

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет фізичного виховання та спорту
Кафедра теорії та методики фізичного виховання**

**ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ
ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЙ**

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти “магістр”

Виконав: студент II курсу групи 11-
211 М
Спеціальності 014.11 Середня освіта
(Фізична культура)
Освітньо-професійної програми
«Середня освіта (Фізична культура)
Андрій АМІЗЯН

Керівник: доктор наук з фізичного
виховання та спорту, професор
Іван ГЛУХОВ

Рецензент: кандидат педагогічних
наук, доцент, декан факультету
фізичного виховання та спорту
Прикарпатського національного
університету імені Василя Стефаника
Ярослав ЯЦІВ

ЗМІСТ

| | |
|---|-----------|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ..... | 3 |
| ВСТУП..... | 4 |
| РОЗДІЛ 1. Фактори що впливають на якість життя людини | |
| 1.1. Якість життя людини та методи дослідження | 8 |
| 1.2. Якість та спосіб життя в цілісному підході до здоров'я людини. | 13 |
| 1.3. Вплив фізичної активності на якість життя людини | 16 |
| Висновок до 1 розділу..... | 20 |
| РОЗДІЛ 2. Організація та методика дослідження | |
| 2.1. Організація дослідження..... | 21 |
| 2.2. Методика дослідження..... | 22 |
| РОЗДІЛ 3. ЯКІСТЬ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЯХ | |
| 3.1. Фізичний та психічний стани людей з прифронтових територій..... | 26 |
| 3.2. Якість життя людей | 27 |
| 3.3. Особливості способу життя людей | 29 |
| 3.4. Фактори впливу на якість життя людей зрілого віку..... | 32 |
| 3.5. Основні напрямки експериментальної методики підвищення якості життя людей..... | 38 |
| 3.6. Ефективність розроблених методичних рекомендацій | 39 |
| ВИСНОВКИ | 42 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 43 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АПБ – адаптаційний потенціал Баєвського;

АТс - систолічний артеріальний тиск;

АТд - діастолічний артеріальний тиск;

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я;

ЗСЖ- здоровий спосіб життя;

ІМТ - індекс маси тіла;

МЕТ – Metabolik equivalent of task – метаболічний еквівалент фізичної роботи;

МОЗУ- міністерство охорони здоров'я України;

ФА – фізична активність;

ЧСС – частота серцевих скорочень.

ВСТУП

Актуальність. Дослідження впливу оздоровчих методів фізичної культури на фізичний стан, спосіб та якість життя людей що знаходяться під впливом негативних факторів війни на прифронтових територіях має неабияке значення. Життя у прифронтових територіях впливає на фізичне здоров'я людини: супроводжується алкоголізмом, різними видами наркоманії, спричиняє труднощі у соціальній адаптації, знижує фізичну працездатності людини [7]. За оцінками експертів, 40–50 % населення що проживає на прифронтових територіях потребуватимуть кваліфікаційної допомоги [7]. За даними Міжнародної міграційної організації [1,4], в Україні на прифронтових територіях проживає близько мільйона осіб. Найбільше постраждалих від конфлікту в прифронтових районах Херсонської, Дніпропетровської, Донецької та Харківської областей. Приблизно половина населення потерпає від дефіциту необхідних товарів, продуктів, медичних та соціальних послуг. За даними Національного інституту стратегічних досліджень: «Перебування у прифронтовій зоні з постійними ракетними та артилерійськими обстрілами, бомбовими ударами, перебування в окупації, значно підвищують уразливість наших співгромадян до психосоціального стресу, сприяють поширенню психічних розладів, депресій, тривожних станів, соматичних захворювань [5]. Середня тривалість тривоги під час повітряних загроз та обстрілів на прифронтових територіях триває близько двох годин на день [8], що змушує громадян знаходитись у безпечному місці, порушує звичний ритм життя та викликає емоційну напруженість.

Значно погіршилась екологічна ситуація: якість води, повітря знизилась до критичного рівня, порушилось постачання продуктів, питної води [1].

Ці обставини кардинально змінюють спосіб життя людей і, відповідно його якість. Це створює серйозні виклики для держави і суспільства.

Підтримка ментального та фізичного здоров'я людини стала одним з пріоритетних завдань державної політики [5].

У той же час у сфері фізичної культури існує багато наукових праць де розкривається позитивний вплив фізичної активності [2,3,6,13], гігієни відпочинку [10,11], раціонального харчування [9,12] на фізичний та психічний стан людини, що може оптимізувати спосіб життя і, відповідно підвищити якість життя людей незважаючи на виклики війни.

Об'єкт дослідження – якість та спосіб життя людей зрілого віку що проживають на прифронтових територіях.

Предмет дослідження- удосконалення способу та якості життя людей зрілого віку

Мета роботи. Дослідити якість життя людей зрілого віку що проживають на прифронтових територіях та шляхи його підвищення.

Завдання:

1. Проаналізувати якість життя людини в умовах соціальних катаклізмів, та існуючі методи його покращення.

2. Дослідити фізичний, психічний стани, якість та спосіб життя людей з прифронтових територій.

3. Визначити ключові фактори способу життя людей що впливають на їх якість життя.

4. Розробити рекомендації по корекції способу життя людей та перевірити її ефективність.

Методи дослідження.

Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Соціологічні методи. Дослідження SF-36 ситуативної та особистісної тривожності проводилось за тестом Спілберга-Ханіна.

Дослідження способу життя включав моніторинг фізичної активності, харчування, режиму відпочинку, перебування на свіжому повітрі.

Фізична активність досліджувалась за міжнародним опитувальником IPAQ. Досліджувалась ФА високої, середньої та низької інтенсивності у хвилинах за тиждень (хв/тиждень)..

Харчування, режим відпочинку та перебування на свіжому повітрі визначалось опитуванням

Медико-біологічні методи дослідження. Індекс маси тіла ІМТ, адаптивний потенціал Баєвського (АПБ),

Методи математичної статистики. Описова статистика, порівняння за t-критерієм Стьюдента, кореляційний аналіз. Статистична обробка результатів здійснювалась параметричними методами у програмі «EXEL».

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше було досліджено якість та спосіб життя чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях. Вивчений їх фізичний та психічний стан. У результаті дослідження було сформовано узагальнені напрямки методичних рекомендацій що покращують якість життя цих людей. Розширено та доповнено знання про вплив фізичної активності, харчування, режиму відпочинку на фізичний та психічний стан чоловіків та жінок зрілого віку у кризових ситуаціях.

Практичне значення. Проаналізовані та систематизовані результати дослідження у вигляді методичних рекомендацій можуть бути використані у центрах соціальної допомоги, реабілітаційних закладах для населення що потерпає від військових дій.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження у вигляді тез доповіді були оприлюднені на VII Міжнародному науковому конгресі істориків фізичної культури (12–13 вересня 2024 р., м. Луцьк)

Публікації. Опубліковані в збірнику тез доповідей VII Міжнародного наукового конгресу істориків фізичної культури (12–13 вересня 2024 р., м. Луцьк).

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 49 сторінках машинописного тексту. Робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. В роботі використано 52 одиниць науково-методичної літератури, серед них – 22 іноземного видавництва.

РОЗДІЛ 1. ФАКТОРИ ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

1.1. Якість життя людини та методи дослідження

Поняття якості життя вперше з'явилося після Другої світової війни в США. Спочатку воно означало «гарне життя» лише в його споживчому сенсі, тобто вказувало на матеріальний статус і володіння товарами та майном, таким як будинок, його меблі, автомобіль тощо. Лише у 50 роках категорія «мати» була доповнена категорією «бути», яка охоплювала такі цінності, як освіта, особиста свобода чи задоволення, наявні в різних сферах життя [32]. Є багато причин для широкого розуміння поняття якості життя. По суті, це поняття охоплює широкий спектр фізичних, психологічних і соціальних явищ, що підпадає під загальний заголовок «щастя». До щастя, у свою чергу, можна підійти з натуралістичної чи гуманістичної позиції. Перший зосереджується на біологічних і механічних процесах і розглядає щастя в термінах задоволення, тоді як другий акцентує увагу на свідомій ролі особистості, оскільки щастя є супутнім фактором творчості та самореалізації.

В соціальних науках та медицині якість життя почала розглядатися в 70-х роках минулого століття під впливом зміни концепції охорони здоров'я [17,44]. Незважаючи на надзвичайні досягнення в медицині ХХ століття, система охорони здоров'я опинилася в кризі. Це було пов'язано не лише з економічними причинами, але й зі зміною характеру хвороби, від гострої до хронічної, причини якої дедалі більше пов'язувалися зі способом життя людини [49]. Нові методи лікування, вражаючі досягнення в медицині та величезні витрати на лікування, здавалося, не призвели до ефекту, помітного для пацієнта. Це потребувало зміни підходу – надання пріоритету нематеріальним цінностям. Відповідно, було виявлено, що інтерес до якості життя стосується, зокрема, дослідження медичних і немедичних наслідків хвороби, а також оцінки медичних і немедичних наслідків медичної

допомоги та лікування пацієнта. Спроби розмежувати поняття якості життя привели дослідників [7,31] до формулювання концепції «якості життя, пов'язаної зі здоров'ям», яка визначає якість життя як функціональний ефект хвороби та його лікування, який сприймає людина. Це багатовимірна концепція, що охоплює фізичні, емоційні та соціальні компоненти, пов'язані з її життям [46]. На думку експертів ВООЗ, поняття якості життя має охоплювати спосіб сприйняття індивідом своїх матеріальних і суб'єктивних ресурсів, інформацію про їх функціонування, її оцінку та рівень задоволеності нею [4,12]. Якість життя людей визначається як сприйняття свого життєвого становища в контексті систем цінностей і культури, в яких вони живуть, а також у зв'язку з культурними очікуваннями, стандартами та інтересами. Розглядалися такі елементи: фізичний стан, психічний стан, самовпевненість, соціальні відносини, середовище, релігія, вірування, переконання та погляди.

