МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ
КАФЕДРА ЗДОРОВ'Я, ФІТНЕСУ ТА РЕКРЕАЦІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт
освітньою програмою «Фітнес та рекреація»

на тему: **ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ**

здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Василенко Валерії Сергіївни
Науковий керівник: Андрєєва О. В.
д.фіз.вих., професор
Рецензент: Долженко Л. П.
к.фіз.вих., доцент
Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри (протокол № 6 від 24.11.2021 р.)
Завідувач кафедри: Андрєєва О.В.
д.фіз.вих., професор

_____

(підпис)

КИЇВ-2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 3
ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ УПОЛІПШЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ 7
1.1. Якість життя та сучасні підходи до її оцінки 7
1.2. Загальна характеристика здоров'я та якості життя жінок першого періоду зрілого віку в контексті загальних світових тенденцій 22
1.3. Оздоровчо-рекреаційні технології для формування якості життя населення 24
Висновки до розділу 1 26
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ 27
2.1. Методи дослідження 27
2.1.1. Теоретичний аналіз фахової, науково-методичної літератури та документальних матеріалів 27
2.1.2. Педагогічні методи дослідження 28
2.1.4. Соціологічні методи. 30
2.1.5. Оцінка рухової активності 31
2.1.6. Методи математичної статистики. 33
2.2. Організація досліджень. 33
РОЗДІЛ 3. ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ 35
3.1. Характеристика мотивів жінок до занять ОРРА 35
3.2. Задоволення та якість життя жінок першого зрілого віку. 38
3.3. Рухова активність досліджуваного контингенту. 42
Висновки до розділу 3 52
ВИСНОВКИ 53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 55

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВК – коефіцієнт віку

ОРРА – оздоровча рекреаційна рухова активність

ПК– поправний коефіцієнт

ЧСС – частота сердечних скорочень

ВСТУП

Актуальність. Нині час проблема фізичної рекреації та здоров'я людини потребує подальшого вивчення та розробки. Адже захворюваність населення в Україні та й у країнах СНД є високою і з кожним роком збільшується.

Але у сучасних умовах зростає важливість ефективного використання рухової активності в різних сферах життєдіяльності особи. Суспільство кожна людина особисто паралельно відчуває негативний вплив гіподинамії на стан свого здоров'я, що посилює соціальні та економічні проблеми.

Використання рухової активності під час дозвілля у сфері фізичної культури та спорту здійснюється шляхом реалізації різних заходів зі спорту для всіх (масового спорту), упровадження фітнес-технологій, спортивної анімації та інших видів фізичної рекреації. У цих умовах принципове значення має інтерпретація узагальненого поняття для вказаних видів активного відпочинку.

Для жінок першого зрілого віку фізична активність включає навантаження у вільний час : (ходьба, їзда на велосипеді, робота по дому, спорт, ігри).

Система оздоровчої рекреаційної рухової активності залучає людей до відповідної рухової діяльності. Це підтримка і формування інтересів людини до рухової активності. Також забезпечує реалізацію оздоровчих та соціальних функцій та залученню людей до рухової активності.

Проаналізувавши літературні матеріали показує, що лише рухова активність під час дозвілля, спрямована на забезпечення оздоровлення. Це можна вважати найкращим засобом підвищення функціональних резервів організму, зниження ризику розвитку хронічних захворювань, (ішемічна хвороба серця ,діабет, депресія), формування звички до здорового способу життя.

Сучасна модель ОРРА поліпшує формування здоров'я жінок до залучення здорового способу життя, що буде сприяти покращенню якості життя та забезпечує гармонійному розвитку. Збереження і зміцнення фізичного здоров'я жінок першого періоду зрілого віку є одним з найбільш важливих завдань сфери ОРРА.

На думку фахівців вважають що оздоровчі заняття забезпечують високий рівень працездатності впродовж періоду трудової діяльності та є запорукою здоров'я в майбутньому.

Таким чином, пошук засобів фізичної активності, які з одного боку викликало значне зацікавлення жінок першого періоду зрілого віку, щоб допомогти зміцнити здоров'я, поліпшити фізичний стан та працездатність досі залишається актуальним.

Мета дослідження – визначити вплив занять з використанням засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності на якість життя жінок першого періоду зрілого віку.

Завдання дослідження:

1. Узагальнити вітчизняний і світовий досвід та виявити основні напрями поліпшення якості життя населення засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

2. Визначити мотивацію, рухову активність, показники фізичного та емоційного стану, якість життя жінок першого періоду зрілого віку.

3. Розробити рекомендації з організації рухової активності та визначити ефективність застосування засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для забезпечення належної якості життя жінок першого періоду зрілого віку.

Об’єкт дослідження – рухова активність та якість життя жінок першого періоду зрілого віку.

Предмет дослідження – рекомендації з підвищення оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку.

Методи дослідження: Для виконання поставлених завдань були використанні такі методи дослідження як:

- теоретичний аналіз фахової науково-методичної літератури та документальних матеріалів,
- педагогічні методи (спостереження),
- психо-діагностичні методи,
- соціологічні методи (опитування, анкетування),
- методи оцінки рухової активності,
- методи математичної статистики

Наукова новизна дослідження полягає в наступному:

– дістали подальшого розвитку відомості щодо впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності на показники якості життя жінок першого періоду зрілого віку;

– удосконалено наукові положення про значущість оптимального рівня рухової активності для підвищення якості життя осіб зрілого віку, уточнено дані про зв'язок між рівнем рухової активності та якістю життя жінок першого періоду зрілого віку;

– доповнено інформативні дані щодо рівня рухової активності, способу життя жінок першого періоду зрілого віку.

Практична значимість. Результати роботи можуть бути використанні з метою покращення якості життя та оптимізації емоційного стану жінок першого періоду зрілого віку та сприяти раціональній організації їх дозвілля, самопізнання, самореалізації потенційних здібностей, прояву індивідуальності. Практична значущість отриманих результатів полягає у напрацюванні підходів до корекції якості життя жінок першого періоду зрілого віку за допомогою використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 60 сторінок й складається із вступу, 3 розділів, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ УПОЛІПШЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

1.1. Якість життя та сучасні підходи до її оцінки

Якість життя – комплексне поняття, що перебуває в процесі розвитку, його активно використовують у різних галузях науки. Якість життя – це запозичений та перекладений з іноземної мови термін, тому відповідних роз'яснень у "Словнику сучасної української мови" немає [36]. Натомість в "Оксфордському словнику англійської мови" зазначено, що якість життя – це міра здоров'я, комфорту і щастя, що відчуває особа або група осіб; згідно з "Кембриджським академічним змістовим словником" – це рівень задоволення і комфорту окремої людини або групи осіб.

Поняття "якість життя" (найближче до нього – благополуччя) вже трапляється в працях представників античної філософії (Сократа, Платона, Аристотеля, Епікура та ін.), його ототожнюють зі свободою, удосконаленням, дотриманням законів держави [29 55]. Згідно з переконаннями Томи Аквінського та Аврелія Августина, досягнути високої якості життя можна лише через любов до Бога, благополуччя залежить не від матеріальних благ і служіння державі, а від розуміння Божественної волі і підкорення їй [69]. Філософи Нового часу (Т. Гобс, Дж. Лок, Ш. Монтеск'є, Ж.-Ж. Руссо) як основу якості життя людини розглядали суспільний договір [21]. На думку І. Канта, важливими для благополуччя індивіда насамперед є моральна досконалість та сформоване правове громадянське суспільство [54]. У філософії утилітаризму забезпечення щоденного існування, достаток, безпеку, рівність вважають за основні чинники, які поліпшують якість життя [64]. У працях філософів-прагматиків (У. Джеймс, Д. Дьюї, Ч. Пірс) важливими для формування

благополуччя визначено суб'єктивні інтереси індивіда [60].

У 30-х рр. XX ст. було зроблено кілька спроб визначити, охарактеризувати та розробити алгоритм вимірювання якості життя [61]. Також можна зауважити, що в цей період якість життя та її показники стають наріжним каменем у доповідях політиків, звітах, присвячених суспільно-політичній ситуації, працях економістів тощо. Так, наприклад, у м. Балтіморі у період Великої депресії було опубліковано цикл статей про якість життя жителів США. У них вперше було здійснено спробу розробити систему оцінювання з урахуванням об'єктивних і суб'єктивних показників (смертність немовлят, дохід, освіта, рівень злочинності, ціни на житло, задоволеність місцем проживання та сусідами). Як підсумок, уперше було сформовано рейтинговий список з урахуванням адміністративно-територіального поділу [82].

У 50–60-х рр. XX ст. термін "якість життя" часто вживали економісти як заперечення проти необмеженого економічного зростання. Так, С. Ордвей (1953) і Ф. Осборн (1954) використали це поняття, коли наголошували на екологічній небезпеці, що виникає через швидке економічне зростання. У праці Дж. Гелбрейта "Заможне суспільство" [71] зазначено, що "важливою є не кількість наших товарів, а якість життя".

Важливе значення для формування поняття "якість життя" мали роботи А. Маслоу. Учений аналізував благополуччя людини в контексті задоволення різних потреб – базових, пов'язаних із забезпеченням фізичного виживання (їжа, житло, родина), та вищих, що передбачають розвиток індивіда (безпека, розвиток, навчання, удосконалення, самоствердження).

Як результат вивчення зв'язків між економічними й соціальними показниками якості життя, особливостей сприйняття життя й життєвих ситуацій, вдалося чітко виокремити об'єктивний і суб'єктивний компоненти якості життя. Саме зацікавлення суб'єктивною складовою частиною, вивчення життя окремого індивіда крізь призму сучасної культури та системи цінностей сприяли розвиткові відомих концепцій якості життя.

Починаючи з 90-х рр. ХХст. у різних країнах світу функціонують спеціалізовані дослідні центри та діють відповідні наукові програми. Наприклад, у 1994 р. в Данії для вивчення якості життя населення засновано науково-дослідний центр, у Канаді Міністерство охорони здоров'я профінансувало спеціальне опитування національного рівня. У Франції створено некомерційну організацію MAPI, яка є координаційним центром з реєстрації та апробації різних методик оцінювання якості життя, розробником методичних рекомендацій. Такі ж функції виконує навчально-дослідна корпорація RAND(США), яка має окремі представництва у Великобританії та Бельгії, а також Австралійський центр якості життя.

Завідувач кафедри психології коледжу в Гастінгсі (штат Небраска) Р. Шалокта професор Саутгемптонського університету А. Боулінг [71] зауважують, що існує багато труднощів у формулюванні єдиного визначення, оскільки вчені більше зосереджені на розробленні нових методик вимірювання. Найчастіше такого підходу дотримуються в медичних дослідженнях – лише 16 із 68 моделей якості життя були сформовані на основі певних визначень[53].

Більша частина визначень якості життя в науковій літературі має загальний характер – "усвідомлення людиною власного благополуччя", "задоволення чи незадоволення власним життям", "відчуття щастя чи нещастя". Вчені Д. Фелце та Дж. Перрі [45] провели порівняльний аналіз таких визначень та на основі отриманих результатів розробили блок-схеми, що пояснюють особливості формування поняття "якість життя" (рис. 1.1).

Можна зауважити, що поняття "якість життя", "задоволеність", "стан здоров'я", "щастя" і "самоповага" вчені часто використовують як синоніми [42]. Проте в інших працях зазначено, що якість життя не можна прирівняти до стану здоров'я, способу життя, задоволеності життям або психічного стану (табл. 1.1).

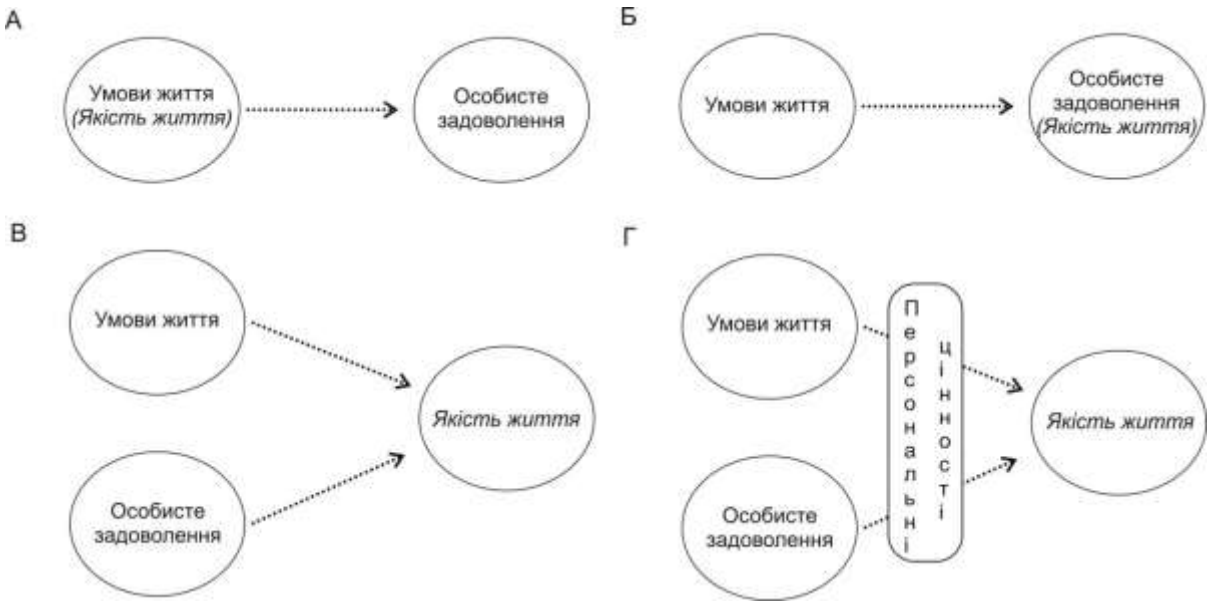


Рис. 1.1. Особливості формування поняття “якість життя” в науковій літературі[59]:

А, Б, В, Г – зразки побудови визначень

Дослідники В. Реєскі та Ш. Міхалко звертають увагу на складність поняття та характеризують його як “парасольковий” . Професор М. Фарквхар зазначала, що залежно від мети дослідження основну увагу можна зосередити на групі осіб, індивідуумі, роботі обслуговувального персоналу (наприклад, медичних працівників), тому визначення якості життя варіюватиме залежно від вибраного суб’єкта[42].

