

193. Крайг Г. Психология развития. СПб.; 2000. 992 с.

194. Красницкий ВБ, Аронов ДМ, Джанхотов СО. Изучение физической активности у больных ИБС с помощью специализированного Опросника Двигательной Активности «ОДА-23+». Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011;10(8):90-7.

195. Кривчикова ОД, Фандикова ЛО. Фізкультурно-оздоровчі заняття як фактор збереження здоров'я та довголіття людей похилого і старшого віку. Вісник Чернівецького національного педагогічного університету. 2011;2(86):47-50.

196. Крімер БО. Соціальна інтеграція осіб похилого віку в Україні як складова політики «активного старіння». Соціально-трудові відносини: теорія та практика. 2018;2:445-450.

197. Круцевич Т, Андреева О. Теоретичні основи дослідження фізичної рекреації як наукова проблема. Спортивний вісник Придніпров'я. 2013;1:5-13.

198. Круцевич Т, Имас Т. Ценностные ориентации лиц зрелого возраста в проведении досуга. Спортивный вестник Придніпров'я. 2013;2:5-11.

199. Круцевич Т, Пангелов С. Теоретичні і методичні аспекти поняття «фізична рекреація». Спортивний вісник Придніпров'я. 2010;2:18-20.

200. Круцевич ТЮ, Андрєєва ОВ, Благий ОЛ. Потреба людей різного віку у руховій активності як природний фактор залучення населення до рекреаційно-оздоровчої діяльності. Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького держ. пед. ун-ту: науково-теоретичний вісник. 2015;36:430-439.

201. Круцевич ТЮ, Андрєєва ОВ, Благий ОЛ. Рекреативні заняття як чинник формування дозвіллевої культури. Спортивний вісник Придніпров'я. 2008;1:3-8.

202. Круцевич ТЮ, Безверхня ГВ. Рекреація у фізичному вихованні різних груп населення. Київ: Олімпійська література; 2010. 370 с.

203. Круцевич ТЮ, редактор. Теорія і методика фізичного виховання. Київ: Олімпійська література, 2008. Том 1. 391 с.

204. Курило И. Старение населения в Украине в зеркале социально-демографической политики. Демографія та соціальна економіка. 2012;2:23-32.

205. Курило Ю. Здоров'я і тривалість життя похилого населення в Україні: тенденції та деякі їх фактори. Демографія та соціальна економіка. 2013;2(20):102-115.

206. Кусякова РФ, Лопатина АБ. Проба РВС 170 как педагогический метод оценки биологического возраста. Современные проблемы науки и образования. 2016;5:199.

207. Кухта М. Соціальний потенціал людей старшого віку в Україні. [монографія]. Київ: КНУКіМ; 2018. 304 с.

208. Лазуткина Е. Социальная интеграция пожилых. Стратегия России. 2010;4:75-80.

209. Левшунова КВ. Рухова активність як чинник психічного благополуччя дошкільника. Київ; 2015. 233 с.

210. Лесгафт ПФ. Избранные труды. Москва: ФиС; 1987. 358 с

211. Лисицкая ТС, Кувшинникова СИ. Социологический анализ доминирующих мотиваций занимающихся в фитнес-клубах. Теория и практика физической культуры. 2004;2:37-8.

212. Литвак РА, Резанович ИВ. Организация досуговой деятельности пожилых людей в фитнес-клубе. Современные проблемы науки и образования. 2011;6:177-9.

213. Литовченко ГО, Ткаченко СВ, Буланов ОМ та ін. Дослідження факторів, які можуть впливати на тривалість життя людини. Педагогіка, психологія та медико-біологічні аспекти фізичного виховання і спорту. 2007;1:73-6.

214. Лихачев ОЕ, Лавриненко ИМ. Мотивы занятий оздоровительной физической культурой женщин 35-45 лет. Ученые записки: научно-теоретический журнал. 2008; 11(45):56-9.

215. Лях ЮЄ, Вихованець ЮГ, Вихованець ТА, Давидова ВР. Показники біологічного та психологічного віку в діагностиці функціональних станів людини із різними видами харчового статусу. Обладнання та технології харчових виробництв. 2011;27:450-4.

216. Малкина-Пых ИГ. Психосоматика: справочник практического психолога [Psychosomatics: a practical psychologist's guide]. Москва: Эксмо; 2004. 554 с.

217. Мандибура ВО. Рівень життя населення України та проблеми реформування механізмів його регулювання [монографія]. Київ: Парламентське вид-во; 1998. 256 с.

218. Мантула ТІ. Проектна технологія: теорія і практика: метод. посіб. Кіровоград: ПОЛМЕД-Сервіс; 2008. 150 с.

219. Манучарян СВ, Зайцев ВП, Крамской СИ. Физическая рекреация и физкультурно-оздоровительный досуг: проблема и теоретический взгляд. В: Ермаков СС; редактор. Здоровьесберегающие технологии, физическая реабилитация и рекреация в высших учебных заведениях: 1 международная научная конференция; 2008 Ноябрь 25; Белгород; Красноярск; Харьков. Харьков: Харьковская ГАДИ; 2008. с. 69-74.

220. Маркина ЛД. Определение биологического возраста человека методом В.П. Войтенко: учеб. пособие для самостоятельной работы студентов медиков и психологов. Владивосток; 2001. 29 с.

221. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.; 1999. 478 с.

222. Матвейчик ТВ, Антипов ВВ, Антипова СИ. Проблемы в состоянии здоровья населения республики Беларусь: возрастные аспекты смертности. Общество с ограниченной ответственностью «Издательство «Научное обозрение». 2016;1(7):107-115.

223. Медведовська НВ, Дячук ДД. Стан здоров'я дорослого населення України, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті. Здоров'я нації. 2012;1(21):30-8.

224. Медков ВМ. Введение в демографию: учебное пособие для системы повышения квалиф. МГУ, социол. комитет. Москва: Фонд «Мир»; 2006. 429 с.

225. Мещеряков БГ, Зинченко ВП, редакторы. Современный психологический словарь. Москва: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК; 2007. 490 с.

226. Мильнер ЕГ. Формула жизни: Медико-биологические основы оздоровительной физической культуры. Москва: Физ. культура и спорт; 1991. 112 с.

227. Минигалиева МР. Личностные типы и социальные контакты людей позднего возраста. Психология зрелости и старения. 2000;2(10):75-88.

228. Митина ЛМ. Психология развития конкурентоспособной личности. Москва: МПСИ; Воронеж: МОДЕК; 2007. 400 с.