Наведене вище визначення розглядає якість життя з точки зору особистості. Раніше дослідження якості життя зосереджувалися на об'єктивному аспекті, прагнучи ігнорувати суб'єктивний. До перших належать: стан здоров'я та соціально-економічний статус особи, задоволення своїх потреб та участь у соціальних структурах. Оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, зазвичай бере до уваги наступні три елементи: 1) функціональні можливості індивіда, тобто здатність задовольняти свої повсякденні потреби, приймати або продовжувати виконувати соціальні ролі; інтелектуальна та емоційна ефективність життя [20,47].

Концепція «спосіб життя», яка полягає в оцінці його якості, дозволяє ґрунтовно, всебічно розглядати істотні, тривалі аспекти людського життя, що регулюються різноманітними моральними, етичними, праксіологічними чи естетичними принципами. Люди завжди шукали такого способу життя, який був би для них добрим. Це проявляється в прагненні до щастя, яке

зазвичай вважається особливо бажаним [21]. Проте наука має пояснити, від чого залежить якщо не щастя, то принаймні задоволеність життям, а також визначити, які умови йому сприяють чи шкодять, і як на них можна вплинути. Якість життя складається з ряду об'єктивних факторів, таких як стан здоров'я, рівень освіти, дохід, майно, відносини з іншими або економічна ситуація в країні. Також, більш популярними термінами, його мірою є суб'єктивна оцінка власної ситуації, виражена в конкретних переконаннях та емоційних станах [9,36]. Ця стаття вказує на багатовимірність поняття якості життя, її різноманітні аспекти та зосереджується на якості життя, пов'язаній зі здоров'ям, основних галузях дослідження та способах вимірювання [27].

По-перше, у всьому світі індекс людського розвитку розглядається як загальносвітовий показник якості людського життя[14,24]. Він також прийнятий як річний показник і його вимірювання. Ці знання були розроблені Організацією Об'єднаних Націй (ООН) і отримали назву Індекс людського розвитку ООН [19,39]. Він був створений і поширений у 1990 році, у контексті звіту впливає, що існує три основні показники. Це: освіта, здоров'я та рівень життя. З цією метою «очікувана тривалість життя при народженні» використовується як показник здоров'я. Оскільки здоров'я залишалося передумовою успішного життя. Існує дев'ять показників для вимірювання індексу якості життя людини. Вони наступні: 1. Матеріальний добробут, 2. Політична стабільність, (3) Безпека, (4) Життя в громаді, (5) Сімейне життя, (6) Клімат, (7) Гендерна рівність, (8) Свобода слова, (9) Здоров'я [15,33].

Таким чином, два підходи – натуралістичний і гуманістичний – бачать щастя відповідно як гедонізм і еудемонізм [29,45]. В даний час прийнято вважати, що якість життя має два основні аспекти: внутрішній, що відноситься до певних особистих рис і навичок, які дозволяють людині здійснювати індивідуальні, автономні дії, і зовнішній, що відноситься до

умов середовища життя індивіда. За дослідженнями [30,52], внутрішні фактори відповідають за відчуття задоволеності життям, тоді як зовнішні впливають на внутрішні механізми на рівні індивіда чи спільноти. Концепція задоволеності чи задоволеності життям породжує безліч методологічних проблем. Вони стосуються, серед іншого, таких сфер: його семантичне значення (загальна якість життя, задоволення, щастя), його обсяг (задоволеність загальна чи диференційована в різних сферах), проведення порівнянь (індивідуальних чи міжособистісних), перспектива оцінки. (на основі всього життя, зосередження на минулому або сьогодні), мета дослідження (індивідуальне консультування, терапія або соціальні дослідження), метод оцінки (самооцінка або анкета) [25]

Багатовимірний характер людського життя та унікальність кожної людини роблять визначення «якості життя» надзвичайно складним. У результаті кожна наукова дисципліна, що займається цими питаннями, запроваджує власні підходи, критерії та способи вимірювання [22].

Багато ознак, які повторюються в різних визначеннях якості життя, дають змогу описати її як ступінь задоволення матеріальних і нематеріальних потреб окремих осіб, сімей і спільнот. Якість життя тісно пов'язана з мотиваційною сферою особистості та здатністю задовольняти свої потреби. Відповідно до досліджень [16,34], потреби, які визначають якість життя, такі: . їжа, пиття, сон, активність, секс, уникнення болю; . тепло, безпека, відсутність тривоги, стабільність; . кохання, фізичний контакт, інтимність, спілкування, обмін досвідом один одного, робота над спільними цілями; . допитливість, дослідження світу, схвалення, повага, почуття корисності, самоповаги, професіоналізму, влади, незалежності, свободи; . самоактуалізація. Рівень якості життя залежить від ефективного задоволення своїх потреб. Фізіологічні потреби, такі як їжа чи сон, вимагають абсолютного задоволення, тоді як потреби вищого порядку можуть залишатися незбудженими в деяких людей. Тому необхідно

порівнювати ресурси людини зі стандартами, до яких вона прагне. Згідно з дослідженням [23,48], загальна якість життя є результатом розбіжностей, сприйнятих індивідом у наступних шести вимірах між: 1) тим, чим вони володіють зараз, і тим, чим вони хотіли б володіти; 2) чим вони володіють зараз і чим вони повинні володіти в ідеальній ситуації; 3) що є в їхньому середовищі для досягнення їхніх цілей і що необхідно для їх досягнення; 4) якість їхнього життя зараз і найкраща якість у минулому; 5) чим володіють вони і чим володіють інші люди (головним чином ті, хто для них є орієнтиром); 6) наскільки їх особистісні якості відповідають вимогам, які висуває їх оточення. Згідно з дослідженням [18,35], будь-яка оцінка якості життя повинна брати до уваги три взаємопов'язані фактори: фізичні (наприклад, інвалідність, біль); психологічні (наприклад, настрій, рівень тривожності та депресії); соціальні (наприклад, ступінь ізоляції від середовища, можливість виконувати соціальні ролі). Поняття якості життя можуть відрізнятися залежно від об'єктивного чи суб'єктивного підходу [37]. Перший наголошує на важливості здоров'я, рівня життя та особистих якостей індивіда, пов'язаних із його соціальним статусом, а також об'єктивними особливостями їхнього матеріального, культурного та природного середовища. Остання концентрується на суб'єктивному відчутті індивіда задоволеності життям, що виникає в результаті оцінки різних сфер свого життя та життя в цілому. Таким чином, як зазначає дослідник [26,50], саме людина є найважливішим джерелом даних про фактичну якість її життя. Таким чином, якість життя — це суб'єктивна, когнітивна та емоційна дійсність, відображена в почутті задоволеності чи незадоволеності життям, і, як така, вона може мати характер як минушого, так і тривалого ставлення до життя [40]. В англійській літературі [27,41,51], на цю тему поняття якості життя найчастіше ототожнюють також із суб'єктивним благополуччям. Оцінка якості життя зазвичай включає такі чотири елементи: 1) задоволеність життям, тобто рівень задоволення від

досягнення мети (когнітивний компонент суб'єктивного благополуччя); 2) щастя, тобто тривалий позитивний емоційний стан (афективний компонент); 3) позитивні почуття - переважає відчуття бадьорості (позитивний афективний компонент); 4) негативні почуття – переважаюче відчуття тривоги, депресії, дистресу, тощо. Перераховані вище компоненти корелюють один з одним, складаючи у факторному аналізі так званий фактор другого порядку. У метааналізі перші два компоненти, тобто задоволеність життям і щастя, розглядаються як риси, тоді як два інші – як стан [38]. Суб'єктивна оцінка якості життя, що виражається у відчутті задоволеності життям, є результатом, з одного боку, когнітивної оцінки життя індивіда, а з іншого – емоційного задоволення. Відповідно, досліджень [28,42] говорить про два аспекти якості життя, один з яких стосується рефлексивної оцінки свого життя, а інший пов'язаний з настроєм, який відчувається в певний період.

1.1. Якість та спосіб життя в цілісному підході до здоров'я людини

Оцінка якості життя має стосуватися як окремих аспектів життя окремої людини, так і її життя в цілому [24,43]. Важливо, що саме поняття якості має позитивні конотації, як і поняття здоров'я. Здоров'я має абсолютну цінність, але воно також має інструментальну цінність, тобто дає змогу людині досягати своїх цілей, а головне – покращувати якість життя. Здоров'я — це, звичайно, не все, але без здоров'я все — ніщо [34]. Здоров'я, з одного боку, трактується як загальна схильність і здатність до всебічного розвитку, здатність виконувати соціальні ролі та адаптуватися до середовища, що постійно змінюється. З іншого боку, це процес пошуку та підтримки рівноваги, яка постійно порушується тиском внутрішнього та зовнішнього середовища. У такому розумінні здоров'я є найціннішим ресурсом особистості; тому її роль у формуванні якості життя неможливо

переоцінити [35,41]. Холістичний підхід до здоров'я базується на п'яти вимірах: 1) фізичному, 2) психологічному (розумовому та емоційному), 3) соціальному, 4) суспільному, 5) духовному. У порівнянні з визначенням здоров'я, яке найчастіше цитується в Статуті ВООЗ, яке визначає здоров'я як фізичне, психічне та соціальне благополуччя, а не просто відсутність хвороби чи нездужання, нове визначення доповнює концепцію здоров'я суспільним і духовним. розміри [15]. Холістичний підхід відрізняється від більшості інших підходів тим, що він робить більший акцент на духовному аспекті. Здорова людина може знайти сенс свого життя і, отже, отримувати від нього задоволення. Але досягнення кращої якості життя не можна прямо ототожнювати із забезпеченням собі задовільних умов життя. Як зазначає дослідник [35], якість життя, що вимірюється достатком і різноманітністю середовища, може впливати на відчуття сенсу життя, але не вирішувати його. Можна мати чудові умови життя, мати міцне здоров'я і водночас бути незадоволеним життям.