На думку Б. Массама, чільне місце серед показників якості життя повинні займати спосіб і умови життя та соціальне оточення [39]. Тому при вивченні благополуччя окремих груп населення чи загалом суспільства якість життя аналізують не лише як виключно суб’єктивну категорію, але як величину, що ґрунтується на кількісних показниках і об’єктивних стандартах життя [26]. Проте, на думку А. Новик, саме суб’єктивне сприйняття здатне забезпечити розуміння якості життя як комплексної характеристики фізичного, психічного, емоційного та соціального функціонування [32].

Всесвітня організація охорони здоров'я виокремлює такі компоненти якості життя: фізичне благополуччя (рівень енергійності, відчуття втоми чи болю, якість сну та відпочинку); психічне благополуччя (здатність концентрувати увагу на предметі, зберігати інформацію у пам'яті, здатність до логічного мислення, емоційна врівноваженість, контроль над негативними емоціями, здатність до радості); суспільне благополуччя (стосунки з іншими, адекватне сприйняття соціальної реальності, адаптація до фізичної і суспільної сфер, виконання суспільно корисної праці, відповідальність перед іншими, альтруїзм); духовне благополуччя; навколишнє середовище (безпека навколишнього середовища, рівень забруднення довкілля, доступність та якість медико-соціального обслуговування, можливість навчатися і підвищувати свою кваліфікацію, забруднення навколишнього середовища, клімат); автономність (рівень щоденної активності, працездатність).

Таблиця 1.1

Визначення якості життя в науковій літературі

(за узагальненими даними [45])

Джерело	Визначення
ВООЗ, 1995	Сприйняття людиною себе в життів контексті культури та системи цінностей, залежно від власної мети, очікувань і стандартів
Е. Дінер, С. Еункок, 1997	Складна структура, що складається з трьох взаємопов'язаних частин: задоволеності життям, приємних та неприємних
М. Р. Ефімова, С. Г. Бичкова, 2003	Задоволеність життям з урахуванням низки потреб та інтересів
В. М. Жеребін, А. Н. Романов, 2002	Задоволеність життям з урахуванням на потреби та інтереси; охоплює характеристики рівня життя(умови праці і відпочинку, житлові умови, соціальна забезпеченість) тане враховує економічну ситуацію
Р. Кан, Ф. Джастер, 2002	Задоволеність життям, станом здоров'я, власною діяльністю

Продовження таблиці 1.1

Б. Крістоф, Н.-Н. Нол, 2003	Співвідношення між суб'єктивними чинниками та об'єктивними обставинами
Г.Міберг, 1993	Відчуття задоволеності життям, що формується за наявності безпечних та сприятливих умов для життя, що забезпечують основні потреби індивіда
В. Реєскі, Ш. Міхалко, 2001	Свідоме пізнавальне судження щодо задоволеності власним життям
М. Сірджі, 2000	Функція, що залежить від умов навколишнього середовища та їх сприйняття соціально активною особистістю
Р.Тартар та ін., 1988	Складається з поведінкових і когнітивних компетентностей індивіда, емоційного благополуччя і здібностей, що забезпечують продуктивне виконання домашніх і професійних обов'язків та соціальних ролей
М. Теста, 1996	Тісно пов'язана з фізичним, психологічним, соціальним компонентом здоров'я, зумовлена досвідом, переконаннями, очікуваннями і сприйняттям людини; є фактично розумінням власного здоров'я
Л. Ф. Удотова, 2002	Міра відповідності умов та рівня життя науково обґрунтованим нормативам та визначеним стандартам
І. Ушаков, 2000	Сукупність природних і соціальних умов, що впливають на здоров'я людини; відповідність середовища життя соціально- психологічним налаштуванням особистості
Д. Фелце, Дж. Перри, 1995	Загальне благополуччя, що об'єднує об'єктивні показники і суб'єктивну оцінку фізичного, матеріального, соціального й емоційного стану відповідно до рівня розвитку індивіда та його персональних цінностей
Б. Хаас, 1999	Багатостороння оцінка індивідом життєвих обставин залежно від культури, в якій він проживає, та цінностей, яких дотримується; суб'єктивне відчуття благополуччя, що охоплює фізичні, психічні, соціальні та духовні аспекти
Р. Цуммінс,1997, 2000	Складається з таких частин: матеріальний добробут, емоційне благополуччя, здоров'я, безпека, соціальні відносини; залежить від особистих цінностей, умов життя та задоволеності ними
А. Янсе та ін., 2004	Багатомірна конструкція, що складається з фізичного, емоційного, психічного, соціального й поведінкового складника

Відомий дослідник щастя Руут Вінховен вважає, що якість життя складається з чотирьох компонентів – чинників навколишнього середовища,

життєвих умінь індивіда, корисності життя, власної "внутрішньої" оцінки життя [50]. При цьому кожна з цих частин взаємопов'язана одна з одною. Наприклад, здатність самостійно виконувати повсякденні дії та активний зв'язок з соціумом позитивно впливають на емоційне благополуччя, але своєю чергою суттєво залежать від стану здоров'я та матеріального становища [23]. Високий рівень соціальної активності зумовлений, на думку вчених, добре налагодженим транспортним сполученням, належними умовами проживання, наявністю соціальних пільг. Відповідно якість життя – це динамічна величина, що складається з позитивних і негативних переживань, містить емоційний складник та цінності, а її оцінка змінюється з часом, від подій у житті, змін стану здоров'я, досвіду тощо.

На думку Д. Селла [29], якість життя складається з кількох доменів – фізичного, когнітивного, психосоціального і духовного благополуччя. Учений Р. Тартар та колеги вважають, що якість життя містить поведінкові та когнітивні здібності індивіда, емоційне благополуччя, здатність здійснювати повсякденну та професійну діяльність, виконувати соціальні ролі [26].

У медичних науках визначення якості життя тісно пов'язані з розумінням здоров'я та хвороби, а складові частини благополуччя безпосередньо стосуються життєдіяльності пацієнта: фізичний та психічний стани, рухова та соціальна активності, навколишнє середовище тощо.

Старший науковий співробітник Кембриджського університету М. Фарквхар проаналізувала відомі визначення якості життя та розробила класифікацію визначень (табл. 1.2). На основі огляду наукової літератури вона виокремила чотири типи понять: 1) загальні; 2) часткові; 3) вибіркові;4) комбіновані [57].

Дослідниця зауважує, що попри те, що в загальних визначеннях не названо складники якості життя, вони найбільш поширені в науковій літературі. Проте для оцінювання якості життя важливо виокремити певні компоненти, а тому існують визначення, які містять сукупність об'єктивних і / або суб'єктивних показників, що вибрані відповідно до мети дослідження.

Вибіркові визначення вузько спрямовані, містять перелік компонентів якості життя, вони найчастіше трапляються в роботах, що присвячені здоров'ю, фізичній активності та працездатності людини. У цих наукових працях зазвичай використано термін "якість життя", проте відсутній опис самого поняття, а інтерпретацію терміна здійснено опосередковано в контексті вибраних заходів та методик досліджень. У визначеннях четвертого типу чітко згадано усі можливі компоненти якості життя.

Таблиця 1.2

Класифікація понять "Якість життя" [29]

Тип визначення		**Загальна характеристика визначення**
	Назва	
	Загальні	Якість життя зіставляють із відчуттям задоволення чи незадоволення, щастя чи нещастя
I	Часткові	У якості життя виокремлено кілька частин та визначено основні з них
I	Обмежені дослідженням	Розроблені відповідно до мети конкретного дослідження; компоненти, визначені як малозначущі, вилучено з визначення
II	Вибіркові	Основну увагу зосереджено лише на одному або кількох компонентах якості життя
II А	Точні	Згадано кілька складових частин, які, на думку дослідника, є найважливішими
II Б	Неточні	Увагу зосереджено на одній або двох складових частинах, які запропоновані в загальних визначеннях
V	Комбіновані	Поєднують властивості першого та другого типів визначення

Поняття "якість життя" містить як кількісні, такі якісні параметри, об'єктивні й суб'єктивні характеристики умов життя та діяльності індивіда. У перших дослідженнях якості життя переважно використано об'єктивні показники. Проте в 70-х рр. XX ст. було виявлено, що об'єктивні чинники

лише частково впливають на якість життя людини [45]. Активного розвитку набула альтернативна гіпотеза, згідно з якою благополуччя стосується особистості людини, а при оцінюванні якості життя необхідно враховувати відчуття щастя, задоволеності життям тощо . Приклади цих двох типів показників подано в табл. 1.3.

Об'єктивні показники визначають якість зовнішнього середовища (економічні та демографічні показники), а суб'єктивні відображають оцінку умов життя індивідом [39]. Так, Д. А. Ґіанніас, для того щоб встановити зв'язок між якістю життя і житловими умовами, використав такі об'єктивні параметри: кількість кімнат у будинку, середню річну температуру в регіоні, забруднення повітря, рівень злочинності. Дослідження за допомогою суб'єктивних показників вважають "м'яким" заходом, більшість дослідників погоджуються, що необхідно враховувати дві групи показників [29]. Інші рекомендації надають Ф. Ендрюс і С. Вітей. Науковці наголошують, що між об'єктивними та суб'єктивними показниками немає відмінностей, оскільки єдиний спосіб пізнання світу – це наші органи чуття, а отже, об'єктивні індикатори можна аналізувати лише разом з суб'єктивними [19].

Таблиця 1.3

Об'єктивні і суб'єктивні індикатори [73]

Об'єктивні	Суб'єктивні
Тривалість життя	Відносини в соціумі
Дитяча смертність	Соціальна справедливість
Рівень злочинності	Почуття безпеки
Рівень безробіття	Почуття щастя
Рівень бідності	Задоволеність власним життям
Валовий внутрішній продукт	Задоволеність роботою
Відносна кількість школярів	Стосунки з рідними
Тривалість робочого тижня	Хобі, громадська активність

Зв'язок між суб'єктивними й об'єктивними показниками важливий у зв'язку з певними етичними та моральними міркуваннями [33]. Наприклад, якщо стан психічного здоров'я та рівень матеріального забезпечення

респондента незадовільний, він лише зрідка спілкується з оточенням, але самостійно оцінює якість свого життя як високу, то такий результат є неправильним [39]. Отже, якщо не брати до уваги об'єктивні показники, то якість життя вразливих груп населення оцінити неможливо.

У низці праць вивчено вплив соціальних чинників на психологічний компонент якості життя. Виявлено, що особи, які мають проблеми із психічним здоров'ям або низький освітній рівень, частіше незадоволені власним життям[39]. Проте необхідно враховувати, що існування індивіда, його особистий розвиток та можливості залежать від суспільства . Соціальна згуртованість або ізольованість, сформовані взаємозв'язки та ієрархічна структура безпосередньо стосуються якості життя суспільства [48]. Скандинавські вчені стверджують, що суб'єктивні соціальні показники, наприклад задоволеність життям, відображають сподівання особи та є мірою адаптації до наявних умов існування [53].

У наукових працях, що опубліковані у XXI ст., якість життя подано у вигляді конкретних цифрових результатів, які обчислено з урахуванням стану здоров'я людини, її зайнятості, соціальних стосунків, параметрів навколишнього середовища тощо [56,75]. Науковці підкреслюють, що визначальний вплив на якість життя має фізичне здоров'я. Водночас не заперечено існування зв'язків між якістю життя та матеріальним благополуччям [60, 72, 70]. Так, у роботі Д. Маєрса зазначено, що на запитання "Якби у Вас було трохи більше грошей, чи почували б Ви себе більш щасливими?" респонденти зазвичай відповідають позитивно . Такі ж результати отримали дослідники Мічиганського університету– на питання анкети "Що Вам необхідно, щоб підвищити якість життя?" найчастіше відповідають "Більше грошей" [48]. Необхідно враховувати, що в країнах із низьким рівнем ВВП на душу населення погане матеріальне становище суттєво обмежує основні потреби людини. У випадку, якщо ВВП становить понад 8 000 $ на 1 особу, зв'язок між якістю життя та матеріальним благополуччям зникає.

Складовими частинами якості життя, відповідно до індексу умов життя (Netherlands Living Conditions Index, LCI), розробленого в Нідерландах, визначено такі [50]:

1) умови проживання (показники – форма власності, стан будівлі, кількість кімнат, площа житлової кімнати, сусіди та кримінальність району);

2) здоров'я (індикатори – кількість психосоматичних симптомів та захворювань);

3) купівельна спроможність (кількість приладів побутового призначення, матеріальне забезпечення для хобі);

4) активність у вільний час (кількість хобі, участь у розважальних заходах, членство в організаціях);

5) мобільність (наявність власної машини, сезонні поїздки);

6) участь у соціальному житті (активна участь у діяльності організацій, волонтерська робота, соціальна ізоляція);

7) спортивна активність (кількість видів спорту, якими займається респондент, кількість тренувань на тиждень);

8) вихідні та свята (поїздки під час вихідних упродовж минулого року, поїздки у вихідні дні за кордон, кількість вихідних).

На думку Г. Азгальдова та ін., у структурі якості життя необхідно виокремити якість суспільства (індивіда, окремих соціальних груп, організацій тощо), якість трудового і підприємницького життя, якість соціальної інфраструктури, якість навколишнього середовища, особисту безпеку, задоволеність життям [6].

Учений М. Гаґертита співавт. розглянули 22 моделі якості життя та виявили, що більшість з них не мають підґрунтя у вигляді теорії[36]. Науковці використали метод системного аналізу та запропонували комплексну модель, яка пояснює якість життя індивіда і суспільства. У структурі виокремлено 7 частин – здоров'я, матеріальне та емоційне благополуччя, участь у житті громади, зв'язки з родиною та друзями, особиста безпека, робота та

продуктивність.

На думку Д. Фельцета Дж. Перри, якість життя складається з 6 доменів та 14 субдоменів, які можна аналізувати за допомогою об'єктивних і суб'єктивних показників [23]. У цій багатокомпонентній структурі виокремлено матеріальне, фізичне, соціальне, емоційне та професійне благополуччя (рис.1.2).