229. Михальчук ТД, Боднар ІР. Вплив занять ходьбою на адаптацію, працездатність, соматичне здоров'я і фізичну підготовленість жінок похилого віку. Науковий часопис Нац. пед. ун-ту імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. Київ, 2019;10(118):101-5.

230. Могендович МР. Современное состояние учения о моторновисцеральной регуляции (по данным зарубежной литературы): обзор работ М.Р. Могендовича и его учеников. Спортивна медицина. 2008;10:48-54.

231. Мосейчук ЮЮ. Формування мотиваційних потреб студентської молоді до фізкультурної діяльності. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (Фізична культура і спорт). 2011:400-3.

232. Москаленко Н. Тенденції та закономірності становлення фізичної рекреації на різних історичних етапах. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки. 2013;11:7-11.

233. Надутий КО, Лехан ВМ, Найда ІВ. Обґрунтування концепції безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. Український медичний часопис. 2019;1(2):1-3. DOI.org/10.32471/umj.1680-3051.129.138238

234. Наказ Міністерства соціальної політики України від 25 серпня 2011 року № 326 Про впровадження соціальнопедагогічної послуги «Університет третього віку» [Інтернет]. Київ: ВРУ; 2011. [Цитовано 2019 Лип. 3]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0326739-11#Text>

235. Населення України. Демографічний вимір якості життя: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2019. 396 с.

236. Національна Доктрина розвитку фізичної культури і спорту. Київ: Держ. комітет України з питань фіз. культури і спорту; 2004. 16 с.

237. Національна політика в галузі старіння населення. В: Матеріали Міжнародного навчально-практичного семінару [Інтернет]. [цитовано 2019 Лют 12]. Доступно на: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130920_a.html

238. Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#Text>

239. Неваева ДА. Особенности социальной эксклюзии лиц пожилого возраста (по материалам социологического опроса). Вестник Кемеровского государственного университета. 2014;2(58):141-7.

240. Нестерова ГФ, Лебедева СС, Васильев СВ. Социальная работа с пожилыми и инвалидами: учебник для студ. сред. проф. образования. Москва: Академия; 2009. 288 с.

241. Осьмак ЕД. Влияние интервальных нормобарических гипоксических тренировок на состояние церебральной

гемодинамики и умственной работоспособности у пожилых людей с физиологическим и ускоренным старением дыхательной системы. Проблемы старения и долголетия. 2012;21(4):515-525.

242. Павлова Ю, Вовканич Л, Виноградський Б. Рухова активність людей похилого віку. Фізична активність, здоров'я і спорт. 2010;1:62-74.

243. Павлова Ю. Оздоровчо-рекреаційні технології та якість життя людини: монографія. Львів: ЛДУФК; 2016. 356 с.

244. Павлова ЮО. Теоретико-методичні засади забезпечення якості життя різних груп населення з використанням оздоровчо-рекреаційних технологій [дисертація]. Львів; 2016. 522 с.

245. Пангелов СБ. Організаційно-методичні передумови виникнення і розвитку фізичної рекреації як форми активного дозвілля людини [автореферат]. Дніпропетровськ; 2012. 22 с.

246. Пангелова НЕ, Пангелов БД. Организация досуговой деятельности с людьми пожилого возраста (изучение зарубежного опыта). Курорты. Сервис. Туризм. 2017;1-2(34-35):63-6.

247. Пангелова НС, Пангелов БП. Сучасні тенденції у розвитку рекреаційної діяльності населення України. Молодий вчений. 2019;4.1(68.1):161-4.

248. Пасічник Л, Дутчак М. Особливості залучення різних груп населення до активного відпочинку в умовах міського парку. Спортивна наука України. 2015;(69):21-6.

249. Паффенбаргер РС, Ольсен Э. Здоровый образ жизни. Киев: Олимпийская література; 1999. 320 с.

250. Пацалюк К, Андреева О. Оцінка ефективності впровадження рекреаційної діяльності у фізкультурно-оздоровчих клубах. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2011;1:51-6.

251. Писарев АВ. Пожилые люди в социальной структуре современной России. Москва: Изограф; 2001. 30 с.

252. Піменова О. Старіння людини в сучасних умовах: особливості та перспективи для активного довголіття. Соціологічні студії, 2019: 2 (15). 30–4. DOI: <https://doi.org/10.29038/2306-3971-2019-02-30-34>

253. Платонов ВН, редактор. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практическое приложение: учеб. тренера высш. квалиф. Киев: Олимпийская література; 2015. Кн. 1. 680 с.

254. Платонов ВН. Сохранение и укрепление здоровья людей – приоритетное направление современного здравоохранения. Спортивна медицина. 2006;2:3-14.

255. Плюхина ГА, Тихонова ТВ. Педагогические условия успешной социализации различных возрастных групп. В: Сборники конференций НИЦ Социосфера; 2013 Nov 11. Vedecko vydavatelske centrum Sociosfera-CZ sro; 2013. p. 6-10

256. Подколзин АА, Крутько ВН, Донцов ВИ. Количественная оценка показателей смертности, старения, продолжительности жизни и биологического возраста. Профилактика старения. 1999, Вып. 2. Режим доступа : <http://medi.ru/doc/70.htm>

257. Подопригора СЯ, Подопригора АС, автор-составитель. Философский словарь. Ростов-на-Дону: Феникс; 2013. 562 с.

258. Подорожний ВГ. Старість як психологічний феномен. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Серія: Психологічні науки. 2017;2:157-163.

259. Поліщук МЄ, Красовський КС, Андрєєва ТІ. Зменшення смертності серед населення України у 2008 – 2012 рр. Журн. НАМН України. 2013;19(1):90-4.

260. Поліщук ЮІ. Старіння особистості. Соціальний захист і клінічна психіатрія. 1994;4(3):108-115.

261. Польшина ТМ, Чуйкова ТС. Анализ показателя жизненной удовлетворенности у людей пенсионного возраста. Вестник Башкирск. ун-та. 2012;3:1413-5. [Интернет]. [цитовано 2020 Лип. 13]. Доступно на: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-pokazatelya-zhiznennoy-udovltvorennosti-u-lyudey-pensionnogo-vozrasta>

262. Полякова ОН. Стресс: причины, последствия, преодоление. СПб.: Речь; 2008. 144 с.

263. Попик ЮВ. Освіта людей третього віку як засіб соціальної адаптації та інтеграції. Педагогічний альманах. 2016;32:229-234.