Як виявилось, люди з одним і тим же захворюванням та прогнозом можуть відрізнитися щодо відчуття якості життя. Дуже хвора людина може виявляти більше задоволення та насолоди життям, ніж людина, яка страждає від незначної хвороби. Отже, якість життя під час хвороби не визначається лише об'єктивним станом здоров'я. Це змушує прийняти біопсихосоціальну модель якості життя, засновану на загальній теорії систем, яка принципово відрізняється від механістичної та редуccionістської біомедичної моделі, яка все ще домінує в медицині. Включення психосоціальних факторів дозволяє створити підхід, який включає людські якості як лікаря, так і пацієнта [41]. Психосоціальні аспекти пов'язаної зі здоров'ям якості життя включають, серед іншого, страх перед лікуванням і втратою фізичної та розумової працездатності, а також страх втратити здатність працювати та забезпечувати сім'ю. Це супроводжується страхом втрати власної самодостатності та впевненості в

собі, страхом соціальної ізоляції та відходу від соціальної активності. У цій перспективі оцінка якості життя не може обмежуватися оцінкою симптомів або дискомфорту лікування, а повинна враховувати кожен аспект діяльності людини, на яку може вплинути її хвороба. Посилення досліджень якості життя свідчить про зростання інтересу до цієї галузі. Огляд досліджень, опублікованих у 1956–1976 роках у шести великих журналах, показав, що питання якості життя розглядалися в кількох десятках досліджень. Подібне дослідження, проведене в 1988 році, містило кілька тисяч таких досліджень [4,41]. Окрім тривалості життя основним критерієм медичного обслуговування стала якість життя. Більшість досліджень пов'язаної зі здоров'ям якості життя зосереджується на таких групах людей: 1) які страждають на хронічні захворювання (рак, СНІД, діабет, епілепсія тощо); 2) інваліди або невиліковно хворі, які потребують постійного медичного та догляду; 3) проживання в стресових умовах (під час епідемій, військових дій, природних катаклізмів); 4) які страждають розладами особистості; 5) діти [25]. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям. Вимірювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, вперше було використано в медицині. Вимірювання враховувало такі три параметри: 1) функціональний стан пацієнта разом із загальними та специфічними симптомами; 2) психологічний вимір; 3) соціальні аспекти, такі як сім'я, соціальна підтримка, економічний статус тощо. Пізніше вимірювання стали включати дослідження психічного стану [14,45]. Вимірювання пов'язаної зі здоров'ям якості життя охоплює чотири напрямки: 1) фізична ефективність; 2) соматичний стан, що відображає працездатність основних фізіологічних функцій, соматичні відчуття; 3) психологічний стан, особливо оцінка страху і депресії, можливі розлади психічних функцій; 4) соціальна сфера, що відображається у вигляді та якості людських взаємодій [36]. Що стосується людей похилого віку, то передбачається, що якість життя пов'язана із задоволеністю життям у цей період [18,36].

1.3. Вплив фізичної активності на якість життя людини

Зв'язок фізичної активності з фізичним і психічним благополуччям є предметом великого інтересу для дослідників, і кількість робіт на цю тему зростає. Важливі психологічні змінні втручаються в усі сфери дослідження, що стосуються фізичної активності, оскільки вони впливають на процес адаптації до благополуччя: наполегливість, самоефективність і увага, стрес і тривога, настрій, самоконтроль і саморегуляція, комунікабельність, навички міжособистісного спілкування, впевненість у собі або емоційна адаптація [45]. Таким чином, знання та маніпулювання цими змінними може сприяти оптимізації продуктивності людей, які займаються фізичними вправами, і, таким чином, підвищити їхні можливості для досягнення кращих результатів або фізичної форми та зменшити рівні змінних, які можуть вплинути на їхнє продовження занять спортом і фізичними вправами, у середньостроковий і довгостроковий. Внутрішні ресурси, такі як самоефективність, вдячність, оптимізм, самооцінка, надія та стійкість, були визначені як психологічні сильні сторони [12,31]. Функціонування людини ґрунтується на соціальному середовищі та самовпливах, складовою частиною яких є самоефективність, що стосується переконань людей щодо їх здатності здійснювати контроль над своїм функціонуванням [32].

Попередні дослідження були в основному однофакторними, вивчали зв'язок індивідуальних рис із психологічним благополуччям [31,45]. Зокрема, зв'язок між особистістю та благополуччям пояснюється як невротизм або імпульсивність подібна до негативного афекту, а позитивний — до екстраверсії чи відкритості [46]. Наполегливість була пов'язана з добровільним регулярним підтримкою зусиль, які дозволяють досягти цілей або інших елементів, пов'язаних із добробутом – соціальної підтримки, сумління, зрілості[45,46]. У літературі є багато емпіричних досліджень про дорослих, практику фізичних вправ і зміни, які відбуваються протягом життя всіх людей. Це доводить, що постійні когерентні вправи сприяють

структурам і ресурсам для стабільного та збалансованого життя. Регулярні здорові фізичні вправи за програмами або часті та регулярні автономні дії покращують психічне здоров'я, автономію, пам'ять, швидкість, образ тіла та відчуття благополуччя, водночас створюючи особисту стабільність, що характеризується оптимізмом, емоційною ясністю та психічною гнучкістю, що призводить до довшого життя та краще здоров'я [33]. З ширшої точки зору, психологічне благополуччя вважається результатом особистого сприйняття того, що життя прожито добре і належним чином, а також усвідомлення належного розвитку свого потенціалу [33,34]. Ця модель психологічного благополуччя заснована на розвитку людського потенціалу та фізичних вправах, вказує на те, що деякі аспекти психологічного благополуччя сприймаються як більш важливі, ніж інші, коли вивчаються у зв'язку з автономією чи стратегіями подолання [15,29]. Подібні дослідження припускають, що соціальна підтримка та особисті ресурси впливають на психічне та фізичне здоров'я людей і викликають потребу розглядати особисті «наміри» як процес прийняття рішень, який повинен мати наслідки щодо здорової практики мотивованої поведінки [34]. Говорячи про психологічне благополуччя, слід також враховувати загальне та емоційне здоров'я, в даному випадку, жінок, які займаються фізичною активністю або спортом. У той же час переваги фізичної активності для психологічного, соціально-культурного та когнітивного благополуччя також спричинили велику кількість процедур, спрямованих на зміну поведінки та ставлення людей до фізичної активності та спорту [29]. Таким чином, послідовний наполегливий підхід, який відповідає мотивам і цілям людини, можна вважати модератором що прогнозує сприйняття здоров'я та індивідуального благополуччя тих, хто займається спортом [36], або сидячою поведінкою, і це призводить до кращої продуктивності та кращої якості життя. Позитивний зв'язок між високою узгодженістю докладених зусиль і суб'єктивним сприйняттям благополуччя розглядається дослідниками як

спосіб пояснити, як впоратися з хворобами і якістю життя. Згідно з дослідженнями [28] між психологічним благополуччям і відчуттям узгодженості існує сильний зв'язок, який навіть сильніший і пряміший, ніж між цим і фізичним здоров'ям.

З іншого боку, сприйняття добробуту визначається волею чи мотивацією, наполегливістю, самооцінка і раціональних підходів [39]. Регулярні фізичні вправи та пов'язана з ними поведінка (збалансована дієта, регулярний сон і належна гігієна, які сприяють сильному здоровому тілу) були пов'язані з тривалим здоровим життям, вивчалися в загальних популяціях, жінок, людей похилого віку, молодих людей або в популяціях, які страждають на захворювання [23]. Запропонована тут методологія прагне встановити зв'язок між практикою фізичних вправ і психологічним благополуччям, щоб знайти відмінні та причинно-наслідкові пояснення, які враховують індивідуальні змінні характеру дорослих жінок. Вихідна гіпотеза полягає в тому, що дорослі, які регулярно займаються фізичними вправами, покращують свій рівень психологічного благополуччя завдяки наполегливості в придбанні та підтримці зобов'язань і зусиль у діяльності, яку вони виконують) [20,41].