Рис. 1.2. Структура якості життя, пов'язаної зі здоров'ям [23]

У Торонтській моделі враховано особисті досягнення індивіда, його активність, задоволеність життям, здатність користуватися наявними благами і можливостями (University of Toronto, 2004). У якості життя виокремлено три домени – "Існування", "Належність" та "Становлення". Складовими частинами "Існування" є фізичне буття (фізичне здоров'я, особиста гігієна, харчування, фізична активність, здатність виконувати повсякденну роботу тощо), психічне буття (психічне здоров'я, почуття, самоповага, самоконтроль), духовне буття (особисті цінності та стандарти, духовні вірування). "Належність" відображає зв'язок індивіда з навколишнім світом, підструктурами цього домену є фізична належність (житло, робота, навчальна установа, найближчі сусіди та громада) та громадська належність (діяльність соціальних служб та закладів охорони

здоров’я, ефективність освітніх і рекреаційних програм, участь у громадських подіях, рівень суспільної активності).“Становлення” – це досягнення та реалізація власних завдань та бажань. У цьому домені можна виокремити прикладну діяльність(активність вдома, у навчальному закладі, на роботі, волонтерство), рекреацію (види активності, що сприяють відпочинку та зниженню рівня стресу), а також особисте зростання та розвиток (активність, спрямована на самовдосконалення та на пристосування до умов середовища).

Всесвітня організація охорони здоров’я виокремлює такі компоненти якості життя [36]:

1) фізичне благополуччя (рівень енергійності, відчуття втоми чи болю, якість сну та відпочинку);

2) психічне благополуччя (здатність концентрувати увагу на предметі, зберігати інформацію у пам’яті, здатність до логічного мислення, емоційна врівноваженість, контроль над негативними емоціями, здатність до радості тощо);

3) суспільне благополуччя (стосунки з іншими, адекватне сприйняття соціальної реальності, адаптація до фізичної і суспільної сфер, виконання суспільно корисної праці, відповідальність перед іншими, альтруїзм);

4) духовне благополуччя (релігія, особисті переконання);

5) навколишнє середовище (безпека навколишнього середовища, рівень забруднення довкілля, доступність та якість медико-соціального обслуговування, можливість навчатися і підвищувати свою кваліфікацію, забруднення навколишнього середовища, клімат);

6) автономність (рівень щоденної активності, працездатність, залежність від терапії та фармакологічних препаратів).

Модель якості життя І. Вілсона та П. Клері [42] поєднує в собі парадигми біомедичних і соціальних наук. Науковці виокремили такі складові частини: “Характеристика індивіда”, “Біологічні і фізіологічні чинники”, “Симптоми”, “Функціональний стан”, “Характеристика навколишнього середовища”, “Загальне сприйняття власного здоров’я” (рис. 1.3).Учені, ураховуючи тісний

зв'язок між якістю життя і здоров'ям, запропонували окрему структурну частину – якість життя пов'язана зі здоров'ям (health-related quality of life, HRQOL) [51]. Вона містить фізичне та соціальне функціонування та ґрунтується на суб'єктивному оцінюванні.

Рис. 1.3. Модель якості життя, осердям якої є здоров'я,
І. Вілсона та П. Клері[48]

Модель І. Вілсона та П. Клері використано під час дослідження стану ротової порожнини [7], вивчення стану здоров'я хворих на ВІЛ/ СНІД [50, 56] встановлення зв'язків між самопочуттям, симптомами, функціональним станом та соціальною підтримкою пацієнтів з серцево- судинними захворюваннями [26], виявленні гендерних відмінностей у щоденній активності осіб похилого віку з хронічними захворюваннями [21], а також пацієнтів, які страждають від раку [53].

Дослідник Ц. Ферранс та ін. [48] удосконалили модель І. Вілсона та П. Клері[62]. Вони зберегли п'ять базових складників і запропонували систему чітких показників для доменів "Характеристика індивіда" та "Характеристика навколишнього середовища". Основний акцент моделі було зміщено на немедичні чинники. Така модель, на думку авторів, корисна для створення спеціальних вимірників для оцінювання якості життя.

На думку Ц. Риффата К. Фоха, в якості життя можна виокремити фізичну та психічну складові частини, а також такі компоненти: самосприйняття, стосунки з іншими, автономність, мету життя, особисте зростання та вдосконалення, спортивну компетентність, фізичний стан та підготовленість [70, 71].

У базі наукової періодики за ключовим словом "якість життя" можна знайти понад 6 тис. статей, які опубліковані впродовж останніх 20 років. Ці наукові праці присвячено таким проблемам: вимірювання та аналіз якості життя, пов'язаної зі здоров'ям; адаптація методик досліджень з урахуванням культурних та національних особливостей; оцінювання переваг та недоліків об'єктивних і суб'єктивних показників якості життя; особливості застосування загальних чи спеціальних анкет; порівняння якості життя осіб різного віку.

Одним з найпростіших способів оцінювання якості життя людини можна вважати метод, який запропонував Дж. Гуатата ін.. Учені вивчали якість життя як неперервний континуум та оцінювали його за шкалою від 0 до 1. Складнішим є спосіб із застосуванням груп спеціально створених запитань (анкет). Їх поділяють на загальні і профільні [26]. Загальні опитувальники розраховані на практично здорових осіб, вони необхідні, щоб отримати певну нормативну інформацію. Профільні анкети застосовують для вивчення конкретних нозологій, у них згадано спільні для багатьох захворювань ознаки (наприклад, труднощі у виконанні щоденних фізичних навантажень, наявність та ступінь больового синдрому). Такі опитувальники дають змогу вивчити ефективність лікування, його вплив на якість життя респондента. До окремої групи профільних опитувальників належать анкети, які орієнтовані на вивчення лише одного складника якості життя, наприклад психічного стану, – індекс загального психологічного благополуччя (Psychological General WellBeing Index), профіль оцінювання настрою (Profile of Mood State) тощо. Варто зазначити, що в медичній практиці переважно одночасно використовують кілька опитувальників. Зокрема, оцінюючи якість

життя при артеріальній гіпертонії, використовують низку опитувальників, які описують різні параметри якості життя хворого [15]:

- загальний показник благополуччя – індекс психологічного благополуччя, опитувальник "Загальне здоров'я" (General Health Questionnaire), рейтингова шкала симптомів (Symptom Rating Scale);
- наявність симптомів – індекс стану здоров'я (Health Status Index);
- сексуальна функція – індекс симптомів сексуального дистресу (Sexual Symptom Distress Index);
- порушення сну – шкала порушень сну (Sleep Dysfunction Scale);
- побічні дії – простий профіль оцінювання симптомів (Minor Symptom Evaluation Profile), профіль оцінювання суб'єктивних симптомів (Subjective Symptom-Assessment Profile).

Визначення якості життя осіб з надлишковою масою тіла також проводять за аналогічним принципом – використовують загальні опитувальник (MOSSF36, Готенбурзьку шкалу якості життя, шкалу благополуччя тощо) [50].

Всесвітня організація охорони здоров'я розробила спеціальну анкету "Якість життя за ВООЗ" (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL), яка дає змогу оцінити шість складників якості життя – фізичний, психічний та духовний стани, автономність, соціальні зв'язки, стан навколишнього середовища. Якість життя досліджують як суб'єктивну категорію, що містить стан здоров'я, спосіб життя, загальне благополуччя та задоволеність життям.

1.2. Загальна характеристика здоров'я та якості життя жінок першого періоду зрілого віку в контексті загальних світових тенденцій

Неінфекційні хвороби – основна причина захворюваності та смертності у світі. Щороку від них помирає 36 млн осіб, причому найбільша кількість випадків припадає на країни з невисоким рівнем доходів громадян [7]. У 2002 році від таких неінфекційних захворювань померло 8,3 млн осіб у

Європейському регіоні ВООЗ та було втрачено 115,7 млн років здорового життя. Україна, згідно з класифікацією ВООЗ, належить до країн класу “С” Європейського регіону, для неї характерна висока смертність серед дорослого населення, постійне зниження середньої тривалості життя, тоді як загалом у Європейському регіоні ці показники постійно поліпшуються. За останнє десятиліття народжуваність зменшилася на 35 %, смертність збільшилася на 18,6 %. Упродовж останнього десятиліття середня очікувана тривалість життя у чоловіків скоротилася на 2,4 року, а в жінок на 0,9 року. За даними щорічної доповіді про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України за 2015 рік впродовж 2010–2014 рр. чисельність населення країни скоротилася на 679,4 тис. осіб, а за 2015 рік – на 183 тис. осіб. Така тенденція характерна для багатьох країн світу (Білорусі, Болгарії, Греції, Естонії, Італії, Латвії, Литви, Молдови, Російської Федерації, Румунії, Словенії, Чехії, Швеції тощо), проте саме в Україні відбувається пришвидшене скорочення чисельності населення.

Більшість смертей в Україні (86 %) спричинені неінфекційними захворюваннями, зокрема хворобами системи кровообігу (66,6 % від загальної кількості померлих), онкозахворюваннями(12,7 %), захворюваннями органів травлення (3,8 %) та дихання (2,8 %). Показники смертності від захворювань серцево-судинної системи в Україні найвищі серед європейських країн. Кількість серцево-судинних захворювань збільшилася в 1,9 рази, бронхіальної астми – на 35,2 %, раку – на 18 %. На сьогодні кожний п’ятий українець хворіє на артеріальну гіпертонію. Аналіз здоров’я населення України та діяльності закладів охорони здоров’я свідчить не лише про незадовільну медико-демографічну ситуацію (низьку народжуваність, від’ємний природній приріст населення, скорочення середньої очікуваної тривалості життя), але й про зростання захворюваності, погіршення фізичної підготовленості наймолодшої частини суспільства – школярів та студентів [29]. Можна зауважити, що така тенденція прослідковується починаючи з 90-х рр. ХХ ст. [19]. Неінфекційні захворювання – це наслідки нездорового способу життя, зокрема,

нераціонального харчування, куріння, зловживання алкоголем, низького рівня фізичної активності. У країнах з високим рівнем життя 31,4 % мешканців не займаються фізичною культурою та спортом у вихідні дні, 29,6 % споживають щонайменше три овочі щоденно, 24,3 % страждають від ожиріння, 8,3 % – курять [39], 94 % – використовують медичні препарати для зниження артеріального тиску. Низький рівень фізичної активності – причина 6 % смертей щорічно, що як абсолютний показник становить 3,2 млн випадків, зокрема на країни з невисоким та середнім доходом припадає 2,6 млн випадків.

Закономірним є інтерес українських науковців до вивчення фізичного стану осіб зрілого віку, оскільки він тісно пов'язаний із довголіттям, працездатністю людини [15], а поліпшення фізичного стану є необхідною умовою ефективного оздоровлення населення. У працях українських учених можна знайти численні підтвердження постійного погіршення стану соматичного здоров'я молодих людей. На думку Т. Ю. Круцевич, саме фізична підготовленість є важливою характеристикою здоров'я та інтегральним показником фізичної активності людини [19].

1.3. Оздоровчо-рекреаційні технології для формування якості життя населення

У "Словнику української мови" технологію визначено як "сукупність знань, відомостей про послідовність окремих виробничих операцій у процесі виробництва чого - небудь" [36]. У галузі фізичної культури і спорту особливе зацікавлення викликають різні види технологій, які формують і зберігають здоров'я. Відповідно активного розвитку в галузі набули не лише поняття "педагогічна технологія", "освітня технологія", але й "здоров'я збережувальна технологія", "здоров'я формувальна технологія", "оздоровча технологія", "рекреаційна технологія" [1].

Оздоровчо-рекреаційні технології вивчено в працях О. Андрєєвої [1], В. Зайцева та ін. [11], ОМ. Чернявського [42]. Науковці під час проектування і

реалізації оздоровчо-рекреаційних технологій пропонують рекреативну, ігрову та розважальну діяльність, що спрямована на забезпечення здорового способу життя та позитивних змін у культурі побуту.

Оздоровчо-рекреаційні технології зорієнтовано на підвищення культури здорового способу життя, вони допомагають зняти фізичне та інтелектуальне напруження, ураховують можливості та зацікавлення людини, створюють оптимальні умови для творчої реалізації та відповідають рекреаційним потребам учасників[1]. Сама реалізація оздоровчо-рекреаційної технології відбувається кількома етапами: підготовчий (добір засобів та методів фізичного виховання, контроль фізичного та психічного стану учасників), основний (проведення занять), заключний (визначення ефективності вибраної технології).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, для збереження здоров'я необхідно виконувати фізичні вправи впродовж 30 хв не менше ніж тричі на тиждень. У Великобританії особам віком 5–18 років радять займатися фізичною культурою та спортом щодня протягом 30–60 хв, зокрема 2–3 рази на тиждень виконувати вправи на гнучкість та силового характеру.

За вимогами Американської академії спортивної медицини необхідно щонайменше тричі впродовж тижня по 20–60 хв бігати, плавати, їздити на велосипеді, а також не менше ніж двічі на тиждень виконувати вправи силового характеру. З метою збереження та поліпшення здоров'я в Канаді рекомендують не менше ніж 60 хв на день гуляти, працювати на присадибній ділянці або впродовж 20–30 хв займатися аеробікою, бігати, плавати тощо. Японські дослідники вважають, що щодня на фізичну активність необхідно використовувати 1 200–2 000 ккал або проходити 10–15 тис. кроків.

Щотижневі енергетичні витрати на фізичну рекреацію обсягом не менше ніж 1 000 МЕТ-хвилин здатні поліпшити показники кардіореспіраторної підготовленості та якість життя осіб віком 20–49років. Так само популярними для даного контингенту є програми занять силової спрямованості (атлетична гімнастика, культуризм), а також рекреаційні заняття (туризм, орієнтування),

які на думку багатьох авторів дозволяють підвищити і обсяг рухової активності і фізичний стан, тих хто займається.