264. Постанову Верховної Ради України «Про забезпечення сталого розвитку сфери фізичної культури і спорту в Україні в умовах децентралізації влади» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1695-19#Text>

265. Постанову Верховної Ради України «Про затвердження Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2024 року» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/115-2017-%D0%BF#Text>

266. Практическая демография [Текст] : учеб. пособие для вузов / под ред. Л. Л. Рыбаковского. М. : ЦСП, 2005. 280 с

267. Преображенский ВС, редактор. Теоретические основы рекреационной географии. Москва: Наука; 1975. 222 с.

268. Принципы ООН в отношении пожилых людей. Приняты резолюцией 46/91 Генеральной Ассамблеи от 16.12.1991 [Интернет]. [цитовано 2019 Лип. 14]. Доступно на: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/oldprinc.shtml

269. Приступа Є, Жепка А, Лара В. Концепції вільного часу людини як важливої категорії рекреації. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2007;1:106-112.

270. Приступа ЄН, Жданова ОМ, Линець ММ та ін., редактори. Фізична рекреація: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту. Львів: ЛДУФК; 2010. 447 с.

271. Присяжнюк С, Третьяков М. Динаміка показників біологічного віку та патологічного індексу студентів НАУ. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2007:229-232.

272. Присяжнюк СІ. Проблеми фізичного виховання жінок – студентів: фізична підготовленість, взаємозв'язок біологічного та календарного віку. Теорія і практика фізичного виховання. 2010:60-65.

273. Приходько СІ. Порівняльний аналіз біологічного віку юнаків і дівчат студентського віку. Педагогіка психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2012;6:104-6.

274. Про затвердження Державної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2007-2011 роки : Постанова КМУ від 15 листопада 2006 р. N 1594. [Інтернет]. Київ:ВРУ; 2006. [Цитовано 2019 Квіт. 12]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1594-2006-%D0%BF#Text>

275. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2012–2016 роки: Розпорядження КМУ №828-р від 31.08.11 року. [Інтернет]. Київ:ВРУ; 2006. [Цитовано 2019 Квіт. 12]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/828-2011-%D1%80#Text>

276. Прокопенко Н, Безруков В. Комплексная оценка влияния социальных и экологических факторов на состояние здоровья человека. Проблемы старения и долголетия. 2008;17(1):66-74.

277. Прядко ЛА. Формирование у будущих социальных работников готовности к использованию средств физической культуры в работе с пожилыми людьми [автореферат]. Омск; 2013. 23 с.

278. Региональная стратегия осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения, 2002 год [Інтернет]. [Цитовано 2019 Трав. 2]. Доступно на: http://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/ece/2002/ECE_AC_23_2002_2_Rev6

279. Ріпак М, Боднар І. Особливості рухової активності дорослих жінок у вільний час. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): наук. часопис національного пед. у-ту ім. М.П. Драгоманова. Київ, 2019. Вип. 5К(113):280-5.

280. Ріпак М, Боднар І. Структура і зміст вільного часу дорослих жінок. Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. Київ. 2017;7(89):28–32.

281. Робак ВС. Проблематика старіння в інтердисциплінарному контексті: понятійно-термінологічний апарат дослідження. Педагогічні науки. 2011:90-8.

282. Ровний АС, Ільїн ВМ, Лізагуб ВС, Ровна ОО. Фізіологія спортивної діяльності. Харків: ХНАДУ; 2015. 556 с.
283. Россет Э. Процесс старения населения: демографическое исследование / пер. с польского Н.Н. Малютиной и Э.Н. Фарберовой; под ред. А.Г. Волкова. М.: Статистика, 1968. 509 с.
284. Рубинштейн СЛ. Основы общей психологии. Москва: Педагогика; 1989. Том 2. 328 с.
285. Руссо ЖЖ. Эмиль, или О воспитании. Москва: ФиС; 1987. 301 с.
286. Рынгач НА. Осень жизни: Возможности снижения смертности в пожилом возрасте. Россия: тенденции и перспективы развития. 2012;7(1):672-8.
287. Савченков МФ, Соседова ЛМ. Здоровый образ жизни как фактор активного долголетия. Сибирский медицинский журнал 2011;103(4):138-143.
288. Сагун ІГ. Поняття «активного старіння» в контексті проблеми освіти людей похилого віку в Європейській спільноті. Вісник Хмельницького національного університету. 2010:45-9.
289. Семенюк Я. Процес старіння можна зупинити за допомогою оздоровчої ходьби. Ваше здоров'я. 2006;19:15.
290. Сигида ЕА. Проблемы геронтологии: социально-медицинский аспект. В: Павленко ПД, Шабалина ВН, редакторы. Проблемы геронтологии в современной России: матлы науч.-практ. конф.; Москва. Москва: ГАСБУ, РНИИ геронтологии; 1999. с. 37-42.
291. Сидоренко А. Европа ищет ответы на вызовы старения [Интернет]. Москва: Демоскоп Weekly; 2013; 541-542. [Цитовано 2019 Трав. 2]. Доступно на: <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0541/tema01.php>
292. Сидоренко АВ, Михайлова ОН. Осуществление Мадридского Международного плана действий по проблемам старения в странах СНГ: Первые 10 лет. Успехи геронтологи:2013;26.4:585-593.
293. Скорик ТВ, Шевченко ІС. Університет третього віку як модель соціальної інтеграції осіб похилого віку в сучасне суспільство. Вісник Львівського університету. Серія: соціологічна. 2014;8:60-68.

294. Скорик ТВ. «Університет третього віку»: концептуальні положення та досвід реалізації. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. 2012;104(2):94-8.

295. Смелзер Н, Райгородский ДЯ, редактор-составитель. Возраст и неравенство: учебное пособие по психологии старости. Для факультетов: психологических, медицинских и социальной работы. Самара: Издательский дом БАХРАХ-М; 2004. с. 57-90.

296. Смирнов СИ. Анализ оценок качества услуг посетителями фитнес-центров. Ученые записки университета им. П. Ф Лесгафта. 2011;82.12:23-7.

297. Смирнова ТВ. Пожилые люди: стереотипный образ и социальная дистанция. Социологические исследования. 2008;8:49-55.

298. Сови А. Общая теория населения. Окунева ФР, переводчик. Москва: Прогресс; 1977. Том 2. 520 с.

299. Соколов ВН. Адаптивные тренажерные системы: проектирование и оценка. СПб: Изд-во Политехн. ун-та; 2011. 160 с.

300. Степанов ОМ, автор-упорядник. Психологічна енциклопедія. Київ: Академвидав; 2006. 424 с.

301. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ [Интернет]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (документ EUR/RC61/Inf. Doc./6). [Цитовано 2019 Лип. 19]. Доступно на: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf.