Дані показують, що знання основних аспектів людської істоти є важливим під час будь-якого процесу психологічних змін, спрямованих на підвищення спортивних здібностей шляхом планування та правильного впорядкування різних рівнів фізичних вправ, або через увагу до причин, що стоять за заняттям фізичними вправами, або через дії, спрямовані на зміну уявлень про самоефективність і наполегливість, які сприяють психологічному благополуччю [51]. Ця комбінація дозволяє людям розвиватися завдяки фізичним вправам, які вони виконують, і відчувати постійне задоволення від зусиль, які вони докладають. Люди середнього віку, які твердо вірять у свої можливості та усвідомлюють їх, підтримуються великими зусиллями для досягнення цілей і викликів, які вони перед собою

ставлять, ними керують позитивні мотиви, тривалі інтенсивні зусилля та наполегливість, які дозволяють їм подолати проблему. Вони стійкі до невдач і зосереджують свою увагу та зусилля на подоланні перешкод, які вимагають найбільших зусиль. Вони бачать свої фізичні та спортивні цілі як досяжні, надихаючі та складні. Узгоджений підхід до фізичної активності та цілей означає, що людина здатна відчувати себе, регулювати себе, спостерігати за собою, пристосовуватися, і, коротше кажучи, ці інструменти, керовані інстинктивним бажанням жити, дозволяють їй рости як Відчуття психологічного благополуччя покращує розвиток самооцінки, сприяє прийняттю рішень під час занять фізичною активністю чи спортом. У зв'язку між психологічним благополуччям і самооцінкою також передбачається, що часті заняття фізичними вправами змушують людей сприймати себе як більш здібних [51,52]..

Серед шляхів удосконалення стану осіб що проживають на прифронтових територіях в Україні на національному рівні створено Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Основне завдання якої – побудувати ефективну систему якісних і доступних послуг із психічного здоров'я [21]. Також, засновано Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України [19]. Існують іще ряд програм із використанням досвіду США, Ізраїлю по відновленню психічного стану військовослужбовців «Battlemind» та інші [32], але всі вони спрямовані на психічне відновлення та недооцінюються методи впливу здорового способу життя.

Висновок до 1 розділу.

Аналіз дослідження проблеми щодо якості життя людей показав різноманіття підходів до цієї проблеми. Різні дослідники по різному трактують це поняття. Більшість із них пов'язує якість життя із соціальними, матеріальними умовами життя, станом навколишнього середовища, доступними послугами освіти, фізичної активності, медицини. Всі ці категорії нівелюються в умовах бойових дій. . Емоційний стрес від постійних обстрілів, повітряних тривог, екологічного забруднення, відсутності у достатній кількості необхідних звичних продуктів, соціальні обмеження, та обмеження у пересуванні негативно впливають на якість життя людей та провокують виникнення психічних та соматичних захворювань.

Існуючі методики підвищення якості життя населення у кризових ситуаціях спрямовані на збереження життя людей і не переймаються його якістю. Ці факти активізують пошуки методики підвищення якості життя людей що живуть в умовах війни на прифронтових територіях.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Організація дослідження

Дослідження проводились з 09.2023 по 09.2024, у прифронтових територіях Херсонської, Харківської, Запорізької областей. Взяло участь 47 жінок і 39 чоловіків у віці 25-40 років. Збір первинних даних проводився у змішаному форматі: дистанційне опитування, анкетування; самоконтроль фізичного стану (після проведеного інструктажу).

Дослідження проходило декілька етапів.

На першому етапі (09.2023-10.2023), обґрунтовувалась актуальність, визначались завдання, методи дослідження, аналізувались літературні джерела.

Другий етап (10.2023-11.2023), збирання вихідних даних: фізичного стану, рівня емоційного стресу, показників якості та способу життя.

На третьому етапі (11.2023-12.2023), аналізувались отримані дані першого та другого етапів, розроблялися індивідуальні рекомендації по корекції способу життя.

На четвертому етапі дослідження (12.2023-05.2024), було запропоновано учасникам експерименту впровадити розроблені нами методичні рекомендаціями у повсякденне життя.

На п'ятому етапі (05.2024-06.2024), проходив контрольний збір вихідних даних: фізичного стану, рівня емоційного стресу, показників якості та способу життя. Учасники які дотримувались рекомендацій більше ніж на 50% сформували експериментальну групу. Учасники експерименту які недотримувались наших рекомендацій сформували контрольну групу.

Паралельно готувались тези наукової статті за результатами досліджень.

На шостому етапі (07.2024-09.2024), оброблялися отримані результати, та оформлювались за стандартами кваліфікаційної роботи рівня «магістр».

2.2. Методи дослідження

На виконання поставлених завдань дослідження використовувались наступні методи: теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової літератури, соціологічні, медико-біологічні методи, та математична статистика.

Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури дозволили зацентувати напрям дослідження, визначити завдання, та методи їх вирішення. Аналізувались науково-методичні праці по впливу способу життя на якість життя людей, умови життя у прифронтових територіях, значення фізичної активності, харчування та режиму відпочинку як факторів впливу на якість життя людини. Було проаналізовано 52 джерел, із них 22 Іноземного походження.

1. Соціологічні методи.

Якість життя досліджувалась за міжнародним опитувальником SF-36 [51]. Відповіді оцінювались від 0 до 100 балів фізичного та психічного здоров'я. Відповіді деталізувались за наступними напрямками: фізична діяльність (PF); поведінкова діяльність, обумовлена фізичним станом (RP); інтенсивність больових відчуттів (BP); загальний стан здоров'я (GH); життєва активність (VT); соціальна активність (SF); поведінкова діяльність, обумовлена емоційним станом (RE); психічне здоров'я (MH).

Особистісна та ситуативна тривожність досліджувалась за опитувальником Спілберга-Ханіна. Анкета складається з двох блоків по 20 питань. Відповіді оцінюються у балах: до 30 балів – низька тривожність, 31-45 - середня , 46 і більше - висока тривожність [1].

Спосіб життя вивчався по фізичній активності, харчуванню, режиму сну.

Фізична активність досліджувалась за міжнародним опитувальником IPAQ [43] відповідно до Global recommendations on physical activity for health WHO [40].

Досліджувалась ФА високої, середньої та низької інтенсивності у хвиликах за тиждень (хв/тиждень).

1. При навантаженнях ФА високої інтенсивності відчуються: значне прискорення дихання, висока частота ЧСС, підвищення температури тіла (біг з підтриманням високого темпу, виконання силових вправ, спортивне тренування в період підготовки до спортивних змагань, спортивні ігри). При навантаженнях ФА середньої інтенсивності відчуються: прискорення дихання, збільшення ЧСС (біг з підтриманням помірного темпу, рухливі ігри, фізична зарядка і вправи на координацію). При навантаженнях ФА низької інтенсивності не з'являється відчуття змін фізіологічних показників (ходьба, вправи на гнучкість) [25]

Також обчислювався показник MET (Metabolik equivalent of task – метаболічний еквівалент фізичної роботи) – величини, яка відображає енергоспоживання під час виконання фізичної роботи. Розрахунок величини MET проводився по формулах:

MET ФА: високої інтенсивності = $8 \cdot \text{хв ФА} \cdot \text{кількість занять на тиждень}$, MET ФА середньої інтенсивності = $4 \cdot \text{хв ФА} \cdot \text{кількість занять на тиждень}$, MET ФА низької інтенсивності = $3,3 \cdot \text{хв ФА}$. Результати було відображено у MET, та хвиликах на тиждень (хв/тиждень). За даними автора С. L. CRAIG [40] результати в межах від 1952 до 5725 MET вважаються аналогічними за затратами енергії при ФА, рекомендованій Всесвітньою організацією здоров'я і прирівнюються до 150 хвилин на тиждень високої та середньої інтенсивності як рекомендований рівень фізичної активності [40].

Харчування, режим сну проводилось опитуванням дистанційно.

Харчування досліджувались:

- об'єм споживання тваринної їжі за день (г);
- споживання сирих рослинних продуктів за день (г);
- споживання води за день (г);
- споживання цукру за день (г);
- споживання жиру за день (г);
- споживання модифікованих продуктів, або із синтетичними добавками за день (г).

Режим відпочинку досліджувався за такими параметрами:

- час засинання (год);
- час пробудження (год);
- час сну (год/добу);
- час проведений у положенні сидячи (год/добу);
- час проведений у положенні лежачи (год/добу);
- час проведений на свіжому повітрі (годин/добу)

Медико-біологічні методи дослідження.

Фізичний стан досліджувався самостійно учасниками експерименту (після детального інструктажу), за показниками ІМТ, АПБ.

Індекс маси тіла (ІМТ) розраховувався по формулі:

$$ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{довжину тіла (м)} \text{ у квадраті.}$$

Адаптаційний потенціал серцево-судинної системи Баєвського обчислювався за формулою:

$$АП = 0,011 \cdot ЧСС + 0,014 \cdot АТс + 0,008 \cdot АТд + 0,014 \cdot Вік + 0,009 \cdot МТ - 0,009 \cdot ДТ - 0,273,$$

де ЧСС - частота серцевих скорочень, (уд/хв); АТс - систолічний артеріальний тиск, (мм рт.ст); АТд - діастолічний артеріальний тиск, (мм рт.ст); МТ - маса тіла, (кг); ДТ - довжина тіла, (см); Вік - вік обстежуваного, (кількість років).

Методи математичної статистики. Розраховано середнє значення показників - \bar{X} , помилка середнього значення - m , та середньоквадратичне відхилення від середнього значення - σ .