Застосування силових вправ– дієвий засіб для пришвидшення або нормалізації метаболізму, проте силові тренування мають такий терапевтичний ефект за умови відсутності дефіциту калорій. Використання фізичних вправ має не лише оздоровчий ефект, але й дає змогу поліпшити якість життя принаймні за чотирма шкалами (“Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Життєздатність” та “Психічне здоров’я”).

Висновки до розділу 1

Поняття “якість життя” активно розвивається в різних галузях науки, проте воно має суперечливий характер. Праці щодо зв’язку між фізичною культурою й спортом та якістю життя доволі вузько спрямовані, оскільки основним об’єктом вивчення залишається соматичне здоров’я людини.

Натомість недостатньо обґрунтованою залишається низка питань, що стосуються інших аспектів рухової активності та високої якості життя населення. Попри значні наукові та практичні напрацювання українських та зарубіжних учених, зауважимо, що проблему формування, забезпечення та поліпшення якості життя чоловіків першого періоду зрілого віку досліджено недостатньо, а тому вона не була належно відображена у практичній діяльності.

Недостатньо використовуються механізми формування якості життя шляхом використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності, що ефективні для оздоровлення, підвищення стійкості організму до дії несприятливих умов, збереження здоров’я та відновлення працездатності людини.

РОЗДІЛ2
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

- теоретичний аналіз фахової науково-методичної літератури та документальних матеріалів,
- педагогічні методи (спостереження),
- психодіагностичні методи,
- соціологічні методи (опитування, анкетування),
- методи оцінки рухової активності,
- методи математичної статистики

2.1.1. Теоретичний аналіз фахової, науково-методичної літератури та документальних матеріалів

Для забезпечення повноти інформаційного поля дослідження використовували автоматизовані пошукові системи, бази даних. Під час пошуку необхідної інформації було виокремлено основні проблемні питання, що пов’язані з метою роботи, визначено перелік джерел, що містять необхідну інформацію, вибрано прийоми, за допомогою яких проведена робота з обраними науковими джерелами. Пошук інформації проводили з використанням українських та міжнародних вітчизняних ресурсів. Вивчено документальні дані, що стосуються здоров’я, способу та якості життя, Всесвітньої організації охорони здоров’я, Організації Об’єднаних Націй.

За результатами теоретичного аналізу даних науково-методичної літератури, було виявлено, що з одного боку жінки першого зрілого віку можуть викликати занепокоєння з боку здоров'я, оскільки це пік віку, особливо для репродуктивної системи, а з іншого боку більшість жінок першого зрілого віку займаються активним способом життя.

2.1.2. Педагогічні методи дослідження

Для реалізації мети кваліфікованої роботи ми провели педагогічний експеримент констатувального та формульованого вигляду. Нами було визначено особливість мотивів жінок до занять фізичної активності. Паралельно провели педагогічне спостереження за жінками в процесі занять. Використання цього методу полягало в спостереженні за самопочуттям, фізичного та емоційного стану. Цей метод є перевагою, тому що за його допомогою є можливість визначити середні стандартні поведінкових рис людини, які можуть впливати на рухову активність.

2.1.3. Психодіагностичні методи дослідження

Щоб виявити психо-емоційний стан жінок під час тренувань ми обрали метод "Градусник". Цю методику розробив Н. П. Фетіскін, вона виявляє емоційний стан "тут і зараз".

Перевагою цієї методики, що швидко можна зафіксувати емоційний стан.

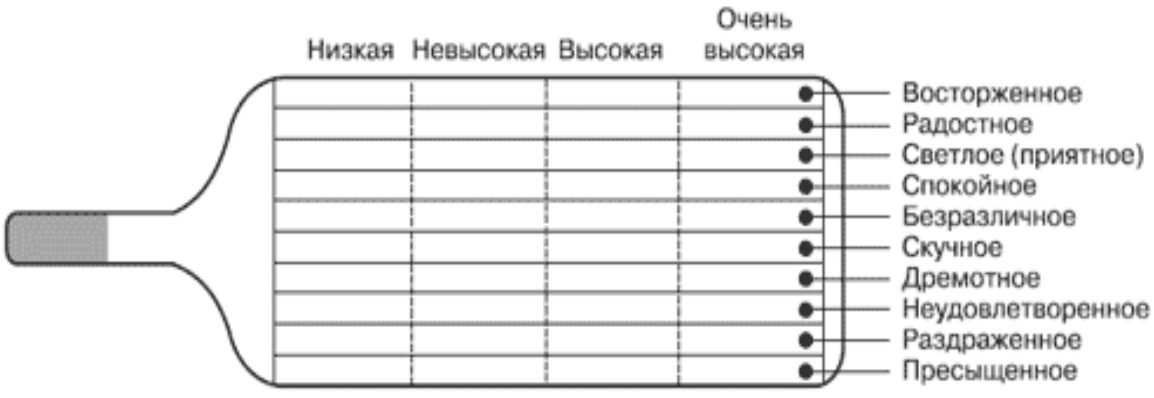


Рис. 2.1. Бланк оцінки психо-емоційних станів.

Інструкція. Перед вами на бланку зображений медичний градусник, на якому є кілька шкал, відповідних тому чи іншому емоційному стану. Поділу на шкалах відповідають одній або кільком рівню вашого стану. Виберіть ту шкалу, яка найбільшою мірою відповідає Вашому стану в даний момент, і позначте будь-яким знаком на цій шкалі градусника «температуру» наявного

в даний момент стану.

Шкали градусника відповідають наступним станам: захопленому, радісного, світлого (приємному); спокійного, врівноваженого; байдужому, нудного, дрімотному; роздратованому, пересиченим.

Інтерпретація даних. Розташування знака до 36 градусів відповідає слабкій виразності стану, від 36 до 37 градусів - середньої вираженості стану, від 37 до 38 градусів - високою вираженості, а від 38 до 39 градусів - дуже високою вираженості даного емоційного стану. Нами було обрано 5 станів: світле, спокійне, дрімотне, роздратоване та байдуже.

Рейтинг суб'єктивної оцінки сприйняття навантаження (Rating of Perceived Exertion), розроблений Боргом, застосовується в багатьох дослідженнях в галузі фітнесу та рекреації, навіть спорту. Жінки, які займаються оцінюють докладені зусилля по 20-бальній шкалі, приведеній в табл. 2.1. З огляду на такі чинники: фізичну форму і досвід тренувань; м'язовий дискомфорт, ступінь навантаження на суглоби, виникнення больових відчуттів в м'язах або суглобах; динаміку зміни дихання і ЧСС. Важливо розуміти, що шкала оцінює наскільки важким і енерговитратним для вас є вправи, включаючи всі відчуття фізичного навантаження, зусилля і втоми. Не варто звертати уваги на такі фактори як біль в ногах або швидке дихання, а сконцентруватися на оцінці загального відчуття напруги.

Методика самооцінки функціонального стану “САН” (В.А. Доскін та ін.)

Методика призначена для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (перші букви цих функціональних станів і складають назву опитувальника). Інструкція: “ Вам необхідно співвіднести свій стан із рядом ознак за багатоступінчатою шкалою. Шкала складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, які відображають рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров’я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного

стану (настрій). Ви повинні вибрати та помітити цифру, яка найбільш точно відображає Ваш стан у момент обстеження.

“Ключ” Шкала “самопочуття” – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Шкала “активність” – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Шкала “ настрій” – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Обробка та інтерпретація результатів. Під час обробки отриманих даних оцінки респондентів необхідно перекодувати таким чином: індекс 3, який відповідає незадовільному самопочуттю, низькій активності та поганому настрою, приймається за 1 бал; наступний індекс 2 приймається за 2 бали; індекс 1 – за 3 бали і так до індекса 3 з протилежного боку шкали, який відповідно приймається за 7 балів (увага: полюси шкали постійно змінюються).

Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. По цих “приведених балах” і розраховується середнє арифметичне як у цілому, так і окремо з активності, самопочуття та настрою.

2.1.4. Соціологічні методи.

У цьому випадку мі обрали анкетування. Цей метод представляє собою опитування в електронній формі.

Анкетування проводилося серед жінок першого зрілого віку (21-35р). У деяких жінок вже є діти. З метою визначення якості життя жінок у період оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Анкета було розроблена самостійно і запропонована учасницям опитування у вигляді GoogleForm. Приклад анкети наведений нижче.

Шановні учасниці!

Наша анкета розроблена з метою визначення якості життя жінок в під час тренувань оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Прошу відповісти на питання, обираючи відповідь, яка найближча до Вашого відношення, або надати свою відповідь.

Дякуємо!

Анкета

1. Ім’я

2. Вік.

3. Чи маєте ви дітей?

4. Якщо відповідь «ТАК», то скільки їм років?

5. Займайтесь чи ви якимось видом рухової активності?

6. Якщо відповідь «ТАК», то яким саме?

- туризм
- ходьба
- плавання
- сауна
- прогулянки
- масаж
- гімнастика
- заняття на тренажерах

7. Після фізичного навантаження як ви себе почуваєте?

8. Як часто ви втомлюєтесь?

9. Скільки разів на тиждень ви займаєтесь руховою активністю?

10. З якою метою ви займаєтесь руховою активністю?

11. Покращилася якість життя після початку тренувань?

12. Часто Ви хворієте?

13. На скільки Ваші очікування про користь рухової активності виправдалися?(позначити шкалу от 1 до 10)

2.1.5. Оцінка рухової активності

Спрощений метод визначення обсягу добової рухової активності.(ДРА). Його визначають за такою формулою (Т.Ю. Круцевич, Г.В. Безверхня, 2010):

ДРА = (Р* × 46) *Вк×Пк(ккал добу $^{-1}$**)**

де ДРА – фактичні добові енерговитрати

Р – маса тіла, кг;

Вк – коефіцієнт перерахунку залежно від віку (Вк) та професійної діяльності (Пк)

Поправочний коефіцієнт (Пк) відповідно до професійної діяльності:

• легка праця – 0,9;

• помірна професійна праця – 1,0;

• тяжка фізична праця – 1,17;

• дуже тяжка фізична праця – 1,3.

Поправочний коефіцієнт (Вк)

Стать	Вік, років					
	16-19	20-39	40-49	50-59	60-69	Більше 70
чоловіки	1,02	1,0	0,95	0,9	0,8	0,7
жінки	1,05	1,0	0,95	0,9	0,7	0,7

Визначити рівень рухової активності за Міжнародним опитувальником.

Міжнародний опитувальник для визначення рівня рухової активності

Питання, які ми пропонуємо, стосуються часу, упродовж якого ви були фізично активні за останні 7 днів. Будь ласка, відповідайте на кожне запитання, навіть якщо не вважаєте себе фізично активною людиною. Згадайте про всі види діяльності, якими Ви займаєтеся на роботі, вдома, у Вашому саду чи на присадибній ділянці, щоб дістатися з одного місця до іншого, під час відпочинку, а також, що Ви робили, коли займалися фізкультурою чи спортом.

Пригадайте всі різновиди інтенсивної чи помірної фізичної активності, яку Ви виконували впродовж останніх 7 днів. Інтенсивна фізична активність вимагає прикладання значних фізичних зусиль і зумовлює пришвидшення дихання. Помірна фізична активність вимагає прикладання помірних фізичних

зусиль і дещо пришвидшує дихання, порівняно зі станом спокою.

2.1.6. Методи математичної статистики.

Результати досліджень були піддані математичній обробці з використанням статистичних методів описової статистики. Дані, отримані в результаті анкетування, оброблені статистичним методом визначення показників відносної частки. Він передбачає проведення аналізу результатів дослідження з метою визначення процентного співвідношення між частинами і цілим. Для розрахунку використовується формула 2.1:

$$P_{\%} = \frac{m}{n} \times 100\% \qquad (2.1),$$

де, $P_{\%}$ – показник відносної частки; m – число респондентів, що вибрали той чи інший варіант відповіді; n – кількість вибірки.

Статистична обробка одержаних даних проводилася на ПК за допомогою пакету “Statistica 6.0” (StatSoft, США) і електронних таблиць “Excel 2010” (Microsoft, США).

2.2. Організація досліджень.

Дослідження були проведені на основі анкетування і спостереження, в дослідженні взяли участь 20 жінок першого зрілого віку (21 – 35 років).

Частина жінок займалися фізичною активністю,а друга половина тільки почне займатися фізичною активністю під час нашого дослідження. **Перший етап** (вересень 2020 – грудень 2020 рр.)проаналізовано наукову та методичну літературу для виявлення новітніх технологій, спрямованих на формування якості життя людини. Вивчено відомі підходи до тлумачення якості життя, з’ясовано особливості обчислення кількісного показника та аналізу отриманих результатів, обґрунтовано перспективи використання оздоровчо-рекреаційних технологій для забезпечення якості життя різних груп населення. Уточнено тему, мету, об’єкт та предмет дослідження.Був

спрямований на особливість фізичного та емоційного стану. Та проаналізована спеціальна – наукова література.

Другий етап (січень 2021– жовтень 2021 рр.) була розроблена анкета і проведено анкетування. Дані анкети були проаналізовані для того щоб зрозуміти, яка мотивація і мотиви у жінок до занять фізичною активністю та як покращилась їх якість життя.Доповнено інформацію науково-методичного характеру з проблем поліпшення якості життя населення, методики для оцінювання якості життя з урахуванням об’єктивних і суб’єктивних показників.

Проведено констатувальний педагогічний експеримент у ході якого визначали рухову активність та якість життя жінок першого періоду зрілого віку (всього 20 осіб).

Третій етап (листопад 2021р.) на цьому етапі були проаналізовані дані, формування 3 розділу роботи, формулювання висновків, оформлення роботи і захист кваліфікаційної роботи на кафедрі.

РОЗДІЛ 3
ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ

3.1. Характеристика мотивів жінок до занять ОРРА

Постає питання за які мотиви жінки починають займатися ОРРА. Отож причини які мотивують до занять фізичними вправами.

Контроль маси тіла. Багатьох хвилює питання, як же підтримувати свою форму? Фізичні навантаження навіть самі легкі дуже ефективні. Слід знати, що фізичні навантаження в поєднанні із раціональним харчуванням забезпечують ефективне підтримання маси тіла і навіть її зниження. Зниження маси тіла має позитивні наслідки для здоров'я жінок. Регулярне фізичне навантаження не тільки забезпечують контроль маси тіла, але і «усувають" малорухливість як чинник ризику.