302. Стратегія Національного плану дій з питань старіння до 2022 [Интернет]. Київ: МСПУ; 2017.[Цитовано 2019 Жовт. 3]. Доступно на: <https://www.msp.gov.ua/projects/222/>

303. Стрельникова ИВ. Социально-психологические аспекты активной старости. Психологическое знание в контексте современности: теория и практика: сборник статей по материалам II Всероссийской научно-практической конференции 17 февраля 2012 года / под общ. ред. Л.М. Попова,

Н.М. Швецова. Йошкар-Ола: МОСИ. ООО «СТРИНГ», 2012. 342-5.

304. Суровцева Ю. Заходи державного регулювання щодо активного довголіття і здорового. Менеджер. 2018;3:55-61.

305. Сухова ЛС. Организация досуга и свободного времени пожилых людей. Москва: МГУКИ; 2008. С. 107-121.

306. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Интернет]. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008. [Цитовано 2019 Вер. 12]. Доступно на: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf.

307. Тарнавский ЮБ. Чтобы осень была золотой. Москва; 1988. 110 с.

308. Твигг Д, Уэйн Мерри И. Настоящий кризис в Украине – демографический [Интернет]. The National Interest, США; 2014. [Цитовано 2019 Лист. 12]. Доступно на: http://economics.lb.ua/state/2014/12/22/290148_

309. Тівелік МВ, Гакман АВ, Медвідь АМ. Теоретико-методологічні засади різновидів фітнесу для осіб похилого віку. II Міжнародний науково-спортивний конгрес студентів та молодих вчених «Актуальні питання фізичної культури, спорту та ерготерапії» 24-25 квітня 2020 року, м. Чернівці, Україна. 187-191. DOI:<https://doi.org/10.32843/2663-6085/2020/22-4.38>

310. Ткаченко АА, редактор. Демографическая энциклопедия. Москва: Энциклопедия; 2013. 944 с.

311. Томенко О, Горюк П, Слобожанінов А. Особливості рекреаційно-оздоровчої діяльності у структурі дозвілля осіб похилого віку. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2020;17:80-4. DOI:10.32626/2309-8082.2020-17.80-84.

312. Томенко ОА, Мазний ДО. Становлення й розвиток фізичного виховання у сфері освіти США. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2015;7:443-51.

313. Томенко ОА. Міжнародний досвід організації проектів та програм зі здоров'язбереження і рухової активності різних груп населення. Спортивна наука України. 2014;(3):12-7.

314. Томенко ОА. Обґрунтування програми оздоровчо-рекреаційної діяльності у похилому віці. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2020;37:21-9.

315. Томпсон ДЛ, Пристли В. Социология. Львов; 1998. 489 с.

316. Тополь ОВ. Теоретичний аналіз дослідження старості: соціологічний підхід [Интернет]. [Цитовано 2019 Жовт. 7]. Доступно на: http://www.zgia.zp.ua/gazeta/VISNIK_34_15.pdf

317. Трачук СВ. Стан здоров'я населення України і перспективи його збереження. Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports. 1999;4:269.

318. Тукумцев БГ. Развитие общественных начал в социальной поддержке пожилых. В: Медицинские и социальные вопросы в геронтологии: сборник статей и тезисов докладов 2 Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». Самара; 1997. Ч. 1. с. 271-3.

319. Туманян ГС. Здоровый образ жизни и физическое совершенствование. Москва: Академия; 2009. 336 с.

320. Тюкин ОА, Лукьянова ИЕ. Институт социальной работы как гарант повышения качества жизни людей пожилого возраста. Московский гуманитарный университет, г. Москва. Актуальные вопросы современной науки. Актуальные вопросы социологии. 2011;37-50.

321. Тюкин ОА, Лукьянова ИЕ. Институт социальной работы как гарант повышения качества жизни людей пожилого возраста. Актуальные вопросы современной науки. 2014;37:37-50.

322. Україна: через десять років після Мадриду (стан реалізації Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння в Україні у 2007–2011 рр.). Київ; 2012. 130 с.

323. Фединяк НВ. Антиейджингова програма для чоловіків та жінок 50-60 років. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2014;2:125-130.

324. Федоренко СО. Формування мотивації до спеціального організованої рухової активності старшокласників [автореферат]. Дніпропетровськ; 2012. 20 с.

325. Федоренко СА. Університети «третього віку» як складова безперервної освіти; зарубіжний досвід. Педагогічний процес: теорія і практика. 2014;1:133-8.

326. Федорюк ОВ. Рекреаційна активність як важливий засіб збереження соматичного здоров'я людей 55–65 років. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2013;3:171-5.

327. Феофанов КА, Виктор К. Старость в современном обществе: руководство по социальной геронтологии. В: Социальная геронтология: современные исследования. Москва; 1994. 25-93

328. Філонич ОМ. Формування регіонального ринку рекреаційних послуг в Україні [автореферат]. Полтава; 2011. 20 с.

329. Філософський енциклопедичний словник. НАН України, Ін-т філософії імені Г. С. Сковороди ; редкол. : В.І. Шинкарук (голова) та ін. Київ : Абрис, 2002. 742 с.

330. Фойгт НА. Державне управління охороною суспільного здоров'я в умовах демографічного старіння в Україні. Київ: ТОВ «ДКС Центр»; 2011. 32 с.

331. Фоменко НВ. Рекреаційні ресурси та курортологія: навч. посібник. Київ: ЦНЛ; 2007. 312 с.

332. Фройд З. Искусство на психоанализа. Евразия, 1994. 224.

333. Фролькис ВВ. Долголетие: действительное и возможное. Харків: Наукова думка; 1989. 247 с.

334. Фролькис ВВ. Старение и увеличение продолжительности жизни. Львов: Наука; 1988. 239 с.

335. Футорный СМ. Двигательная активность и ее влияние на здоровье и продолжительность жизни человека. Физическое воспитание студентов. 2011;4:79-83.

336. Хаустова ЕА. Психическое здоровье у людей пожилого возраста. Мистецтво лікування. 2012;1:77.

337. Хаустова ОО. Метаболічний синдромах (психосоматичний аспект). Київ Мед книга; 2009. 125 с.

338. Холл У. Дж. Новое в геронтологии : обзор. Международный журнал ме- дицинской практики. 2000;5:37-44.