Методом кореляції було визначено взаємозв'язки, співвідношення між різними ознаками. Взаємозв'язки кількісно визначаються коефіцієнтом кореляції (r). Коефіцієнт кореляції коливається від 0 до ± 1 . Чим ближче значення коефіцієнту кореляції до одиниці, тим тіснішим є взаємозв'язок між ознаками. Значення рівня сили зв'язку: від 0 до 0,3 – слабкий зв'язок і не брався до уваги, від 0,3 до 0,5 – помірний зв'язок, від 0,5 до 0,7 – середній рівень зв'язку, від 0,7 до 0,9 – сильний рівень зв'язку, від 0,9 до 1 – дуже сильний рівень зв'язку. Позитивний зв'язок є таким, при якому збільшення однієї ознаки призводить до збільшення іншої. У разі негативної кореляції зв'язок є негативним, а саме: зменшення однієї ознаки супроводжується збільшенням іншої.

Статистична обробка результатів здійснювалась параметричними методами у програмах «EXEL», «STATGRAF».

РОЗДІЛ 3. ЯКІСТЬ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЯХ

3.1. Фізичний та психічні стани людей з прифронтових територій

У проблемі дослідження фізичного стану людей що проживають на прифронтовій території ми дослідили 39 чоловік та 47 жінок середнім віком від 35 до 39 років (табл.3.1). Аналіз ІМТ виявив надмірну масу тіла як у чоловіків з показником $27.79 \pm 3,82$ так і, у жінок з показником $28,66 \pm 1,94$. Адаптаційний потенціал Баєвського, у чоловіків був $2,48 \pm 0,45$ ум.од, у жінок $2,54 \pm 0,93$ ум.од., засвідчивши перенапруженність серцево-судинної системи у обох статтях.

Таблиця 3.1

Фізичний стан чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | Жінки (n=47) | |
|----|-------------------------|--------------------|------|-----------------|------|
| | | X±m | σ | X±m | σ |
| 1. | Вік (р) | 35,92 ±4,8 | 3,31 | 38,95±7,29 | 4,64 |
| 2. | Маса тіла(кг) | 89,51±4,8 | 5,83 | 81,06±6,35 | 3,72 |
| 3. | Довжина тіла (см) | 179,46±8,51 | 3,35 | 168,17±3,17 | 2,03 |
| 4. | ІМТ | 27.79±3,82 | 1,42 | 28,66±1,94 | 1,07 |
| 5. | ЧСС у спокої (уд/хв) | 78,63±5,27 | 3,59 | 77,65±4,61 | 4,63 |
| 6. | АТс, (мм рт. ст) | 136,15±8,72 | 7,03 | 137,62±6,81 | 9,68 |
| 7. | АТд, (мм рт. ст) | 91,78±7,81 | 6,18 | 94,81±7,49 | 7,04 |
| 8. | АПБ (а.о.) | 2,48±0,45 | 0,09 | 2,54±0,93 | 0,08 |

Результати дослідження тривожності за опитувальником Спілберга-Ханіна (табл3.2.), засвідчили що ситуативна тривожність у чоловіків складає $45,98 \pm 4,76$ балів та підпадає під категорію – середньої тривожності; у жінок $47,81 \pm 5,81$ балів – відноситься до високої тривожності.

Таблиця 3.2

**Показники стану тривожності чоловіків та жінок що
проживають на прифронтових територіях**

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | Жінки (n=47) | |
|----|--------------------------------|--------------------|------|-----------------|------|
| | | X±m | σ | X±m | σ |
| 1. | Ситуативна тривожність (бали) | 45,98±4,76 | 1,75 | 47,81±5,81 | 1,25 |
| 2. | Особистісна тривожність (бали) | 44,32±3,54 | 1,49 | 52,37±4,06 | 1,82 |

Особистісна тривожність у чоловіків складає 45,98±4,76 бали та відноситься до середньої тривожності, у жінок 52,37±4,06 бали - на рівні високої тривожності.

Люди зрілого віку що проживають на прифронтових територіях мають незадовільний психоемоційний стан.

3.2. Якість життя людей

Якість життя людей досліджувалась за міжнародним опитувальником SF-36. Показники якості життя мають 100 бальну шкалу (табл.3.3). Фізична діяльність у чоловіків склала -31,62 бали, у жінок 25,01 бал. Поведінкова діяльність обумовлена фізичним станом у чоловіків – 26,63, у жінок -32,16. Інтенсивність больових відчуттів у чоловіків – 62,61 бал, у жінок 74,45. Загальний стан здоров'я у чоловіки мали – 64,75 бали, жінки – 50,14 бали. Життєва активність у чоловіків була – 55,63 бали у жінок – 60,43. Соціальна активність у чоловіків – 49,38 бали, у жінок – 51,18. Поведінкова діяльність, обумовлена емоційним станом у чоловіків – 43,35 бали, у жінок - 33,03 бали.

Психічне здоров'я у чоловіків -23,26, у жінок – 27,41. Загальний компонент фізичного здоров'я у чоловіків

Таблиця 3.3

Показники стану якості життя чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | Жінки (n=47) | |
|-----|--|--------------------|------|-----------------|------|
| | | X±m | σ | X±m | σ |
| 1. | Фізична діяльність (PF) | 31,62±3,1 | 0,32 | 25,01±3,8 | 0,19 |
| 2. | Поведінкова діяльність, обумовлена фізичним станом (RP) | 26,63±2,5 | 0,49 | 32,16±2,1 | 0,42 |
| 3. | Інтенсивність больових відчуттів (BP) | 62,61±2,9 | 0,67 | 74,45±2,5 | 0,82 |
| 4. | Загальний стан здоров'я (GH) | 64,75±4,1 | 0,69 | 50,14±3,6 | 0,73 |
| 5. | Життєва активність (VT) | 55,63±3,7 | 0,42 | 60,43±3,3 | 0,71 |
| 6. | Соціальна активність (SF) | 49,38±4,6 | 0,83 | 51,18±4,2 | 0,62 |
| 7. | Поведінкова діяльність, обумовлена емоційним станом (RE) | 43,35±3,2 | 0,15 | 33,03±3,5 | 0,43 |
| 8. | Психічне здоров'я (MH) | 23,26±3,8 | 0,28 | 27,41±3,1 | 0,24 |
| 9. | Загальний компонент фізичний (PCS) | 24,71±3,6 | 0,25 | 22,02±3,8 | 0,38 |
| 10. | Загальний компонент психічний (MCS) | 34,67±4,5 | 0,41 | 36,27±3,6 | 0,37 |

склав -24,71бал, у жінок - 22,02 бали. Загальний компонент психічного здоров'я у чоловіків склав – 34,67 балів, у жінок 36,27 балів. Аналізуючи результати можна зробити висновок про низькі показники як фізичного стану здоров'я так і психічного як, у чоловіків так, і у жінок.

3.3. Особливості способу життя людей

Спосіб життя людей відіграє значну роль у якості їх життя та впливає на фізичний стан. Для вивчення цього питання ми дослідили основні фізіологічні функції життєдіяльності людей що проживають на прифронтових територіях: фізичну активність, харчування та режим відпочинку.

Результати фізичної активності (табл.3.4), досліджувались за міжнародним опитувальником IPAQ [43]. Фізична активність високої інтенсивності у чоловіків за тиждень склала 21,46 хв, у жінок – 12,37 хв. Фізична активність середньої інтенсивності у чоловіків – 72,93 хв, у жінок – 58,29 хв. Фізична активність низької інтенсивності у чоловіків була – 303,84 хв, у жінок – 438,06 хв. У загальному показнику MET у чоловіків фізична активність була на рівні 1465,93 MET, у жінок – 1777,61 MET.

Таблиця 3.4

Показник фізичної активності чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | Жінки (n=47) | |
|----|---|--------------------|------|-----------------|------|
| | | X±m | σ | X±m | σ |
| 1. | Фізична активність високої інтенсивності (хв/тиждень) | 21,46±3,5 3 | 0,12 | 12,37±3,05 | 0,08 |
| 2. | Фізична активність середньої інтенсивності (хв/тиждень) | 72,92±6,2 1 | 0,25 | 58,29±5,86 | 0,31 |
| 3. | Фізична активність низької інтенсивності (хв/тиждень) | 303,84±1 3,58 | 0,62 | 438,06±11,39 | 0,84 |
| 4. | Фізична активність (MET) | 1465,93±115,45 | 2,38 | 1777,61±124,52 | 3,76 |

За даними ВООЗ показники фізичної активності чоловіків і жінок знаходяться нижче необхідної для нормального здоров'я норми.

Дослідження харчування (табл.3.5), проводилось за аналізом щоденників, які вели респонденти протягом тижня, та узагальнювалось у грамах за день. Споживання тваринної їжі у чоловіків склало 218,98 г, у жінок 180,94 г. Споживання сирих рослинних продуктів у чоловіків склало -196,67 г, у жінок – 254,73 г. Споживання води у чоловіків – 1734,32 г, у жінок – 1493,04г. Цукор чоловіки споживали 52,18 г, жінки – 132,98г. Жир у продуктах чоловіки споживали -47,29г, жінки -58,92 г. Споживання продуктів із синтетичними домішками у чоловіків склало – 402,56 г, у жінок – 502,81г.