Зниження стресу і депресії. Регулярне виконання фізичних вправ пов'язано з поліпшенням самопочуття. В сучасному суспільстві спостерігається значне збільшення кількості людей, що страждають депресією і підвищенням станом тривоги. Фізичне навантаження - один із способів забезпечення більш раціонального відношення до різних стресових ситуацій та їхнього заняття.

Задоволення. Багато людей починають займатися фізичними видами з метою зміцнення здоров'я або понизити масу тіла, якщо людина не одержує задоволення від занять, вона перестає цим займатися.

Спілкування. Дуже часто жінки починають займатися фізичними вправами через можливість поспілкуватися в неформальній атмосфері з іншими людьми. Навіть результати дослідження показують те що

більшість жінок вважають краще займатися в групі. Вони так отримують соціальну підтримку.

Результат досліджень дозволяє виділити мотиви кожної вікової групи. У дослідженні взяло участь 20 жінок першого зрілого віку (21 – 35 років). (Рис. 3.1.).

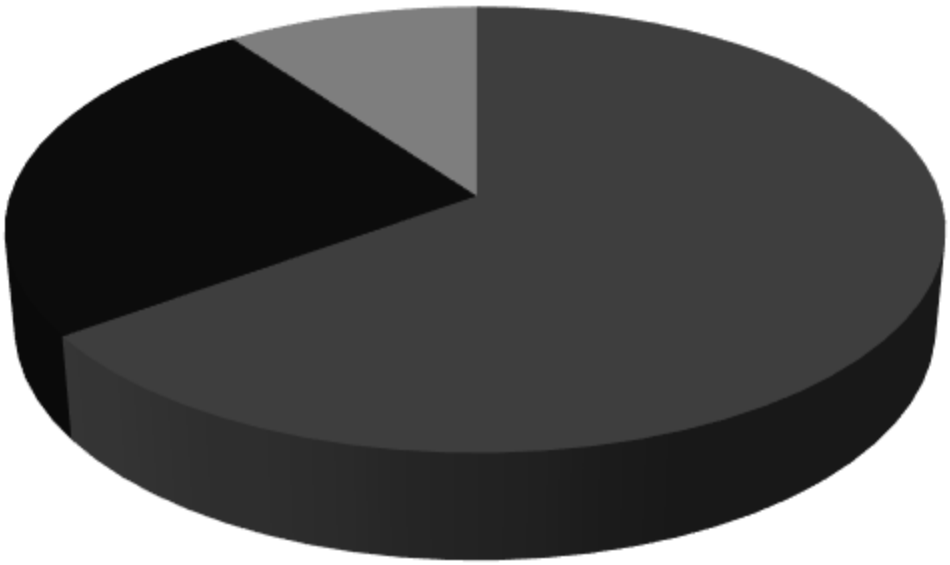


Рис. 3.1. Вікова категорія жінок які прийняли участь у дослідженні

.

Мотиви на початковому етапі дослідження визначилися за допомогою анкетування. При аналізі даних ми змогли виділити *4 основні мотиви* для занять фізичної активності

1. Мотив "Здоров'я "

- зміцнення здоров'я;
- профілактика здоров'я;
- активний та здоровий спосіб життя
- самопочуття під час та після занять

2. Мотив "Фігура"

- підтримання чи зменшення ваги
- підтримання м'язового тонусу

3. Емоційний мотив

- задоволення від тренувань
- настрій під час та після тренувань
- менше стресу та депресії
- підвищення рівня самооцінки

4. Соціальний мотив

- потреба у спілкуванні
- бажання у приємному відпочинку

Домінуючим мотивом є " фігура " - 68%, другою місці " здоров'я " - 21%, далі " емоційний мотив - 8%, соціальний мотив - 3 %. (Рис. 3.2.)

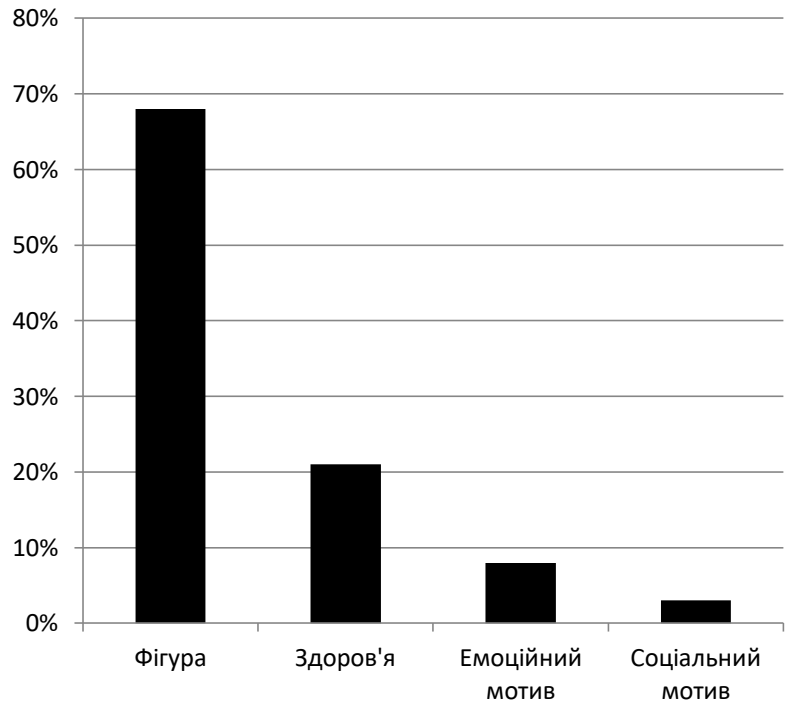


Рис. 3.2.Мотиви жінок до занять рухової активності.

Аналіз отриманих даних показав, що у кожної жінки, в різному віці є свій пріоритет для мотиву занять ОРРА.

Але не дивлячись на це, все рівно домінантним мотивом у жінок

являється "збереження фігури". Це можна пояснити тим, що кожна жінка, не дивлячись на свій вік, хоче бути привабливою, в першу чергу для себе.

3.2. Задоволення та якість життя жінок першого зрілого віку.

Для оцінки ставлення жінок до занять ОРРА, і як покращилося їх життя було застосовано анкетування. (Рис.2.2.)

Основною метою анкетування окрім визначення мотивів, було визначення якості життя, їх самопочуття, і як змінилася якість життя під час фізичної активності.

Суб'єктивне розуміння жінок стану своєї втомленості під час занять відбулося так:

40% - відповіли що не втомлюються;

26% - відповіли інколи втомлюються;

20% - відповіли часто втомлюються;

14% - відповіли що дуже часто втомлюються;

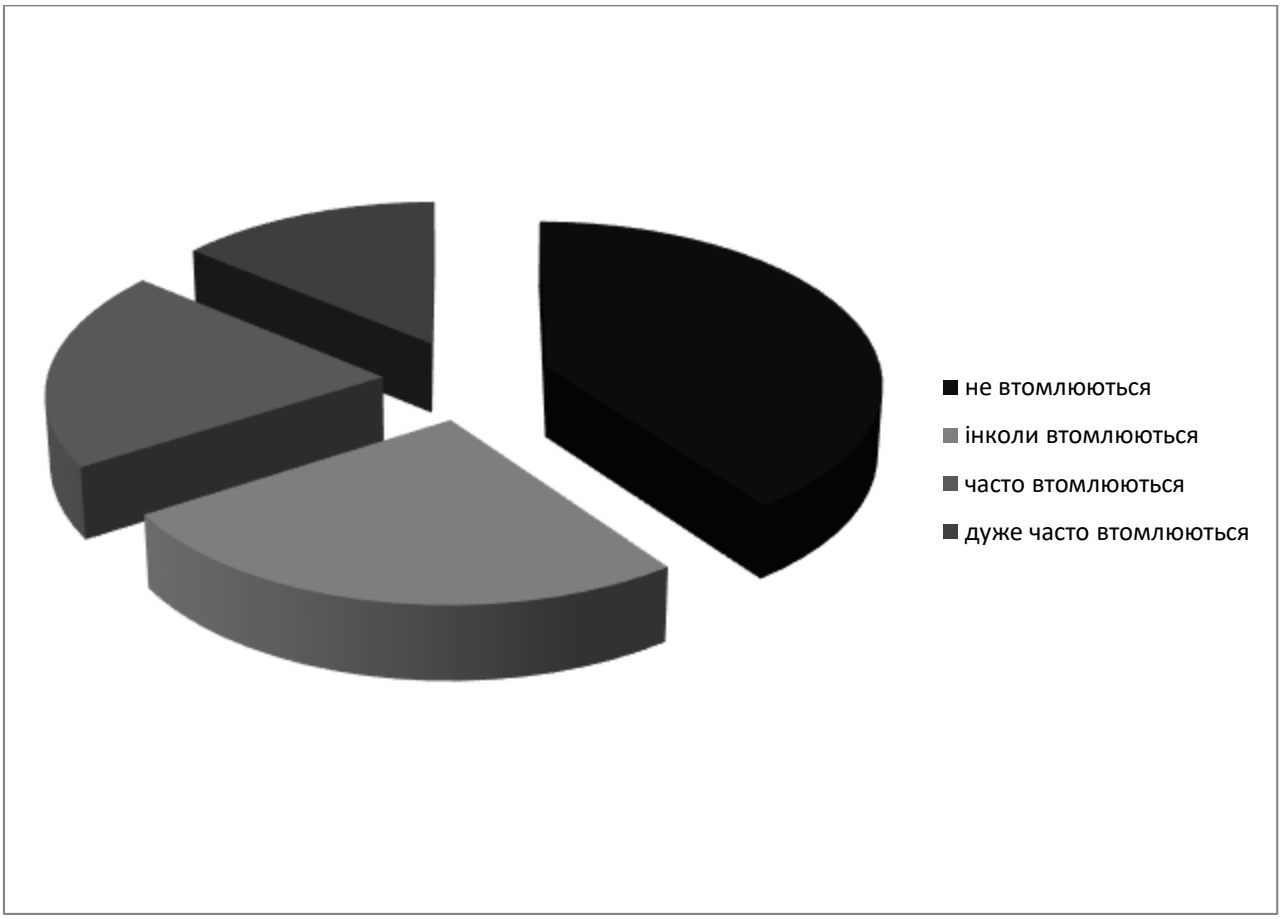


Рис. 3.3. Почуття жінок під час тренувань.

Основною метою анкетування окрім визначання мотивів, було визначення якості життя жінок після початку тренувань.

Відповіді були різні, більшість 78% відповіли що якість життя поліпшилась, 20% відповіли що поки на середньому рівні, 2% відповіли що погано. (Рис. 3. 4.)