339. Холостова ЕИ. Социальная работа с пожилыми людьми: учебное пособие. Москва: «Дашков и Ко»; 2009. 296 с.
340. Хоркина НА, Филиппова АВ. Физическая активность пожилых людей как объект управляющего воздействия государства. Вопросы государственного и муниципального управления. 2015;2:197-222.
341. Цицерон Марк Туллий. О старости. О дружбе. Об обязанностях. [Интернет]. [Цитовано 2019 Січ.4]. Доступно на: <http://ancientrome.ru/antlittr/t.htm?a=1423060633#0111>
342. Чабан ОС, Хаустова ЕА. Психосоматическая коморбидность и качество жизни у пациентов пожилого возраста. Таврический журнал психиатрии. 2015;19(3):13-21.
343. Чеботарев ДФ. Слово о старости. Москва; 1992. 63 с.
344. Чернышкова ЕВ, Андриянова ЕА, Репин ВФ, Chernyshkov DV. Источники поддержания здоровья в интерпретациях представителей пожилого возраста. Саратовский научно-медицинский журнал. 2015;11(1):058-061.
345. Чернышкова ЕВ. Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей. Фундаментальные исследования 2012;3:358-361.
346. Чеховська ЛЯ. Основи рекреаційно-оздоровчої діяльності. Львів: ЦПД; 2006. 84 с.
347. Шахбазов ВГ, Колупаева ТВ. Влияние двигательной активности на показатель биологического возраста человека. Первый Российский съезд геронтологов и гериатров: Сб. тезисов и статей. Самара; 1999. с. 510.
348. Шевченко АМ, Яворовський ОП. Визначення біологічного віку. В: Фізіологічні, психофізіологічні та ергономічні дослідження з гігієни праці. Вінниця; 2004. с. 47-52.
349. Шевчук Р. М. Методологія наукового пізнання : від явища до сутності. Філософські та методологічні проблеми права. 2016. №1. С. 31–45.
350. Шилова ЛС. Проблемы социальной адаптации пожилых и престарелых в условиях кризисного состояния общества. В: Формирование гражданского общества в современной России (социологические исследования 1994– 1995 гг.). Москва; 1996.

351. Шмелева НБ. «Третий» возраст и его проблемы. Технологические аспекты социальной работы с пожилыми людьми. Социальная работа. 1995;2:64-6.

352. Щанина ЕВ. Здоровье как фактор социального самочувствия пожилых людей. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2014;3(31):130-141.

353. Эриксон ЕХ. Восемь возрастов человека. Детство и Общество. Алексеева АА, переводчик. СПб.: Речь; 2002. с. 235-252.

354. Юнг КГ. Психоанализа и грижа за душата. Психология на западната религија, Лега Артис, 2015.

355. Юсупов ИР, Мухамедьянова РР, Мухлисламова ДС. Методика проведения занятий физической культуры в медицинском университете. Научно-технический прогресс как фактор развития современной цивилизации. 2017:131.

356. Ярошенко ЮТ. Механізми зниження максимальної фізичної працездатності при старінні людини та шляхи її підвищення [автореферат]. Київ; 2005. 37 с.

357. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 885-889.

358. Active Aging. A Police [Internet]. [updated 2019; cited 2019 May 27]. Available from: <http://www.alter-migration.ch/data/5/WHOactiveageing.pdf/2010/11>

359. AGE Manifesto 2019 [Internet]. [updated 2018; cited 2019 October 5]. Available from: <https://towardsanagefriendlyep.com/age-manifesto/>

360. Ageing and Life Course. [Internet]. [updated 2019; cited 2019 October 13]. Available from: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/

361. Anderson L, Schnohr P, Schroll M, Hein H. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. Arch Intern Med 160 (2000): 1621-8.

362. Andreeva O, Hakman A, Balatska L. Factors which determine the involvement of elderly people to health and recreational physical activity. In: Trends and perspectives in physical culture and sports. The VI th Edition international scientific conference; 2016 May 26-27; Suchava; 2016. p. 41-47.

363. Andrieieva O, Hakman A, Balatska L, Moseychuk Y, Vaskan I, Kljus O. Peculiarities of physical activity regimen of 11-14-year-old children during curricular and extracurricular hours. *Journal of Physical Education and Sport*. 2017;17(4):2422-7. DOI:10.7752/jpes.2017.04269.

364. Andrieieva O, Hakman A, Kashuba V, Vasylenko M, Patsaliuk K, Koshura A, et al. Effects of physical activity on aging processes in elderly persons. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;4:1308-1314. DOI:10.7752/jpes.2019.s4190

365. Andrieieva O, Hakman A. Health status and morbidity of children 11-14 years of age during school. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018;2:1231-6. DOI:10.7752/jpes.2018.s2183.

366. Andrieieva O, Hakman A. Main directions of optimization of recreation and health activities of the elderly. *Scientific Journal of National Pedagogical Dragomanov University. Series 15: Scientific and Pedagogical Problems of Physical Culture (physical Culture and Sports)*. 2020;1(121):7-10. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2019.1\(121\)20.01](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2019.1(121)20.01).

367. Balatska L, Liasota T, Nakonechnyi I, Hakman A, Bezverkhnia H, Kljus O, et al, editors. Peculiarities of motor activity of the elderly. *Motor activity of different social groups: Collective monograph*. Riga, Latvia: "Baltija Publishing"; 2020:71-87.

368. Baltes P, Baltes M. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. 1993.

369. Barbosa BT, Santos RL, Chaves AB, Brindeiro-Neto W, Pereira T, Silva AI, et al. Self-related quality of life of elderly submitted to a 12-week aquatic training program. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2019;14(2):281-91. Doi:10.14198/jhse.2019.142.03

370. Bauman Adrian et al. *Getting australia active. Towards better practice for the promotion of physical activity*. Melbourne, Australia: National Public Health Partnership (2002).

371. Bazin F, Noize P, Dartigues JF, Ritchie KA, Tavernier B, Moore N, et al. Engagement in leisure activities and benzodiazepine use in a French community-dwelling elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(7):716-721. doi: 10.1002/gps.2773

372. Be Active, Your Way, Every Day for Life! Canada's physical activity guide for older adults. [Internet]. [updated 2019; cited 2019 May 14]. Available from: [http:// www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/pdf/guide-older-eng.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/pdf/guide-older-eng.pdf).

373. Berger R. Aging in America: Ageism and General Attitudes toward Growing Old and the Elderly. *Open Journal of Social Sciences*. [Internet]. [updated 2017; cited 2019 October 10]. Available from: <http://www.scirp.org/journal/jss>

374. Bezverkhnia H, Fedirchuk T, Tsybulska V, Maievskiy M, Osadchenko T, Ilchenko S, et al. Formation of motivation for professional and applied physical training in future elementary teachers. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;2:299-304. DOI:10.7752/jpes.2019.s2045

<http://efsupit.ro/images/stories/februarie2019/Art45.pdf>

375. Blair SN, Kohl HW, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbon LW, Macera CA. Changes in physical fitness and allcause mortality: A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 1995;273:1093-8.