Таблиця 3.5

Показники споживання деяких груп продуктів чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | Жінки (n=47) | |
|----|--|--------------------|------|-------------------|------|
| | | X±m | σ | X±m | σ |
| 1. | Споживання тваринної їжі (г за день) | 218,98±8,92 | 0,65 | 180,94± 12,29 | 0,71 |
| 2. | Споживання сирих рослинних продуктів (г за день) | 196,67±12,98 | 0,86 | 254,73± 19,89 | 0,25 |
| 3. | Споживання води (г за день) | 1734,32±10,2 4 | 2,98 | 1492,04 ±15,89 | 1,56 |
| 4. | Споживання цукру (г за день) | 52,18±8,91 | 0,59 | 132,98± 11,07 | 0,51 |
| 5. | Споживання жиру (г за день) | 47,29±4,73 | 0,76 | 58,92±6, 35 | 0,53 |
| 6. | Споживання продуктів із синтетичними домішками (г за день) | 402,56±23,58 | 1,09 | 502,81± 19,78 | 0,26 |

Аналіз споживання основних видів продуктів показав відхилення від норм споживання Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міністерства охорони здоров'я України у більшості груп продуктів, як у чоловіків, так і у жінок.

Режим відпочинку відіграє важливу роль у фізичному стані та здоров'ї людини. Показники режиму відпочинку чоловіків та жінок (табл.3.6) вивчалися за аналізом щоденників які респонденти вели протягом тижня. Час засинання у чоловіків становив у середньому 22,47 години, у жінок – 23,19годин. Просипались чоловіки о 8,16годині, жінки о 7.38 годині. Час нічного сну у чоловіків складав 9, 41 годину, у жінок – 8,54 години. Також ми фіксували час проведений у положенні сидячі та лежачі без сну. У положенні сидячи чоловіки знаходились у середньому 6, 18 годин на день, жінки – 5,02 години. Час проведений у положенні лежачі без сну у чоловіків склав – 4,35 годин, у жінок – 2,41 годин.

Таблиця 3.6

**Показники режиму відпочинку чоловіків та жінок що
проживають на прифронтових територіях**

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | Жінки (n=47) | |
|----|--|--------------------|------|-----------------|------|
| | | X±m | σ | X±m | σ |
| 1. | Час засинання (год) | 22,47±3,48 | 0,36 | 23,19±4,9 4 | 0,49 |
| 2. | Час пробудження (год) | 8,16±1,76 | 0,08 | 7,38±3,79 | 0,67 |
| 3. | Час сну (год/добу) | 9,41±2,98 | 0,97 | 8,54±2,01 | 0,75 |
| 4. | Час проведений у положенні сидячи (год/добу) | 6,18±1,63 | 0,29 | 5,02±2,43 | 0,01 |
| 5. | Час проведений у положенні лежачи (год/добу) | 4,35±3,74 | 0,55 | 2,41±3,86 | 0,74 |
| 6. | Час проведений на свіжому повітрі (год/добу) | 1,84±0,86 | 0,09 | 2,45±1,78 | 0,08 |

Важливе значення для здоров'я має знаходження поза межами помешкання на відкритому просторі, свіжому повітрі. Чоловіки знаходились на свіжому повітрі -1, 84 години за день, жінки 2, 45 годин.

Аналіз результатів режиму відпочинку показав невчасне засинання чоловіків, і особливо жінок. Багато часу проведено у пасивному фізичному стані- сидячи і лежачі. Недостатньо часу чоловіками і жінками проведено на відкритому просторі.

3.4. Фактори впливу на якість життя людей зрілого віку

Для визначення факторів що впливають на якість життя людей, ми провели кореляційний аналіз із показниками способу життя і якості життя. Було доведено (середньої тісноти зв'язки), що показники якості життя (табл.3.7), у людей з більшою тижневою фізичною активністю високої та середньої інтенсивності кращі ніж у людей менш фізично активних.

Таблиця 3.7.

Тіснота зв'язку якості життя з фізичною активністю чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Якість життя | | | |
|----|---|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| | | Фізичний компонент | Психічний компонент | Фізичний компонент | Психічний компонент |
| | | Чол (n=39) | | Жін (n=47) | |
| 1. | Фізична активність високої інтенсивності (хв/тиждень) | 0,46 | 0,61 | 0,48 | 0,51 |
| 2. | Фізична активність середньої інтенсивності (хв/тиждень) | 0,45 | 0,27 | 0,41 | 0,42 |
| 3. | Фізична активність | 0,28 | 0,21 | 0,42 | 0,16 |

| | | | | | |
|----|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | низької інтенсивності (хв/тиждень) | | | | |
| 4. | Фізична активність (MET) | 0,39 | 0,44 | 0,41 | 0,37 |

* жирним шрифтом відмічена кореляція з достовірністю $p < 0,05$.

Також, спостерігалось що жінки з більшою фізичною активністю низької інтенсивності мають кращі показники якості життя.

Дослідження залежності психічного стану чоловіків і жінок у залежності від фізичної активності різної інтенсивності (табл.3.8) підтвердило результати попереднього дослідження. Ситуативна і особистісна тривожність були меншими у чоловіків і жінок фізична активність яких була вищою.

Таблиця 3.8.

Тіснота зв'язку психічного стану з фізичною активністю чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Тривожність | | | |
|----|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Ситуативна | Особистісна | Ситуативна | Особистісна |
| | | Чол (n=39) | | Жін (n=47) | |
| 1. | Фізична активність високої інтенсивності (хв/тиждень) | -0,54 | -0,41 | -0,42 | -0,54 |
| 2. | Фізична активність середньої інтенсивності (хв/тиждень) | -0,36 | -0,48 | -0,38 | -0,49 |
| 3. | Фізична активність низької інтенсивності (хв/тиждень) | 0,14 | -0,25 | -0,27 | -0,31 |
| 4. | Фізична активність (MET) | -0,38 | -0,31 | -0,35 | -0,42 |

* жирним шрифтом відмічена кореляція з достовірністю $p < 0,05$.

Найбільш значимою була фізична активність високої та середньої інтенсивності. Тіснота зв'язку відмічалась середньої щільності.

Не менш важливим фактором у якості життя людини є її харчування. Взаємозв'язки показників якості життя та споживання основних груп продуктів (табл.3.9) виявило деякі залежності.

Таблиця 3.9.

Тіснота зв'язку якості життя чоловіків та жінок зі споживанням деяких груп продуктів що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Якість життя | | | |
|----|---|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| | | Фізичний компонент | Психічний компонент | Фізичний компонент | Психічний компонент |
| | | Чол (n=39) | | Жін (n=47) | |
| | Споживання тваринної їжі (гр за день) | 0,34 | 0,39 | 0,29 | 0,26 |
| 2. | Споживання сирих рослинних продуктів (гр за день) | 0,35 | 0,41 | 0,57 | 0,37 |
| 3. | Споживання води (гр за день) | 0,42 | 0,32 | 0,38 | 0,42 |
| 4. | Споживання цукру (гр за день) | -0,31 | -0,14 | -0,62 | -0,49 |
| 5. | Споживання жиру (гр за день) | 0,34 | 0,49 | 0,33 | 0,25 |
| 6. | Споживання синтетичних добавок (гр за день) | -0,46 | -0,51 | -0,32 | -0,40 |

* жирним шрифтом відмічена кореляція з достовірністю $p < 0,05$.

У чоловіків найбільший негативний вплив на якість життя викликають продукти із синтетичними домішками. У жінок – надмірне споживання цукру. Також, залежність якості життя було виявлено від споживання жиру, недостатнього споживання сирих рослинних продуктів, та вживання води.

Дослідження залежності психічного стану людей що проживають на прифронтових територіях із харчуванням (табл.3.10), також виявило наступні зв'язки. Ситуативна та особистісна тривожність чоловіків і жінок залежать від надмірного споживання продуктів що містять синтетичні добавки, недостатнього споживання жирної їжі, надмірного споживання цукру.

Таблиця 3.10.

Тіснота зв'язку психічного стану зі споживанням деяких груп продуктів чоловіків і жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Тривожність | | | |
|----|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Ситуативна | Особистісна | Ситуативна | Особистісна |
| | | Чол (n=39) | | Жін (n=47) | |
| 1. | Споживання тваринної їжі (гр за день) | -0,31 | 0,32 | -0,15 | -0,24 |
| 2. | Споживання сирих рослинних продуктів (гр за день) | -0,30 | -0,21 | -0,35 | -0,39 |
| 3. | Споживання води (гр за день) | -0,31 | -0,20 | -0,22 | -0,27 |
| 4. | Споживання цукру (гр за день) | 0,35 | 0,31 | 0,42 | 0,39 |
| 5. | Споживання жиру (гр за день) | -0,36 | -0,34 | -0,23 | -0,25 |
| 6. | Споживання синтетичних добавок (гр за день) | 0,32 | 0,35 | 0,41 | 0,37 |

* жирним шрифтом відмічена кореляція з достовірністю $p < 0,05$.

У жінок відмічений також, вплив на психічний стан недостатнє вживання сирих рослинних продуктів.

Режим відпочинку має певний вплив на якість життя чоловіків та жінок (табл.3.11). Найбільший негативний вплив мав: пізній час засипання, час

проведений у положенні сидячи протягом дня. Найбільший позитивний вплив мав час сну та час проведений на свіжому повітрі.

Таблиця 3.11.

Тіснота зв'язку якості життя з режимом відпочинку чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Якість життя | | | |
|----|--|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| | | Фізичний компонент | Психічний компонент | Фізичний компонент | Психічний компонент |
| | | Чол (n=39) | | Жін (n=47) | |
| 1. | Час засинання (год) | -0,33 | -0,29 | -0,31 | -0,38 |
| 2. | Час пробудження (год) | -0,15 | -0,22 | -0,17 | -0,11 |
| 3. | Час сну (год/добу) | 0,35 | 0,40 | 0,41 | 0,52 |
| 4. | Час проведений у положенні сидячи (год/добу) | -0,31 | -0,42 | -0,23 | -0,41 |
| 5. | Час проведений у положенні лежачи (год/добу) | 0,14 | -0,27 | -0,23 | -0,17 |
| 6. | Час проведений на свіжому повітрі (год/добу) | 0,46 | 0,53 | 0,54 | 0,61 |

* жирним шрифтом відмічена кореляція з достовірністю $p < 0,05$.