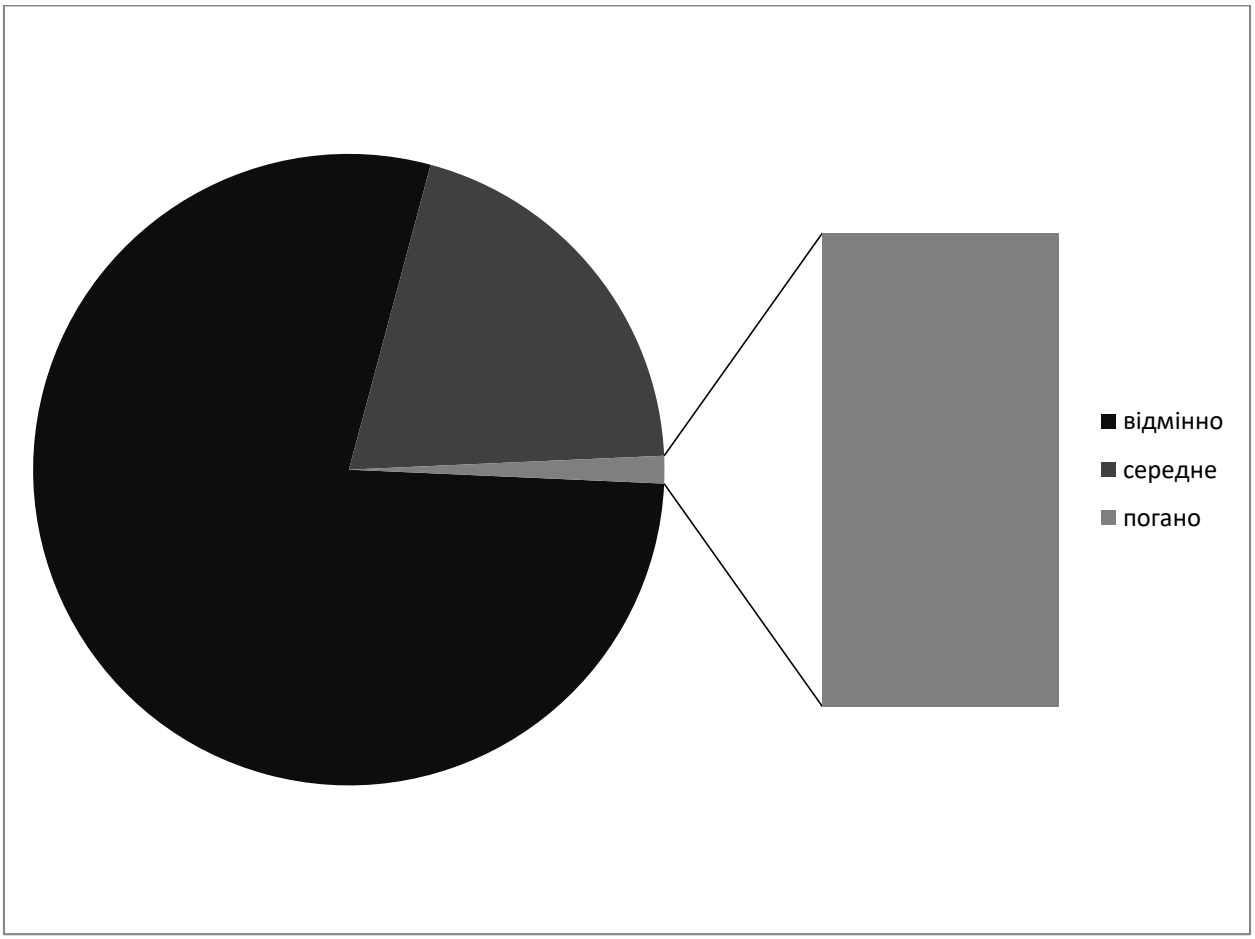
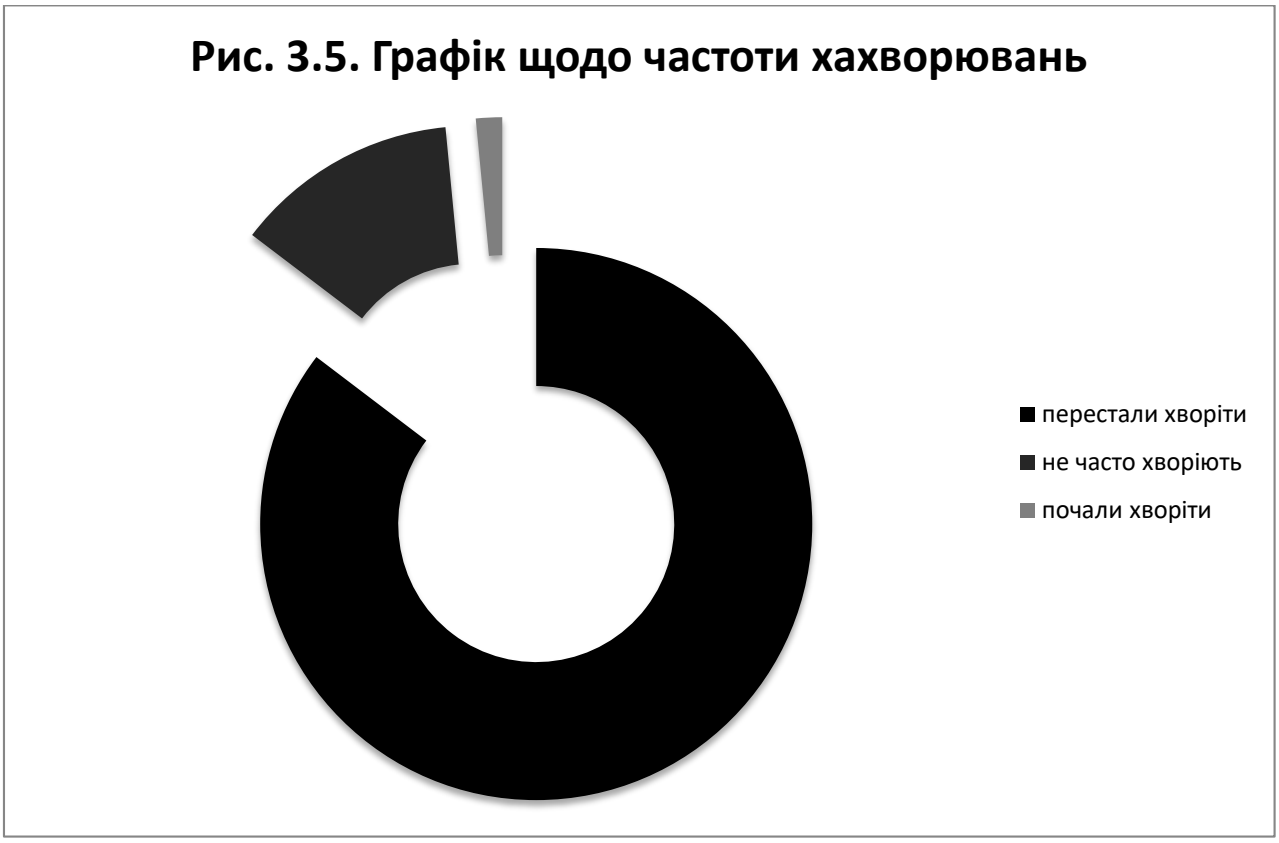


Рис. 3. 4. Розподіл думок жінок щодо поліпшення якості їх життя після початку тренувань.

Наступним кроком був проведен аналіз даних на рахунок частоти захворювань після того як вони почали займатися фізичною активністю. На думку більшості – 78% жінок відповіли що перестали хворіти, 12% жінок відповіли що не часто, 10% - відповіли що навпаки почали хворіти. (Рис. 3.5.)



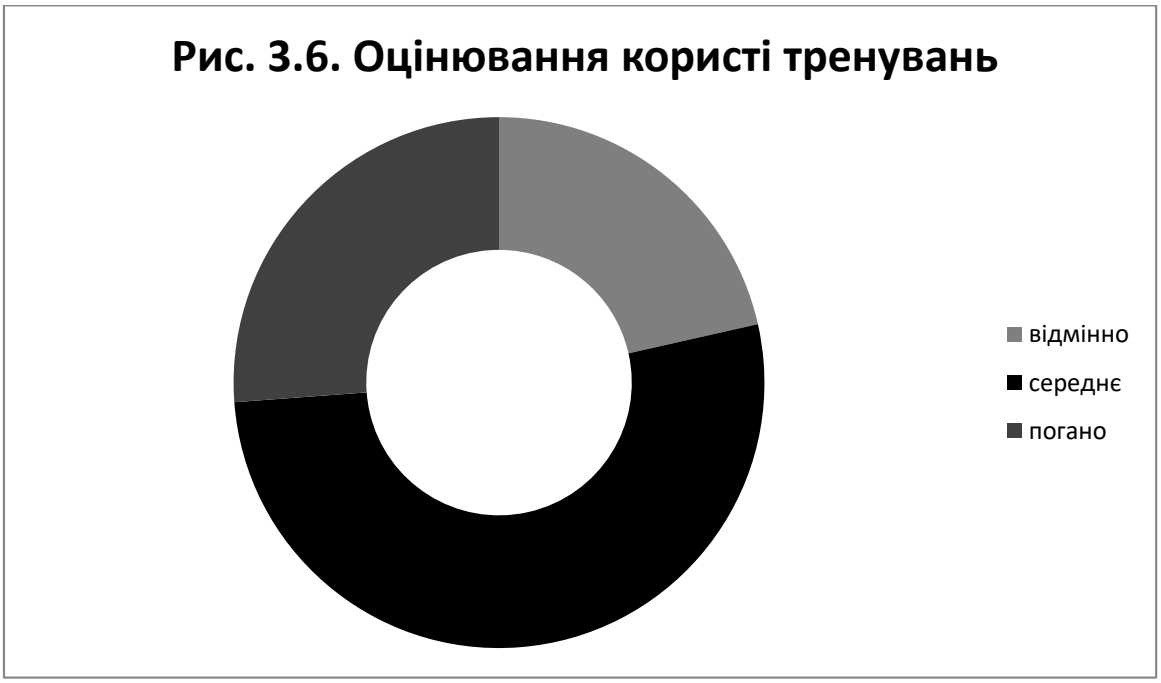
На останнє ми запропонували оцінити користь тренувань за шкалою від 1 до 10. Ближче до одного – погано, ближче до 10 – відмінно. (Рис. 3.6.)

Ми отримали такі данні:

70% - відмінно;

20 % - середнє;

10% - погано;



Отриманні результати є підґрунтям для розуміння мотивів і мотивації жінок до занять фізичною активністю.

3.3 Рухова активність досліджуваного контингенту.

Найбільш притаманним заняття фізичною активністю 10 -15 днів. Це обумовлено їх гарному настрою та заряду бадьорості.

При аналізі відповідей щодо кратності тренувань в місяць ми отримали:

3 рази на тиждень – 58%;

1 – 2 рази на тиждень – 29%;

Інколи – 8%;

І тільки 5% жінок відповіли що хотіли б займатися кожен день. (Рис. 3.7.)

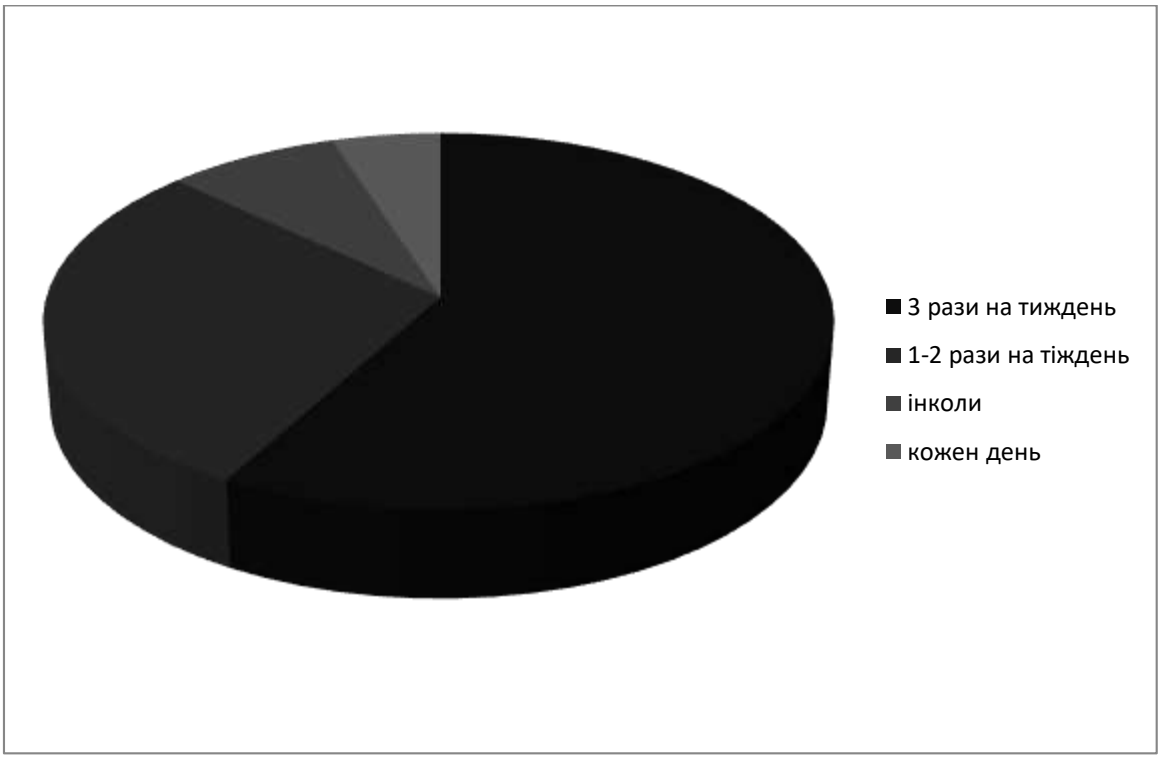


Рис. 3. 7. Кратність занять

Також під час дослідження було проаналізовано результати жінок першого зрілого віку, на рахунок обраного виду фізичною активністю з запропонованих варіантів. (Рис. 3.8.)

Плавання – 35%;

Туризм – 20%;

Прогулянки – 11%;

Масаж – 10%;

Тренажери – 9%;

Ходьба – 7%;

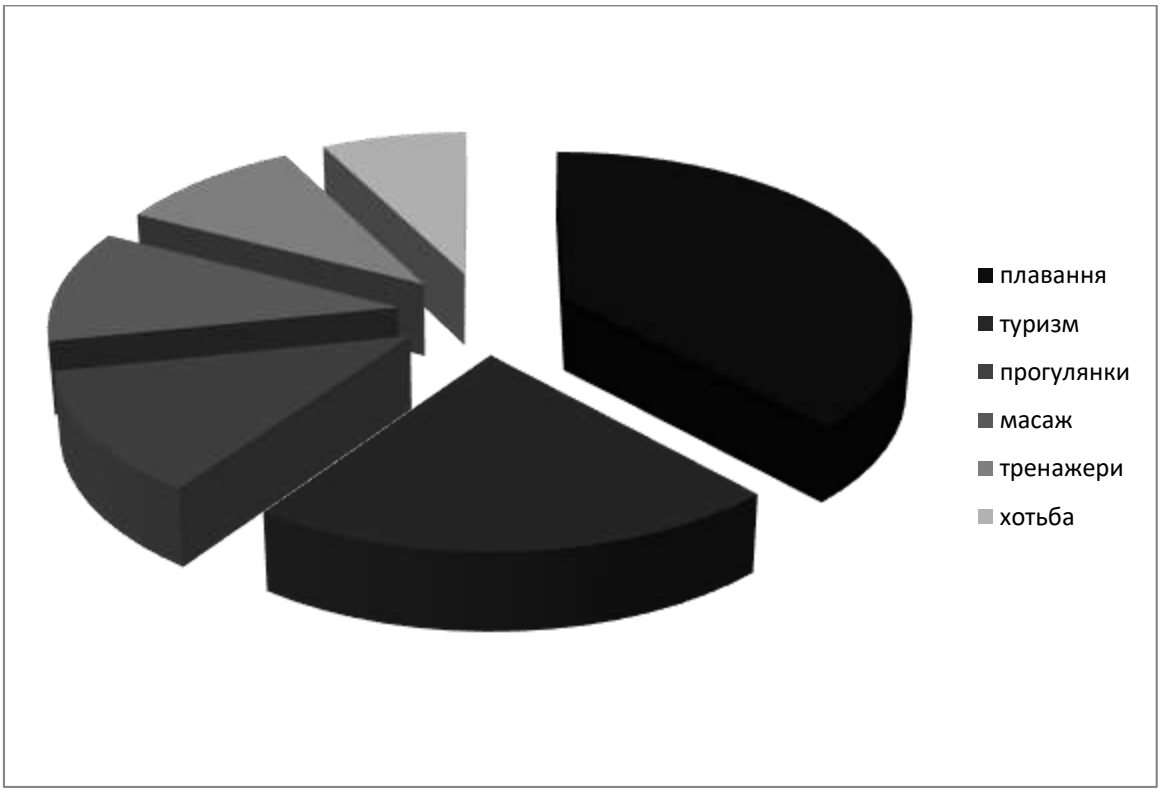


Рис. 3.8. Вибір жінок щодо обраних виду занять.