376. Bogutska A. Organization principles of the university of the third age in the UK. *Social Work and Education*. 2017;4(1):103-111.

377. Boulton ER, Horne M, Todd C. Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Health Expect*. 2018;21(1):239-48. <https://doi.org/10.1111/hex.12608>

378. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2003;56(4):269-306.

379. Buettner IL, Fitzsimmons S. AD-venture program: therapeutic biking for the treatment of depression in long-term care residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2002;17(2):121-7.

380. Butler RN, Gleason HP. *Productive Aging: Enhancing Vitality in Later Life*. NY: Springer; 1985. 148 p.

381. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. 2010:165-6.

382. Canadian Physical Activity Guidelines. [Internet]. [updated 2019; cited 2019 July 5]. Available from: http://csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_0-65plus_en.pdf

383. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, editors. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. 34 p.

384. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical Activity and Health in Europe: Evidence for Action. Copenhagen: World Health Organization; 2006. 46 p.

385. Choi Ch, Bum ChH. Physical leisure activity and work for quality of life in the elderly. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;2:1230-5. DOI:10.7752/jpes.2019.02178

386. Christopher A, Souza D, Linda FS. Regular Aerobic Exercise Prevents and Restores Age-Related Declines in Endothelium-Dependent Vasodilation in Healthy Men. *Journal of the American Heart Association*. 2000;19:1350-7.

387. Coppola S., Vastola R. Motion analysis in the elderly: Evaluation of an APA program on the gait of elderly using an inertial motion capture system. *Journal of Human Sport and Exercise*, 15(3proc):664-11. doi:<https://doi.org/10.14198/jhse.2020.15.Proc3.19>

388. Cousins Sandra O'Brien. Grounding theory in self-referent thinking: Conceptualizing motivation for older adult physical activity. *Psychology of Sport and Exercise* 4.2 (2003): 81-100.

389. Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. 2010:1-2.

390. Department of Health . At Least Five a Week: Evidence on the Impact of Physical Activity and Its Relation to Health. London: Department of Health; 2004.

391. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;14(6):6-20.

392. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49:12.

393. DiPietro Loretta. Physical activity in aging: changes in patterns and their relationship to health and function. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56.suppl_2 (2001): 13-22.

394. Eurobarometr № 378. Active ageing . [Internet]. [updated 2020; cited 2020 Jan 11]. Available from: ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf

395. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*. 1995;41.10:1439-1446.

396. Federici A, Palanca R. Home-fitness: physical exercise and elderly's quality of life. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019(5):1852-5.

397. Ferraro K, Shippee T. Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*. 2009;49(3):333-343.

398. Fortin M, et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *The Annals of Family Medicine*. 2005;3.3:223-8.

399. Frank BH, Walter CW, Stampfer MD. Adiposity as Compared with Physical Activity in Predicting Mortality among Women. *The new england journal of medicine*. 2004;33:2694-2703.

400. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*. 2004;24(5): 675-691.

401. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 2004;24(5):675-691.

402. George RB, Light RW, Matthay MA, eds. Clinical pulmonary function testing, exercise testing and disability evaluation. In: *Chest medicine. Essentials of pulmonary and critical care medicine*. 2-nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1990. p. 100-124.

403. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010. 57 p.

404. Going S, Lohman T, Houtkooper L [et al]. Effects of exercise on bone mineral density in calcium-replete postmenopausal women with and without hormone replacement therapy. *Osteoporos. Int*. 2003. V. 4. 637-643.

405. Gomes De Souza Vale R, Ribeiro Nogueira Da Gama D, Boechat De Oliveira F, Sá De Mendonça Almeida D, Brandão Pinto De Castro Ju, Ismael Alarcon Meza E, et al. Effects of resistance training and chess playing on the quality of life and cognitive performance of elderly women: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018; 18(3):1469-1477.

406. Guyatt GH, David HF, Donald LP. Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine*. 1993;118.8: 622-629.

407. Hakman A, Andrieieva O, Bezverkhnia H, Moskalenko N, Tsybulska V, Osadchenko T, et al. Dynamics of the physical fitness and circumference sizes of body parts as a motivation for self-improvement and self-control in students. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;1:116-122. DOI:10.7752/jpes.2020.01015.

408. Hakman A, Andrieieva O, Kashuba V, Nakonechnyi I, Cherednichenko S, Khrypko I, et al. Characteristics of biogeometric profile of posture and quality of life of students during the process of physical education. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020;20(1):79-85. DOI:10.7752/jpes.2020.01010.

409. Hakman A, Andrieieva O, Kashuba V, Omelchenko T, Carp I, Danylchenko V, et al. Technology of planning and management of leisure activities for working elderly people with a low level of physical activity. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;6:2159-2166. DOI:10.7752/jpes.2019.s6324.

410. Hakman A, Medved A, Moseychuk Y, Muzhychok V. Analysis of features of motivational priorities to recreation and recreational activities of different groups of people. *Physical Education, Sports and Healths in Modern Society : Collected Research Papers of Lesya Ukrainka Eastern European National University*. 2017;2(38):85-90.

411. Hakman A, Medvid A, Muzhychok V, Yerakova L. The role of athletic and recreational activities for the elderly in the context of leisure. *The Fourth International Conference of the Universitaria Consortium*. 2018 Nov 23-24; Iasi, Romania; 2018. P. 41-42

412. Hakman A. Role of recreational-health activity for elderly people. In: International Conference on the 70th Anniversary of sports Medicine in the Republic of Moldova; 2017 Oct 12-14; Chisinau. Chisinau, 2017. p. 19-20.

413. Hakman Anna. Peculiarities of motor activity of the elderly. Motor activity of different social groups: [Collective monograph]. Edited by L. Balatska, T. Liasota, I. Nakonechnyi, A. Hakman, H. Bezverkhnia, O. Kljus, T. Osadchenko, A. Semenov. Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2020. 71-87.

414. Hakman A. Structure of the incidence of older people in a demographic context. Slobozhanskyi herald of science and sport. 2019;7(5 (73)):35-7.

415. Hall Mary-Frances E., Frank C. Church. Exercise for older adults improves the quality of life in Parkinson's disease and potentially enhances the immune response to COVID-19. Brain Sciences 10.9 (2020): 612.

416. Hankookilbo. Moody's Korea is becoming super-aged society in 2030. [Internet]. [updated 2014; cited 2019 June 23]. Available from: <http://m.hankookilbo.com/news/read/201408071556385098>

417. Harahousou Y, Kabitsis C. European models of leisure policies and physical activity programs for elderly people. World Leisure Journal. 2002;44(1):3-10.