Результати взаємозв'язку режиму відпочинку із психічним станом людей показав також певні залежності (табл.3.12). Середньої сили зв'язки були виявлені у кількості годин сну на добу та час проведений на свіжому повітрі - як позитивні фактори.

Таблиця 3.12.

Тіснота зв'язку психічного стану з режимом відпочинку чоловіків і жінок що проживають на прифронтових територіях

| № | Показник | Тривожність | | | |
|----|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Ситуативна | Особистісна | Ситуативна | Особистісна |
| | | Чол (n=39) | | Жін (n=47) | |
| 1. | Час засинання (год) | 0,33 | 0,36 | 0,25 | 0,32 |
| 2. | Час пробудження (год) | -0,21 | -0,15 | -0,05 | 0,10 |
| 3. | Час сну (год/добу) | -0,42 | -0,44 | -0,48 | -0,45 |
| 4. | Час проведений у положенні сидячи (год/добу) | 0,35 | 0,31 | 0,28 | 0,23 |
| 5. | Час проведений у положенні лежачи (год/добу) | -0,01 | .0,16 | 0,14 | 0,22 |
| 6. | Час проведений на свіжому повітрі (год/добу) | -0,43 | -0,39 | -0,44 | -0,35 |

** жирним шрифтом відмічена кореляція з достовірністю $p < 0,05$.*

Як негативний фактор це – час проведений у положенні сидячи.

У результаті проведеного кореляційного аналізу показників якості життя людей що проживають на прифронтових територіях із факторами їх способу життя виявив залежності із фізичною активністю, споживанням деяких груп продуктів та режимом відпочинку.

3.5. Основні напрямки експериментальної методики підвищення якості життя людей

Виявлені та проаналізовані фактори життєдіяльності чоловіків і жінок що впливають на їх якість життя та їх психічний стан – дозволили сформулювати індивідуальні рекомендації по кожній особі. Узагальнені

рекомендації стосувались наступних факторів як для чоловіків так і для жінок.

По фізичній активності:

- Збільшити фізичну активність високої та середньої інтенсивності;

По харчуванню:

- Зменшити споживання продуктів із синтетичними домішками;
- Зменшити споживання цукру;
- Збільшити споживання жирних натуральних продуктів;
- Збільшити споживання сирих рослинних продуктів;
- Збільшити споживання натуральної води.

По режиму відпочинку:

- Зменшити час засипання;
- Зменшити час проведений у положенні сидячи;
- Збільшити час сну;
- Збільшити час перебування на свіжому повітрі.

Розроблені індивідуальні методичні рекомендації застосовувались учасниками протягом наступних п'яти місяців експерименту.

3.6. Ефективність розроблених методичних рекомендацій.

Учасники експерименту які дотримувались розроблених нами рекомендацій більше 50% були об'єднані у експериментальну групу. Учасники експерименту які дотримувались рекомендацій менше 50% відсотків склали контрольну групу. Для перевірки ефективності розроблених рекомендацій ми через п'ять місяців експерименту знову визначили якість життя чоловіків і жінок і порівняли із результатами першого дослідження.

Результати змін якості життя експериментальної групи (табл.3.13) засвідчили покращення показників якості життя від 24 до 30%.

Таблиця 3.13

Порівняльний аналіз змін якості життя чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях після впровадження експериментальних рекомендацій (%)

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | | Жінки (n=47) | | |
|----|--|--------------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
| | | До | Після | % | До | Після | % |
| | | X1 | X2 | | X1 | X2 | |
| 1. | Фізична діяльність (PF) | 31,62 | 38,59 | 22,01 | 25,01 | 31,84 | 25,31 |
| 2. | Поведінкова діяльність, обумовлена фізичним станом (RP) | 26,63 | 66,75 | 40,12 | 32,16 | 41,26 | 28,31 |
| 3. | Інтенсивність больових відчуттів (BP) | 62,61 | 40,13 | 35,91 | 74,45 | 51,76 | 30,48 |
| 4. | Загальний стан здоров'я (GH) | 64,75 | 83,75 | 29,34 | 50,14 | 62,63 | 24,92 |
| 5. | Життєва активність (VT) | 55,63 | 70,63 | 27,06 | 60,43 | 75,76 | 25,37 |
| 6. | Соціальна активність (SF) | 49,38 | 67,64 | 18,26 | 50,18 | 63,31 | 26,17 |
| 7. | Поведінкова діяльність, обумовлена емоційним станом (RE) | 43,35 | 52,15 | 20,31 | 33,03 | 41,24 | 24,87 |
| 8. | Психічне здоров'я (MH) | 23,26 | 29,63 | 27,39 | 27,4 | 35,38 | 29,14 |
| 9. | Загальний компонент | 24,71 | 32,58 | 31,84 | 22,02 | 27,85 | 26,52 |

| | | | | | | | |
|------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | фізичний (PCS) | | | | | | |
| 10. | Загальний компонент психічний (MCS) | 34,67 | 42,73 | 23,25 | 36,27 | 63,39 | 27,12 |

Результати змін якості життя контрольної групи (табл.3.14) засвідчили покращення показників якості життя всього від 2 до 6%.

Таблиця 3.14

Порівняльний аналіз змін якості життя чоловіків та жінок що проживають на прифронтових територіях контрольної групи (%)

| № | Показник | Чоловіки (n=39) | | | Жінки (n=47) | | |
|----|---|-----------------|-------|-------|--------------|-------|------|
| | | До | Після | % | До | Після | % |
| | | X1 | X2 | | X1 | X2 | |
| 11 | Фізична діяльність (PF) | 31,62 | 32,62 | 3,18 | 25,01 | 25,73 | 2,89 |
| 12 | Поведінкова діяльність, обумовлена фізичним станом (RP) | 26,63 | 27,28 | 2,45 | 32,16 | 33,87 | 5,32 |
| 13 | Інтенсивність больових відчуттів (BP) | 62,61 | 65,38 | 4,42 | 74,45 | 79,41 | 6,67 |
| 14 | Загальний стан здоров'я (GH) | 64,75 | 65,91 | 1,79 | 50,14 | 51,68 | 3,07 |
| 15 | Життєва активність (VT) | 55,63 | 53,73 | -3,42 | 60,43 | 62,18 | 2,89 |
| 16 | Соціальна активність (SF) | 49,38 | 52,01 | 5,31 | 50,18 | 53,68 | 6,98 |
| 17 | Поведінкова діяльність, обумовлена | 43,35 | 45,44 | 4,82 | 33,03 | 34,95 | 5,52 |

| | | | | | | | |
|----|--|-------|-------|------|-------|-------|------|
| | емоційним станом (RE) | | | | | | |
| 18 | Психічне здоров'я (MH) | 23,26 | 23,95 | 2,91 | 27,4 | 35,38 | 6,28 |
| 19 | Загальний компонент фізичний (PCS) | 24,71 | 25,44 | 2,96 | 22,02 | 23,01 | 4,49 |
| 20 | Загальний компонент психічний (MCS) | 34,67 | 35,51 | 2,41 | 36,27 | 38,24 | 5,42 |

Результати порівняння показників якості життя людей що проживають на прифронтових територіях, після впровадження експериментальних методик - показало дієвість індивідуальної корекції способу життя для покращення якості життя.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літературних джерел виявив актуальну проблему якості життя людей на прифронтових територіях в Україні. Емоційний стрес від постійних обстрілів, екологічне забруднення, соціальні обмеження негативно впливають на якість життя людей та провокують виникнення психічних та соматичних захворювань.

2. Існуючі методики підвищення якості життя населення не відповідають реаліям життя чоловіків і жінок в умовах постійних повітряних тривог, відсутності у достатній кількості необхідних продуктів, погіршенні якості повітря, питної води, обмеженнях пересування. Ці факти активізують пошуки шляхів підвищення якості життя людей що живуть у таких умовах..

3. Аналіз якості життя людей із прифронтових територій засвідчив низькі показники по всім параметрам.

4. Аналіз фізичного, психічного стану, чоловіків і жінок зрілого віку виявив ряд відхилень у масі тіла, у стані серцево-судинної системи, у ситуативній та особистісній тривожності.

5. Аналіз способу життя чоловіків і жінок що проживають на прифронтових територіях мав ряд відхилень у фізичній активності, харчуванні, режимі відпочинку.

6. Особливості узагальнених методик корекції способу життя чоловіків і жінок стосувались фізичної активності, споживання деяких груп продуктів та деяких факторів режиму відпочинку.