Також для більш детального розуміння якості життя жінок першого зрілого віку ми їм надали тест для оцінки якості життя. (Рис. 3.9)

Шкала оцінки якості життя (SF – 36)

1. Робота (трудова зайнятість)		
Повністю не відповідає очікуванням та інтересам	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Повністю відповідає очікуванням та інтересам
2. Особисті прагнення та досягнення		
Не досягнуто цілей	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Досягнуто багато цілей
3. Здоров'я		
Часто хворію	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Почуваюсь абсолютно здоровим
4.Змінні обставини		
Викликають хвилювання та самотність	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Не викликають хвилювання та самотність

5. Відносини з дітьми		
Не викликають радості	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Завжди в радість
6. Відносини на роботі (колеги, керівництво та ін.)		
Напружені та викликають дискомфорт	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Гармонійні
7. Відносини з друзями		
Відсутні щирість та теплота. Дискомфорт.	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Теплі, щирі стосунки. Відчуваю дружню підтримку.
8. Духовна та релігійна підтримка		
Відсутня	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Присутня
9. Залежність гарного настрою		
Від зовнішніх обставин	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Від внутрішнього настрою
10. Само організованість та самодисципліна		
Постійний брак часу	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Вмію чудово організовувати свій час
11. Навколишнє середовище		
Неприємне та небезпечне	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Безпечне та комфортне
12. Фізичний стан		
Постійна втома та напруження	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Чудове самопочуття
13. Фінансовий стан		
Незадовільне, погано кероване	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Задовільне, стабільне

14. Кількість та тяжкість життєвих криз за останні 2 роки		
Багато	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Відсутні
15. Професійна кар'єра		
Безперспективна	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Багато перспектив
16. Фізична активність		
Дуже низька. Нерегулярна.	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Висока. Регулярна.
17. Сон		
Часто поганий.	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Прекрасний.
18. Фізична форма (зовнішній вигляд)		
Не задоволений	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Задоволений
19. Самоконтроль та володіння собою		
Поганий	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Чудово володію собою
20. Прийняття рішень		
Приймаю рішення важко. Нерішучий.	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Легко приймаю рішення. Рішучий.
21. Відповідальність		
Не люблю перенапружуватись. Беру на себе лише легкі зобов'язання.	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Часто беру зайві обов'язки на себе.
22. Почуття вини та сорому		
Відчуваю дуже часто	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Вкрай рідко

23. При зміні ситуацій та планів		
Завжди нервую	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Легко підлаштовуюсь
24. Почуття гніву		
Часто гніваюсь на себе та на інших	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Більшість речей та обставин сприймаю без роздратування
25. Самоповага		
Часто я не задоволений собою	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	В цілому я собою задоволений
26. Життєві цінності та принципи		
Нестабільні та нечіткі	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Завжди прозорі та стабільні
27. Моральна та емоційна підтримка близьких		
Мінімальна або відсутня	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Сильна та відчутна
28. Життєрадісність		
Переважно не життєрадісний	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Переважно життєрадісний
29. Сексуальне життя		
Задоволений	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Не задоволений
30. Повага в діловому оточенні (визнання)		
Слабка або відсутня	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Сильна
31. Почуття страху та тривоги		
Присутні щоденно	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Відсутні

32. Професійна та ділова підтримка		
Відсутня	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Присутня
33. Почуття образи та гніву на інших		
Відсутня	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Дуже сильна
34. Настрій		
Практично завжди жахливий	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Гарний
35. У важких життєвих ситуаціях		
Ніколи не втрачаю надії	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Завжди панікую і відношусь песимістично
36. Внутрішній ресурс		
Відчуваю виснаження	**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Повний сил

Ключ:	
Робота	1,6, 13, 15
Особисті досягнення	2, 25, 26, 30.
Здоров’я	3,16,17 18.
Спілкування з близькими	4, 5,7, 29.
Підтримка (внутрішня та зовнішня)	8, 27, 32, 36.
Оптимізм	9, 28, 34, 35.
Напруження	10, 11,12,14.
Самоконтроль	19, 20, 21, 23.
Негативні емоції	22, 24, 31, 33.

Інтерпретація			
Відповідно до зазначеного вище ключа підраховується сума балів для кожної категорії життєдіяльності (9 субшкал, кожна містить по 4 питання). Мінімальна сума для кожної субшкали дорівнює 4 балам, максимальна - 40. Оцінки субшкал відповідають поняттю задоволеності в різних сферах життєдіяльності. Чим менша величина балів, тим сильніша психічна напруженість і нижча задоволеність якістю життя в даній сфері. Також підраховується загальний індекс якості життя (ІЯЖ), рівний середньому значенню балів, набраних за всіма дев'ятьма субшкалами.			
Оцінка рівня якості життя			
Показники	**Низький рівень**	**Середній рівень**	**Високий рівень**
Робота	4-22	23-31	30 і >
Особисті досягнення	4-25	26-32	31 і >
Здоров’я	4-25	26-33	32 і >
Спілкування з близькими	4-26	27-32	33 і >
Підтримка (внутрішня та зовнішня)	4-22	23-31	30 і >
Оптимізм	4-21	22-26	27 і >
Напруження	4-22	23-29	30 і >
Самоконтроль	4-23	24-28	29 і >
Негативні емоції	4-21	22-27	28 і >
Оцінка рівня якості життя за загальним індексом якості життя (ІЯЖ)			

Дуже низький	Низький	Середній	Високий
4-10	11-20	21-29	30-40

Рис. 3.9. Шкала оцінки якості життя

За результатами цього тесту більшість -76% жінок відповіли що їх якість життя знаходиться на високому рівні. 20% відповіли що на середньому рівні. І тільки 4% відповіли що на низькому рівні.

Що стосується рекомендацій, то для жінок новачків або для тих, хто довго не тренувався, навантаження має бути помірним.

Тренування повинні бути регулярними, і з відпочинком між заняттями не більше 2х днів це для відновлення організму. Тренування можна проводити за допомогою спортивного інвентарю:

- килимок
- скакалки
- гантелей
- резинок

Перше: *розминка та кардіо*.

Розминка має бути суглобовою: обертальні рухи в обидва боки голови, плечей, рук, ліктів, кистей, тазу, колін та стоп

1.Стрибки на скакалці

Стрибати потрібно 8-10 хвилин у комфортному темпі з паузами до 15 секунд кожні 1-3 хвилини.

2. Джампінг Джек

Стрибати у швидкому темпі 8-10 хвилин із перервами до 15 секунд кожні 1-3 хвилини

3. Ходьба сходами

Для поліпшення тонусу м'язів повинні бути так само вправи для рук, спини і грудей. Можна виконувати як із власною вагою, так і з гантелями.

4. Вправа «човник» для спини

Тримайте баланс у цій позі 2 секунди. Опустіться в базове положення і повторюйте «човник» по 30 секунд на 3 підходи.
4. Віджимання

Один підхід – 10-30 секунд. Усього потрібно виконати 3 підходи.

5. Присідання з махом убік (для цієї вправи можна взяти фітнес резинка)

Відведіть ногу на один підхід 30-60 секунд. Для гарного опрацювання м'язів буде достатньо трьох підходів.

6. Станова тяга (для цього можна взяти гантелі)

Один підхід триває 30-60 секунд. Усього потрібно зробити 3 підходи.

7. Планка

Утримуйте планку 30-60 секунд у 3-4 підходи

8. Планка збоку.

Стійте в планці 30-60 секунд, виконайте 3-4 повтори.

9. Човен на пресі

Затримайтеся на 10 секунд. Повторіть вправу 3-4 рази.

Оптимальна тривалість заняття становить 30-45 хвилин.
Якщо не має часу для таких щоденних тренувань, то є і інші варіанти, наприклад:
Можна займатися *скандинавкою ходьбою* 30 – 40 хвилин 2 рази на тиждень, за рахунок такого тренування підвищується імунітет, усунення проблем зі сном, та відмінний настрій.

Біг підтюпцем до 30 хвилин 3 - 4 рази на тиждень, під час цього заняття знижується стрес, за рахунок вироблення гормону щастя і покращується психоемоційний стан, бажано займатися в ранковий час до сніданку.

Теренкур найкорисніше цим видом фізичної активності займатися вранці або передвечірній час, дихання через ніс, потрібно робити зупинки на 1-3

хвилини, по закінченні свого маршруту обов'язково відпочинок 15-30 хвилин. За допомогою таких тренувань відбувається психоемоційне оздоровлення від фізичної активності.

Висновки до розділу 3

Підводячи підсумки проведеного дослідження, можна зробити висновок, що заняття ОРРА дуже підвищує якість життя жінок першого зрілого віку.

Можна зрозуміти що жінки обирали мотиви і вид рухової активності виходячи зі свого віку.

І звичайно, суб’єктивними показниками анкетування було видно за результатами це гарне самопочуття і підвищення якості життя під час занять фізичною активністю.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз спеціальної літератури свідчать про те що систематичні тренування рухової активності сприяють гарному самопочуттям, нормальний емоційний стан. За результатами досліджень було встановлено що популярний вид ОРРА це плавання.

2. За результатами мотивів до занять оздоровчої рухової активності нами було отримано:35% жінок обрали мотив «фігура»;32,6% жінок обрали «здоров'я» бо це призводить до м'язового тонусу;26,4% відповіли – емоціональний мотив бо вони отримують задоволення від тренувань;12% відповіли про соціальний мотив бо в них є потреба у спілкуванні.Важко було визначити оптимальну кратність занять на тиждень, більшість 58% обрали 3-4 рази на тиждень.

При аналізі мотивів на першому місці було збереження фігури і добре самопочуття.

За суб'єктивною оцінкою – 70% жінок відмітили що заняття ОРРА дуже покращили якість життя,позитивно вплинули на емоційний стан.

Простіше, кожна група жінок у порівнянні свого віку вибирали індивідуальні інтереси. І за такими даними можна зрозуміти, що жінки вікової категорії 21-35 вибирали мотив фігури і у них було гарне самопочуття, тому що організм ще в самому розквіті сил. Жінки вікової категорії 26-30 вибирали мотив емоційний стан, і вони мали самопочуття на середньому рівні, оскільки у період віку пріоритети перебувають у іншому. А ось у віковій категорії жінок 31-35 вибирали мотив здоров'я, і у них було погане самопочуття, у цьому віці пріоритет здоров'я стоїть на першому місці, і у них було не дуже гарне самопочуття, оскільки вводити у своє життя фізичну активність було тяжко і процес. адаптації до фізичних навантажень був важким.

3. Аналіз сприйняття жінками впливу занять оздоровчої рухової активності на їх самопочуття та психо–емоційного стану показувало що жінки

які не мають досвіду занять ОРРА були втомлені і погано себе почували, але це все змінювалося під час подальшого тренування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрєєва О. В. Фізична рекреація різних груп населення / О. В. Андрєєва ; К. : Поліграфсервіс, 2014. – 280 с.
2. Апанасенко Г. Санология. Основы управления здоровьем / Апанасенко Г., Попова Л.– Saabruchen : LambertAcademy Publisher, 2012.– 405 с.
3. Андрєєва О. Організація рекреаційної діяльності осіб зрілого віку / Олена Андрєєва, Костянтин Пацалюк // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2006. – № 2. – С. 26–30.
4. Андрєєва О. Соціально-психологічні фактори, що впливають на вибір різних форм і видів рекреації / Олена Андрєєва // Спорт. вісн. Придніпров'я. – 2004. – № 6. – С. 33–37
5. Андрєєва О. Аналіз мотиваційних теорій у сфері оздоровчої фізичної культури та рекреації / Олена Андрєєва // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2004. – № 2. – С. 81–85.
6. .Борек З. Особливості залучення населення до оздоровчо-рекреаційної діяльності (на прикладі Польщі) [Електронний ресурс] / З. Борек, Ю. Павлова, Б. Виноградський // Молодь та олімпійський рух : зб. тез доп. VIII Міжнар. наук. конф. – Київ, 2015. – С. 261–262. – Режим доступу : http://uni-sport.edu.ua/naukova-robota/naukovi-konferentsiji-seminari.html.
7. Булатова М. Здоров'я і фізична підготовленість населення України / М. Булатова, О. Литвин // Теорія і методика фізичного виховання і спорту.– 2004. – № 1. – С. 4–9.
8. ВОЗ, Европейскоерегиональное бюро. Реализация политики Здоровье – 2020 / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – ВОЗ, 2015. – Режим доступа : http://www.euro.who.int.
9. Глухов В. И. Физическая культура в формировании здорового образа жизни. В. И. Глухов. -К.: Здоров'я, 1989.

10. Дем’янчук О. Г. Характеристика методів та засобів підготовки у спортивному туризмі.

11. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоров ядетей и всего населения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http:// www.euro.who.int

12. Дутчак М.В. Парадигма оздоровчої рухової активності: теоретичне обґрунтування і практичне езастосування / М.В. Дутчак // Теорія і методика фізичного виховання і спорту.– 2015. – № 2. – С. 44–52.

13. Дмитрук О. В., Щур Ю. В. Спортивно-оздоровчий туризм / О. В. Дмитрук, Ю. В. Щур : Навчальний посібник. – 2-вид., перероб. та допов. – К.: «Альтерпрес», 2008. – 280 с.

14. Душанин С. А. Самоконтроль физического состояния / С. А. Душанин, Е. А. Пирогова, Л. Я.Иващенко. – Киев, 1980.

15. Жеребин В. М. Уровень жизни населения / В. М. Жеребин, А. Н. Романов. – Москва : Юнити-Дана, 2002. – 592 с.

16. Жданова О. Форми залучення населення до рухової активності / О. Жданова, Л. Чеховська // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали IX Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю.– Львів, 2014. – С. 208–214

17. Зайцев В. П. Физическая рекреация в структуре активного отдыхастудентов / Зайцев В. П., Прусик К., Ермаков С. С. // Физическоевоспитаниестудентов. – 2011. – № 1. – С. 68–77.

18. Заневський І. П. Модель проби Руф’є з урахуванням віку пацієнта / І. П. Заневський // Теорія та методика фіз. виховання. – 2013. – Вип. 2. – С. 17–27.

19. Здоров’я та поведінкові орієнтації учнівської молоді : монографія / О. М. Балакірєва [та ін.]. – Київ : Укр. ін-т соц. дослідж., 2007. – 128 с.