418. Hayslip Bert et al. The development of new scales for assessing health belief model constructs in adulthood. Journal of Aging and Physical Activity 4.4 (1996): 307-323.

419. Hinterlong JE. Race disparities in health among older adults: examining the role of productive engagement. Health and Social Work. 2006;31(4):275-288.

420. Howley ET, Franks BD. Health fitness instructor's handbook. IL: Human Kinetics. 2003. 584 p.

421. Jafari A, Aminisani N, Shamshirgaran SM, Rastgoo L, Gilani N. Predictors of mobility limitation in older adults: A structural equation modeling analysis. Baltic Journal of Health and Physical Activity. 2020;12(1):20-31. DOI: 10.29359/BJHPA.12.1.03.

422. Jennifer RF, Robert HB, Marcie AL. Anti-aging science: The emergence, maintenance, and enhancement of a discipline. *Journal of aging studies*. 2008;11:355-363.

423. Jonathan M, Prakash M, Froelicher V, et al. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *The New England Journal Of Medicine*. 2002;346(11):793-801.

424. Kampf A, Lynn AB. Anti-Aging Biomedicine: Critical Studies on the Pursuit of Maintaining, Revitalizing and Enhancing Aging Bodies. *Medicine Studies*. 2008;12:187-195.

425. Kashuba V, Andrieieva O, Goncharova N, Kyrychenko V, Karp I, Lopatskyi S, et al. Physical activity for prevention and correction of postural abnormalities in young women. *Journal of Physical Education and Sport*. 2019;2:500-506. DOI:10.7752/jpes.2019.s2073.

426. Kashuba V, Futorny S, Andrieieva O, Goncharova N, Carp I, Bondar O, et al. Optimization of the processes of adaptation to the conditions of study at school as a component of health forming activities of primary school-age children. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018;4:2515-2521. DOI:10.7752/jpes.2018.04377.

427. Kohl HW, Murray TD. *Foundation of Physical Activity and Public Health*. Champaign: Human Kinetics; 2012. 281 p.

428. Kováčiková Zuzana. Tests revealing age-related changes in the functional performance of physically active older adults. *Journal of Physical Education and Sport* 20.3 (2020): 1522-6.

429. Kozina Z, Iermakov S, Bartík P, Yermakova T, Michal, J. Influence of self – regulation psychological and physical means on aged people’s functional state. *Journal of Human Sport and Exercise*, 2018;13(1):99-115. DOI:10.14198/jhse.2018.131.10.

430. Larasati Adinda Nadira, Elman Boy. The Impact of Physical Activity in Elderly. *Magna Medica: Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan* 6.2 (2020): 113-8.

431. Leonenko A, Tomenko O, Bondarenko Y, Brizhatyi O, Loza T. Effect of recreation-oriented tourism program on physical health of middle school-aged children. *Journal of Physical Education and Sport*; 2019 (Supplement issue 1): 121-4

432. Levy B, et al. Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2020;83(2).

433. Lim JH, Han SS, Choe SY. A Study on the factors affecting life quality of tenants living in permanent rental apartments. *GRI*, 2011;13(2):251-272.

434. Lotonenko AV, Trunyn VV, KozlovAV, Hostev HR. Physical recreation for human health and athletic recovery. *Physical Culture and Health*. 2005;2(4):7-10.

435. Marinović Glavić, Mihaela, Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi. *Medica Jadertina* 50.4 (2020): 285-6.

436. Martínez-Vidal A, Prada Martínez A, Del Pino Díaz Pereira M, María Martínez-Patiño J. Effect of a combined program of physical activity and intellectual activity in the cognitive functioning of the elderly. *Journal of Human Sport & Exercise*. 2011;6(2):462-473.

437. Mason Andrew and others. Support ratios and demographic dividends: Estimates for the world. United Nations Population Division Technical Paper. 2017. No. 2017/1.

438. Matsudo Sandra Mahecha et al. Evaluation of a physical activity promotion program: The example of Agita São Paulo. *Evaluation and Program Planning* 29.3 (2006): 301-311.

439. McAuley E, Konopack JF, Morris KS, et al. Physical activity and functional limitations in older women: influence of self-efficacy. *J Gerontol B*. 2006;61(5):270-7.

440. McDaid D, Park A, Matosevic T, et al. Systematic mapping of mechanisms used to fund and pay for mental health services in high income countries. 2014.

441. Ministry of Health and Welfare. Elderly Living Status. Retrieved from [Internet]. [updated 2010; cited 2019 Sept 8]. Available from: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjbsjH_qrgA

442. Monteiro AM, Silva P, Forte P, Carvalho J. The effects of daily physical activity on functional fitness, isokinetic strength and body composition in elderly community-dwelling women. *Journal of*

Human Sport and Exercise. 2019;14(2):386-398. Doi: 10.14198/jhse.2019.142.11.

443. More solidarity and interaction between generations needed to challenge age stereotypes and ingrained ageism. The voice of older persons at EU level. [Internet]. [updated 2016; cited 2016 Sept 6]. Available from: <https://www.age-platform.eu/publication-type/age-publications>

444. Morris M, Schoo A. Optimizing exercise and physical activity in older people Medical, 2004. 345 p.

445. Motor activity of different social groups: [Collective monograph]. Edited by L. Balatska, T. Liasota, I. Nakonechnyi, A. Hakman, H. Bezverkhnia, O. Kljus, T. Osadchenko, A. Semenov. Riga, Latvia : “Baltija Publishing”, 2020. 104 p. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-60-0>.

446. Muzhychok V, Hakman A, Medved A, Moseychuk Y. Analysis of features of motivational priorities to recreation and recreational activities of different groups of people. Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. 2017;2(38):85-91.

447. Myakotnykh VV, Meltser VL. Problem of Health Preservation in the Course of Active Physical Activity. European Researcher. 2012;24:1008-1014.

448. National Physical Activity Guidelines for Adults. Australian Government Department of Health and Ageing, 2005. [Internet]. [updated 2019; cited 2019 March 3]. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/healthpubhlth-strateg-phys-act-guidelines>.

449. Neugarten BL, Havinghuret RJ, Tobin SS. The Measurement of Life Satisfaction. Journal of Gerontology. 1961;1(16):141.

450. Nies Mary A and Trace C Kershaw. Psychosocial and environmental influences on physical activity and health outcomes in sedentary women. Journal of Nursing Scholarship 34.3 (2002): 243-249.

451. Osińska Magdalena. Expenses for participation in sport and physical education from the perspective of lifestyle changes in Poland. Journal of Physical Education and Sport 20 (2020): 1055-7.