7. Отримані результати експериментальної групи показали приріст на 25-30 % , засвідчили дієвість і ефективність розробленої нами методики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Безпечне харчування – основа здорового способу життя студентів. Г. П. Грибан, М. І. Пуздимір, О. Д. Гусак, Ж. О. Твердохліб, Л. В. Трухан. *Europejska nauka XXI powieka*. 2014. Vol. 10 (23). P. 63-64.
3. Білогур В. Є. Філософія спорту: теоретико-методологічний контекст: монографія. Дніпропетровськ: Акцент ПП, 2014. 264 с.
4. Булах В.П. Стрес та його вплив на організм / Медсестринство. 2014. № 3.С. 10-15
5. Вовканич Л. С. Фізіологічні основи фізичного виховання і спорту: навч. посіб. для перепідг. спеціал. освітньо-кваліф. рівня «бакалавр». Львів: ЛДУФК, 2013. 196 с.
6. Волошко Н. І. Психологія становлення здорового способу життя в навчально-виховному процесі: програма-практикум: наук.-метод. посіб. Київ: Наук. світ, 2012. 99 с.
7. Вплив здорового способу життя на показники успішності студентів медичного університету / М. О. Кузнецова, В. О. Бібіченко, І. К. Кузнецова, М. В. Ковальцова. *Grundlagen der modernen wissenschaftlichen forschung : Zu Den Materialien der IV internationalen wissenschaftlich-praktischen konferenz, Zürich, Schweiz, Marz 10, 2023. S. 29–31.*
8. Гаркуша С.В. Характеристика стану здоров'я сучасної молоді в Україні. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т.Г. Шевченка; 1 (107). 2013. С. 92-95.

9. Гуліч М. П. Рациональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення. *Проблеми старення и долголетия*. 2011. Т. 20, № 2. С. 128-132.
10. Єжова О. О. Здоровий спосіб життя: навч. посібник. Київ: Університетська книга, 2014. 127 с.
11. Жигайло Н. І. Психологія духовного становлення особистості майбутнього фахівця : монографія. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008. 336 с
12. Коваль, О. Г. (2015). Вплив рухової активності на рівень здоров'я і тривалість життя людини. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. <https://doi.org/10.32626/2309-8082.2015-0.%p>.
13. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості. К., 2009. 511 с
14. Костюкевич В. М. Теоретико-методичні основи контролю у фізичному вихованні та спорті: монографія. Вінниця: «Планер», 2017. 191 с.
15. Кузнєцова О. Оцінка зв'язку між режимом харчування та захворюваністю студентів університету. *Молода спортивна наука України*. 2015. Т.2. С. 125-131.
16. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю: метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: КММ, 2011. 184 с.
17. Малярська Н.В. Вегетативні синдроми – психосоматичні розлади / *Science and Education a New Dimension*. 2015. С.21-23.
18. Мартинюк, О., & Печена, В. (2021). Здоров'я та рухова активність людини. *InterConf*, (55), 372-382. <https://doi.org/10.51582/interconf.7-8.05.2021.039>.
19. Міжнародна міграційна організація https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/fies/reports/Frontline%20brief_UKR.pdf.

20. Наказ Міністерства освіти і науки України «Про затвердження Рекомендацій щодо стратегічного розвитку фізичного виховання та спорту серед студентської молоді на період до 2025 року». № 193. 2021.
21. Національний інститут стратегічних досліджень
<https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>
22. Огороднійчук М.В. Вплив здорового способу життя на конкурентноспроможність особистості у сучасному суспільстві [Електронний ресурс]. Режим доступу:
<http://eprints.zu.edu.ua/26860/1/%D0%9E%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%96%D0%B9%D1%87%D1%83%D0%BA%20%D0%9C.%D0%92..pdf>
23. Основи здорового способу життя: підручник. М. І. Кручаниця, В. В. Кручаниця, К. П. Мелега, О. А. Дуло, Н. В. Розумикова. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2016. 264 с.
24. Основи харчування: підручник. М. І. Кручаниця, І. С. Миронюк, Н. В. Розумикова, В. В. Кручаниця, В. В. Брич, В. П. Кіш. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. 252 с.
25. Пришва О. Особливості фізичної активності чоловіків зрілого віку, Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. М75 Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. Луцьк: Східноєвроп. Нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2013. Вип. 10. С. 59 – 63
26. Психологія стресостійкості студентської молоді / за заг. ред. В. Шмаргуна. К. : Видавничий центр НУБіП України, 2018. 198 с
27. Рухова активність - основа фізичного здоров'я: загальна тенденція рівня рухової активності серед студентів-медиків. (2020). Art of Medicine, 3(№ 4 (12), 124-127. <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/393>.

28. Укрінформ. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3703135-zelenska-programu-mentalnego-zdorova-viavilosa-so-silni-ne-hodat-do-psiologiv.html>.
29. Формування здорового способу життя. Навчально-методичні рекомендації. Авт. колект. Т. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков, Н. Дзюба, В. Коляда, Н. Комарова, І. Пеша, Н. Тілікіна (кер. авт. колект. О. Вакуленко). Київ: ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики», 2018. 100 с.
30. Шолубка Т. Формування психологічної стійкості студентів, які тимчасово перебувають закордоном під час війни в Україні. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 15. С. 110–118.
31. A guide for population – based approaches to increasing level so physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet//Physical Activity and Health. – Geneva: World Health Organization, 2007
32. Air-alarms.in.ua. <https://air-alarms.in.ua/blog/27-y-misiats-viiny-ohliad-statystyky-povitrianykh-tryvoh>.
33. Craig, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 35, 1381–1395 (2003)
34. Cuadra-Martínez, D., Georgudis-Mendoza, C. N., & Alfaro-Rivera, R. A. (2012). The Social Representation of Sport and Physical Education by Students with Obesity. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 10(2), 983- 1001.
35. DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
36. Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., MorenoJiménez, B., Gallardo, I., Vallés, C., & Van Diermonck, D. (2006). Adaptación española de las

- escalas de bienestar psicológico de Ryff [Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWBS)]. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
37. Duda, J. L., Williams, G. C., Ntoumanis, N., Daley, A., Eves, F. F., Mutrie, N., ... Jolly, K. (2014). Effects of a Standard Provision versus an Autonomy Supportive Exercise Referral Programme on Physical Activity, Quality of Life and Well-Being Indicators: A Cluster Randomised Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(10), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-11-10>
38. El-Far, Dareena (2023) "The Impact of Nutrition on the Mental and Physical Health of Young Adults," *WRIT: Journal of First-Year Writing: Vol. 5: Iss. 1, Article 1*. <https://scholarworks.bgsu.edu/writ/vol5/iss1/1>.
39. Erwin Kriswanto, Indah Prasetyowati, Jaka Sunardi, Fredericus Suharjana \ The Influence of Quality of Sleep and Physical Activity on Physical Fitness In Proceedings of the 3rd Yogyakarta International Seminar on Health, Physical Education, and Sport Science in conjunction with the 2nd Conference on Interdisciplinary Approach in Sports YISHPESS and CoIS - Volume 1, 465-470, Yogyakarta. <https://www.scitepress.org/Link.aspx?doi=10.5220/0009788804650470>.
40. Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2009. World Health Organization. Geneva, Switzerland. Accessed 13/07/2018. Available at: [http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/en/.](http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/en/)
41. González-Hernández, Juan; López-Mora, Clara; Portolés-Ariño, Alberto; Muñoz-Villena, Antonio Jesús; Mendoza-Díaz, Y. PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, PERSONALITY AND PHYSICAL ACTIVITY. ONE LIFE STYLE FOR THE ADULT LIFE *Acción Psicológica*, vol. 14, núm. 1, junio, 2017, pp. 65-78
42. INTERNATIONAL TEST COMMISSION (2013). ITC Guide lines for Practitioner Use of Test Revisions, Obsolete Tests, and Test Disposal [HTTP://WWW.INTESTCOM.ORG

43. Health-related physical fitness and physical activity in elementary school students. ID: NCT03015337, registered date: 1/09/2017, as «retrospectively registered». URL : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5107-4>.
44. Lurwanu Sani, T. Factors Influencing the Quality of Human Life. *IJEMD-SS* **2022**, *1*, 1-6.
45. Muhammad Haroon¹, Ahtasham Ahmad, Roma Tariq¹, and all. Effect of Sleep Deprivation on the Physical Health, Mental Health and Grades of the Students: A Descriptive Study/ Journal of Xi'an Shiyou University, Natural Science Edition ISSN: 1673-064X. Volume 20 issue 06 June 2024, 386-392, 2019/ <https://www.xisdjxsu.asia>
46. Pryshva O, Tsos A. Interconnection of a Physical Activity of Mature Males with Their Diet. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences* 2016; 7(6): 14-20.
47. Pryshva, O. (2016). Вплив стану серцево-судинної системи чоловіків зрілого віку на їхню фізичну активність в осінній період. *Physical education, sport and health culture in modern society*, (2 (34)), 38-45.
48. PRYSHVA, O. VIGOROUS PHYSICAL ACTIVITY OF MEN BY MEANS OF THE INTEGRAL INDICATOR TO THEIR LIFESTYLES. *Journal of Physical Education Research*, 7 (Issue I), pp.01-08.(2020)
49. Ukraine internal displacement report general population survey round 14 october 2023. https://www.dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1461/files/reports/Frontline%20brief_UKR.pdf.
50. Vieira, P. N., Silva, M. N., Mata, J., Coutinho, S. R., Santos, T. C., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2013). Correlates of Health-Related Quality of Life, Psychological Well-Being, and Eating Self-Regulation After Successful

Weight Loss Maintenance. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(6), 601-610.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10865-012-9454-9>

51. Ware John E. SF-36 Health Survey Update/ E.Ware John. <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

52. Wilson, P. M., Longley, K., Muon, S., Rodgers, W. M., & Murray, T. C. (2006). Examining the Contributions of Perceived Psychological Need Satisfaction to Well-Being in Exercise. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 11(3-4), 243-264. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9861.2007.00008.x>