20. Ільницький І. Вплив фізичної активності на здоров’я людини / І. Ільницький // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : мат. IXВсеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – 2014. –

С. 177–179

21. Ковалевська О. П. Житлові умови в системі характеристик якості життя [Електронний ресурс] / О. П. Ковалевська // Державне управління. – 2011. –№ 3. – Режим доступу : http://www.irbis-nbuv.gov.ua.

22. Кількісна оцінка рівня фізичного здоров'я та рекреаційно-оздоровчі режими [навч. посіб.] / В.В. Клапчук, В.В. Самошкін. – Дніпропетровськ: Ін-т фізкультури, 2009. – 38 с.

23. Круцевич Т. Ю. Експрес-контроль фізичної підготовленості дітей та підлітків в умовах фізкультурно-оздоровчих занять / Т. Ю. Круцевич // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 64–69.

24. К вопросу использования современных занятий профилактико-оздоровительной направленности с людьми зрілого возраста Кашуба В., Алешина А., Прилуцкая Т. и др. // Молодіж. наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун. ім. Лесі Українки. 2018. – Вип. 29. – С.50-59.

25.. Люшер М. Цветовой тест Люшера (перевод с англ) / М. Люшер. – Спб.: Сова; М.: Изв-во ЭКСМО-Пресс. – 2002. – 192с.

26. Людський розвиток регіонів України: мінімізація соціальних ризиків (колективна науково-аналітична монографія) / за ред. Е. М. Лібанової. – Київ : Ін-т демографії та соц. досліджень ім. М. В. ПтухиНАН України, 2010. – 496 с.

27. М. Н. Кудяшев. Причины низкой физкультурно-оздоровительной активности женщин первого зрелого возраста. - 2013

28.. Мічуда А. Мотивація на різних стадіях споживання фізкультурно-оздоровчих послуг/ А. Мічуда, К. Варуск // Актуальні проблеми фізичної культури і спорту : зб. наук. пр. – 2004. – № 4. – С. 140 – 147.

29. Мельниченко О. А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання / О. А. Мельниченко. – Харків : Магістр, 2008. – 232 с.

30. Мороз ОО. Корекція маси та складу тіла жінок 21-35 років засобами оздоровчого фітнесу [дисертація]. Київ: Нац. ун-т фіз. виховання і спорту

України; 2011. 234 с.

31. Навчально-методичний посібник // Олексієнко Я. І., Гунько П. М // Теорія, види та технології оздоровчо-рекреаційної рухової діяльності.

32. Новик А. А. Исследованиекачестважизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова / под ред. Ю. Л. Шевченко. – Москва : Геотар-мед, 2007. – 240 с.

33. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / за. ред. В. М. Пономаренко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2009. – 68 с.

34. О. І. Мізієнко, 2011; Б. О. Павлова, Б. А. Виноградцький 2018

35. Олексієнко Я. І., Гунько П. М. Теорія, види та технології оздоровчо-рекреаційної рухової діяльності. / Олексієнко Я. І., Гунько П. М. –с 19-134

36. Павлова Ю. О. Структура якості життя населення / Ю. О. Павлова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 5 (49). – С. 90–94.

37.. Павлова Ю. О. Теоретико - методчні засади забезпечення якості життя різних груп населення з виковористаннямоздоровчо-рекреаційних технологій / Ю. О. Павлова 2016 . -С. 244-246

38. Пангелов С. Б. Організаційна методичні передумови виникнення і розвитку фізичної рекреації як форми активного дозвілля людини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. Наук із фізичного виховання і спорту: «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / С. Б. Пангелов. -Дніпропетровск 2012.

39. Приступа Є. Первинний аналіз причин летальних випадків під час уроків фізичного виховання / Євген Приступа, Андрій Вовканич, Юрій Петришин // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2015. – № 3 (21). – С. 18–27.

40. Путятина Г. М. , Савина С. О. 2017

41. Паффенбер Р. С. Здоровий образ жизни / Р. С. Паффенбаргер Э. Ольсен. –К: Олимп. л-ру, 1999.

42. Словник української мови : в 11 т. / АН УРСР. Інститут мовознавства ; за ред. І. К. Білодіда. – Київ : Наукова думка, 1970–1980.

43.. Синиця Т. О., Синиця С. В. Особливості підвищення рівня рухової активності жінок першого зрілого віку засобами оздоровчої аеробіки.

44. Стамова Л. Г., Сикачева Ю. М., Овчинников С. А. Положительное влияние занятий фітнес - аэробикой на організм девушек / Л. Г. Стамова, Ю. М. Сикачева, С. А. Овчинников // Теория и практика физ. культуры. – 2010. – № 4. – С. 33–35.

45. Футорний С. М. Сравнительная характеристика составляющих качества жизни студентовУкраины и России / С. М. Футорний // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15 ФКіС :– К., 2014. – Вип. 10 (51). – С. 126–130.

46. Фізична рекреація: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Фізичного виховання і спорту / Є. Н. Приступа, О. М. Жданов, М. М. Линець за наук. ред. Євгена Приступи. -Л. : ЛЛУФК, 2010.

47. Фиценко О. В. Здоров'я як цінність життя / О. В. Фиценко //Педагогічний вісник (спецвипуск). – 2005.

48. Чернявський М. В. Рекреаційно-оздоровчітехнології у процесі фізичного виховання молодших школярів : автореф. дис. … к. фіз. вих. 24.00.02 / М. В. Чернявський. – Київ, 2012. – 20 с.

49.. Шульга Л. М. Оздоровче плавання / Л. М. Шульга – К. : Олімп. літ-ра, 2008. – 232 с.

50. Felce D. Qualityoflife: itsdefinitionandmeasurement / Felce D., Perry J. // Res. Dev. Disabil. – 1995. – Vol. 16, N 1. – P. 51–74.

51. Health-related quality of life and depressive symptoms in undergraduate nursing students / Ismelinda Maria Diniz Mendes Souza, [et al.] // Rev. Latino-Am. Enfermagem. – 2012. – Vol. 20, N 4. – P. 736–43.

52. Jenkinson C. Shortform 36 (SF 36) healthsurveyquestionnaire: normativedataforadultsofworkingage / C. Jenkinson // BMJ. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.

53. Life quality and physical activity of Ukrainian residents / Iuliia Pavlova // Journal of Physical Education and Sport. – 2015. – Vol. 15 (4), art. 124. – P. 809–814.

54. Li L. Chinese SF-36 HealthSurvey: translation, validation,

andnormalization / Li L., Wang H. M // J. EpidemiolCommunityHealth. – 2003. – Vol. 57. – P. 259–263.

55. Meeberg G. A. Qualityoflife: a conceptanalysis / G. A. Meeberg // JournalofAdvancedNursing. – 1993. – Vol. 18, N 1. – P. 32–38.

56. Urban form relationships with walk trip frequency and distance among youth / D. Frank, J. Kerr, J. Chapman, J. F. Sallis// Am. J. HealthPromot. – 2007. – Vol. 21, sup. 4. – P. 305–311.

57. The Physical Self: from motivation to wellbeing/ ed. FoxK. R. – Champaigne, Illinois: HumanKinetics, 1997. – 329p.

58. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research / N. C. Theunissen, T. G. Vogels, H. M. Koopman[etal.] // QualLifeRes. – 1998. – Vol. 7. – P. 387–97.

59. Thequalityoflifefollowinglivertransplantation: a preliminaryreport/R. E. Tartar, S. Erb, P. A. Biller[etal.] // GastroenterolClin. North. Am. – 1988.– Vol. 17. – P. 207–217.

60. TheQualityofLifeProfile– AdolescentVersion: background, description, andinitialvalidation/ D. Raphael, E. Rukholm, I. Brown [etal.] // J. Adolesc. Health. – 1996. – Vol. 19. – P. 366–75.

61. Therelativeinfluenceofindividualandcontextualsocio-economiconconsumptionoffruitandsoftdrinksamongadolescentsinEurope/ C. A. Vereecken, J. Inchley, S. V. Subramanian[etal.] // EuropeanJournalofPublicHealth. – 2005. – Vol. 15, N 3. – P. 224 – 232.

62. TheUSNationalPhysicalActivityplan[Electronicresource]. – 62 p. – Access mode :http://physicalactivityplan.org.

63. TheWHOQOLGroup. TheWorldHealthOrganizationQualityofLifeAssessment(WHOQOL): positionpaperfromtheWorldHealthOrganization/ TheWHOQOLGroup// SocialScienceandMedicine. – 1995. – Vol. 41, N 10. – P.1403–1409.

64. ToddJ. Sedentarybehaviour/ J. Todd, D. Currie// YoungPeople'sHealthinContext. HealthBehaviourinSchool-agedChildren(HBSC)

study : internationalreportfromthe2001/2002 survey (Health Policy for Children and Adolescents, № 4). – 2004. – Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe. – P. 98–109.

65. Shin D. C. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life/ Shin D. C., JohnsonD. M. // Social Indicators Research. – 1978. – Vol. 5. – P.475–492.

66. Singer P. A. Quality end-of-lifecare: patients' perspectives/ P. A. Singer, D. K. Martin, M. Kelner// JAMA. – 1999. – Vol. 281. – P. 163–168.

67. Sirgy MJ. Theoretical perspectives guiding QOL indicator projects/M. J. Sirgy // Social Indicators Research. – 2011. – Vol. 103, is 1. – P. 1–22.

68. Sischo L. Oral health-related quality of life what, why, how, and future implications/ L. Sischo, H. L. Broder// J. Dent. Res. – 2011. – P. 1264–1270.

69. Sleep problems, depression, substance use, social bonding, and quality of life in professional fire fighters/ Mary G. Carey, Salah S. Al-Zaiti, Grace E. Dean [et al.] // J.Occup.Environ.Med. – 2011. – Vol.53(8). – P.928–933.

70. Smith A. E. Quality of life: a review/ A. E. Smith// Education and Ageing. Triangle Journals. – 2000. – Vol. 15. – P. 419–435.

71. Smith K. W. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis/ K. W. Smith, N. E. Avis, S. F. Assman // Qual. Life Res. – 1999. – Vol8. – P. 447–459.

72. Snoek F. J. Quality of life: A closer look at measuring patients' well-being/F. J. Snoek // Diabetes Spectrum. – 2000. – Vol. 13, N 1. – P. 24–28.

73. Social Network sand Longevity. A 14 year follow-upstudy among elderly in Denmark / Olsen R. B., Olsen J., Gunner-Svensson F., Waldstom B. // Social Science and Medicine. – 1991. – Vol. 33, N 10. – P. 1189–1195.

74. Socialwelfaremaximizationintransmissionenhancementconsideringnetwo rkcongestion / Hongrui Liu, Yanfang Shen, Zelda B. Zabinsky, Chen- ChingLiu// IEEE Transactions on Power Systems. – 2008. – Vol. 23, is. 3. – P.1105–1114.

75. Physical activity and mental well-being in older people participating in the

better ageing project / K. R. Fox, A. Stathi, J. McKenna, M. G. Davis// Eur. J. Appl. Physiol. – 2007. – Vol. 100. – P. 591–602.

76. Physical activity and performance at school, a systematic review of the literature including a methodological quality assessment / A. Singh, Uijtdewilligen, J. W.R.Twisk [et al.] //Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine. – 2012. – Vol. 166, is. 1. – P. 49–55.

77. Physic alactivity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association E. Nelson, W. J. Rejeski, S. N. Blair [et al.] // Med. Sci. Sports Exerc. – 2007.– Vol. 39. – P. 1435–1445.

78. Physicalactivity, all-cause mortality, and longevity of college alumni / R. S. Paffenbarger, R. Hyde, A. L. Wing, C. Hsieh// New England Journal of Medicine. – 1986. – Vol. 314. – P. 605–613.

79. Physical activity, fitness, weight status, and cognitive performance in adolescents/ J. R. Ruiz, F. B. Ortega, R. Castillo[etal.] // The Journal of Pediatrics. – 2010. – Vol. 157. – P. 917–922.

80. Physical activity, quality of life and symptons of depression in community dwelling and institutionalized older adults/ Salguero A., Martínez- García R., Molinero O., Márquez S. // Arch. Gerontol. Geriatr. – 2011. – Vol. 53.– P.152–157.

81. Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children / Shoup J. A., Gattshall M., Dandamudi P., Estabrooks P. // Quality of Life Research. – 2008. – Vol. 17. – P. 407–412.

82. Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial/ McAuley E., E. B. Blissmer, J. Katula [et al.] // Annals of Behavioral Medicine. – 2002. – Vol. 22. – P. 131–139.

83. Physical function and quality of life in older adults: sex differences /

84. R. H. Wood, R. E. Gardner, K. A. Ferachi [et al.] // Southern Medical Journal. – 2008. – Vol. 98, N 5. – P. 504–512

85. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors / Arsia Jamali, Shahnaz Tofangchiha, Raika Jamali [et al.] // MedicalEducation. – 2013. – Vol. 47. – P. 1001–1012.

86. Meeberg G. A. Quality of life: a concept analysis / G. A. Meeberg// Journal of Advanced Nursing.–1993.–Vol.18,N1.–P.32–38.

87. Megahed M. M. Health-related quality of life among students at King Khalid University– Mohail Asser / Mona Mohamed Megahed // International Journal of Nursing Science. – 2014. – Vol. 4, N 2. – P. 22–25.

88. MensinkG. B. Lebensmittelverzehrbei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendges und heits surveys(KiGGS) / G. B. Mensink, C. Kleiser, A. Richter // Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. – 2007. – Vol. 50. – P. 609–623.

89. Mensink G. B. Wasisstdu? Ein Verzehrshäufigkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche/ G. B. Mensink, M. Burger// Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. – 2004. – Vol. 47. – P. 219–226.

90. MichalosAl. C. Social indicators research and health-related quality of life research/ Al. C. MicMichalos // Social Indicators Research. – 2004. – Vol. 65, N 1. – P.59

91. Physical activity and health in Europe: evidence for action / [ed. by N. Cavill, S. Kahlmeier, F. Racioppi]. – Copenhagen : WHO Regional Office forEurope, 2006.– 34 p.

92. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025.– Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2015.– 27 p.