452. Park SG. The relationship between elderly people's mental health and quality of life. *Korean Journal of Health Psychology*. 2006;11(4):785-796.

453. Park SJ. The causal model building study for leisure diagnostic battery, flow experience by leisure sports participants. *Journal of Korean Physical Education Association for Girls and Women*. 2004;18(3):153-164.

454. Pavlova Yu. The structure of the quality of life of the population. *Slobozhansky scientific and sports bulletin*. 2015;5(49):90-4.

455. Pearl A. Dykstra Intergenerational family relationships in ageing societies. [Internet]. [updated 2020; cited 2019 July 28]. Available from: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2010/IntergenerationalRelationships/ECE-WG.1-11.pdf

456. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R [et al.] American college of sports medicine. Position Stand. Exercise and hypertension. *Med. Sci. Sports Exerc*. 2004. V. 36. 533–553.

457. Petosa R. Lingyak, Rick Suminski and Brian Hertz. Predicting vigorous physical activity using social cognitive theory. *American Journal of Health Behavior* 27.4 (2003): 301-310.

458. Population ageing and sustainable development (2014). [Internet]. [updated 2019; cited 2019 Sept 15]. Available from: <https://www.un.org/>

459. Report of the Secretary-General on the review and appraisal of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and its contribution to the follow-up and review of the 2030 Agenda for Sustainable Development (E/CN.9/2019/2).

460. Rezanovich IV. Technology for increasing the vital activity of pre-retirement age people based on social partnership between enterprises and sports clubs. *Journal of Physical Education and Sport* 19.4 (2019): 2522-5.

461. Ruaro MF, Santana JO, Gusmão N, França ED, Carvalho BN, Farinazo KB, et al. Effects of strength training with and without blood flow restriction on quality of life in the elderly. *Journal of Physical Education and Sport*, 2019;19(3):787-794.

462. Ruiz-Montero PJ, Castillo-Rodríguez A. Body composition, physical fitness and exercise activities of elderly. *Journal of Physical Education and Sport*. 2016;16(3):860-5.

463. Sanderson Warren C and Sergei Scherbov. Are we overly dependent on conventional dependency ratios? *Population and Development Review*. 2015. vol. 41, No. 4, pp. 687–708. doi:10.1111/j.1728-4457.2015.00091.x.

464. Sanderson Warren C and Sergei Scherbov. Average remaining lifetimes can increase as human populations age. *Nature* 2019, vol. 435, Issue 7043, pp. 811–13;

465. Sanderson Warren C and Sergei Scherbov. Remeasuring aging. *Science*, 2010. vol. 329, Issue 5997, pp. 1287–1288. doi:10.1126/science.1193647;

466. Sataro G, Hisashi N, Takao K, et al. Hormetic effects of regular exercise in aging: correlation with oxidative stress. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 2007;32:948-953.

467. Silverstein M, Parker MG. Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 2002;24(5):528-547. <https://doi.org/10.1177/0164027502245003>.

468. Sirgy MJ, Michalos AC, Ferriss AL, Easterlin RA, Patrick D, Pavot W. The quality-of-life (QOL) research movement: past, present, and future. *Social Indicators Research*, 2006;76(3):343-466.

469. Song IJ. The labour life course of senior males and the meanings of their work. Unpublished doctoral dissertation, Catholic University. 2010.

470. Spence John C and Rebecca ELee. Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of sport and exercise* 4.1 (2003): 7-24.

471. Sport England . *Active Design: Promoting Opportunities for Sport and Physical Activity Through Good Design*. London: Sport England; 2007.

472. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Karler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. 2006;53:80-93.

473. *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. 45 p

474. The Ageing of Populations and its Economic and Social Implications, Population Studies, No. 26 (United Nations publication, Sales No. 1956. XIII.6).

475. Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. Europe's Journal of Psychology. 2013;9(1):150- 162. doi:10.5964/ejop.v9i1.337.

476. Thompson P, Buchner D, Pin IL [et al.] Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). Circulation. 2003. V. 107. 3109–3116.

477. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1).

478. Trost Stewart G et al. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. Medicine & science in sports & exercise 34.12 (2002): 1996-2001.

479. U. S. Department of health and human services. Bone health and osteoporosis: a report of the Surgeon General, Rockville, MD. – U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2004. – Режим доступа: http://www.surgeongeneral.gov/library/bonehealth/Executive_Summary.html

480. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/430). <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/>

481. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019, Online Edition. <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

482. United Nations. National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy. 2013. Sales number: E.13.XIII.6;

483. Veenhoven R. Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. In: Strack F, Argyle M, Schwartz N, editors. Subjective well-being. Pergamon Press, New York; 1991. p. 7-26.

484. Wannamethee S, Goya A, Gerald Shaper and Walker M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. *Circulation* 102.12 (2000): 1358-1363.

485. Warren-Findlow Jan, Thomas R. Prohaska and David Freedman. Challenges and opportunities in recruiting and retaining underrepresented populations into health promotion research. *The Gerontologist* 43.suppl_1 (2003): 37-46.

486. Who Regional Office for Europe [Internet]. [updated 2020; cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/home>

487. World Health Organisation (WHO): What is active ageing? [Internet]. [updated 2020; cited 2019 June 8]. Available from: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

488. World Health Organization Global . Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010. 58 p.

489. World Population Prospects. The 2012 revision. [Internet]. [updated 2020; cited 2019 Oct 5]. Available from: <http://esa.un.org/wpp/Documentation/publications.htm>

490. World report on Ageing and Health, 2015. Publications of the World Health Organization are available on the WHO [Internet]. [updated 2020; cited 2019 June 18]. Available from: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

491. Zahroh Chilyatiz. Behaviours (Cognitive, Affective and Psychomotor) among Patients with Gout Arthritis in Elderly. *Medico Legal Update*. 21.1. 2021: 763-4.

492. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Predictors of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: influence of gender and dementia severity. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2009. 24(10), 1079-1086.

Наукове видання

Анна ГАКМАН

**ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У
ПОХИЛОМУ ВІЦІ**

МОНОГРАФІЯ

Відповідальний за випуск *Наконечний І. Ю.*

Літературний редактор ???

Технічний редактор *Чорасва Г.К.*

Підписано до друку 00.07.2021. Формат 60x84/16.

Папір офсетний. Друк різнографічний. Умов.-друк. арк. 19,7.

Обл.-вид. арк. 21,2. Тираж 00. Зам. 0000.

Видавництво та друкарня Чернівецького національного університету.

58012, Чернівці, вул. Коцюбинського, 2.

e-mail: ruta@chnu.edu.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 891 від 08.04.2002.