

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

*«Допущено до захисту магістерської  
роботи»*

Завідувач кафедри громадського здоров'я та  
управління охороною здоров'я

\_\_\_\_\_ д.мед.н., В.Г. Нестеренко

**ХОЛІСТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ  
ПОХИЛОГО ВІКУ**

**Кваліфікаційна робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої  
освіти**

Освітньо- професійна програма: «Громадське здоров'я»

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 229 «Громадське здоров'я»

Кваліфікація: Магістр громадського здоров'я

Виконав:

Здобувач вищої освіти групи №1 за спеціальністю «Громадське здоров'я»

Нещенко Ольга Олександрівна

Науковий керівник

к.мед.н., доцент.

Мякина Олександр Володимирович

**Харків – 2026**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ХОЛІСТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ .....	10
1.1. Сутність і принципи холістичного підходу у сучасній науці та медицині.....	10
1.2. Старіння населення: фізіологічні, психологічні та медико-соціальні особливості людей похилого віку.....	14
1.3. Поняття здорового способу життя в контексті громадського здоров'я.....	18
1.4. Зарубіжний та український досвід застосування холістичних практик у роботі з людьми похилого віку.....	22
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ (аналітична частина).....	27
2.1. Демографічні та медико-статистичні показники здоров'я людей похилого віку в Україні та світі.....	27
2.2. Основні проблеми, бар'єри та «вузькі місця» у формуванні здорового способу життя людей похилого віку.....	31
2.3. Результати власного емпіричного дослідження способу життя та стану здоров'я осіб похилого віку.....	36
Висновки до розділу 2.....	68
РОЗДІЛ 3 . РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ХОЛІСТИЧНОЇ ПРОГРАМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	70
3.1. Концептуальні засади розробки комплексної програми холістичного впливу її структура, зміст та етапи реалізації .....	70

3.2. Обґрунтування ефективності програми на основі порівняння отриманих результатів та їх аналізу до та після проведення.....	79
3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження програми в систему громадського здоров'я.....	82
3.4. Інноваційні пропозиції з оптимізації підтримки здорового способу життя людей похилого віку .....	84
Висновки до розділу 3 .....	85
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	89
ДОДАТКИ .....	99

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Нестримне старіння населення є одним із ключових демографічних викликів сучасності. У світовому масштабі частка осіб старшого віку неухильно зростає: за прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, з 2015 по 2050 рік частина людей старшої вікової групи подвоїться приблизно з 12% до 22%, а їх абсолютна кількість перевищить 2 000 000 000 осіб. [6; 10]. Україна належить до демографічно старіючих суспільств – кожен четвертий мешканець країни вже у найближчі десятиліття буде старше 60 років, а до середини XXI століття люди похилого віку можуть становити майже третину населення. Таке демографічне перетворення супроводжується низкою соціально-економічних і медичних проблем, зокрема зростанням навантаження на систему охорони здоров'я та систему соціального забезпечення [42].

Економічний кут зору актуальності теми проявляється у тому, що витрати на медичне обслуговування літніх людей зростають у всьому світі: ці особи мають суттєво вищу потребу в медичних послугах. В умовах старіння суспільства особливого значення набувають стратегії збереження здоров'я, які дозволять скоротити рівень захворюваності та інвалідності, продовжити активне довголіття і тим самим зменшити фінансовий тиск на сектори охорони здоров'я та соціальні служби [21].

У цьому контексті саме громадське здоров'я відіграє ключову роль, оскільки його основним завданням є попередження захворювань, зниження впливу факторів ризику та формування здорового способу життя на рівні населення, а не лише лікування вже сформованої патології. Для людей похилого віку профілактичні стратегії громадського здоров'я мають особливе значення, оскільки дозволяють зменшити поширеність хронічних неінфекційних захворювань та зберегти функціональну спроможність у пізньому віці.

Медико-біологічний аспект проблеми зумовлений тим, що похилий вік характеризується погіршенням показників фізичного здоров'я, прогресуванням хронічних неінфекційних захворювань та появою геріатричних синдромів [41]. У

літньому віці значно підвищується поширеність серцево-судинної патології, цукрового діабету, онкологічних і нейродегенеративних хвороб; часто виявляється коморбідність, що ускладнює лікування і потребує мультидисциплінарного підходу.

Традиційна клінічна модель медицини, орієнтована переважно на лікування окремих захворювань, не завжди є достатньо ефективною для комплексного вирішення проблем старіючого населення. У зв'язку з цим зростає потреба у переорієнтації акцентів із лікування на профілактику та зміцнення здоров'я, що відповідає концептуальним засадам громадського здоров'я та реалізується через формування здорового способу життя протягом усього життєвого циклу, включно з пізніми його етапами [19; 61].

Соціальний вимір проблематики полягає в забезпеченні гідної якості життя та інтеграції людей похилого віку в суспільство. Населення старшої вікової категорії нерідко стикається з ізоляцією, самотністю, віковою дискримінацією та розривом соціальних зв'язків [49]. Зміна структури сім'ї та міграційні процеси призводять до того, що підтримка з боку родини стає менш гарантованою, а традиційні моделі опіки – менш дієвими. Заразом накопичений життєвий досвід і мудрість літніх людей є цінним ресурсом для суспільства, що актуалізує необхідність пошуку ефективних механізмів активного залучення осіб похилого віку до громадського життя.

Актуальність обраної теми в геронтології та системі громадського здоров'я обумовлена потребою холістичного (цілісного або комплексного) підходу до феномену здоров'я людей похилого віку. Сучасна геронтологічна наука дедалі активніше переходить від суто біомедичної моделі до біопсихосоціальної або холістичної, яка розглядає зрілу особу як єдине ціле, що поєднує фізичні, психологічні, соціальні та духовні компоненти благополуччя [16].

Холістичний підхід передбачає врахування всіх взаємопов'язаних аспектів життя людини похилого віку – від стану тіла і психіки до соціального оточення і навколишнього середовища – з метою підтримки оптимального рівня здоров'я та якості життя [46]. З позицій громадського здоров'я холістичний підхід у даному

дослідженні розглядається як інструмент первинної та вторинної профілактики, спрямований на зниження ризиків розвитку захворювань та підтримку активного довголіття.

Науковці зазначають, що проблеми здоров'я, способу життя і соціального благополуччя літніх людей досі недостатньо вивчені як в Україні, так і за кордоном. Зокрема, мало дослідженими залишаються питання адаптації систем охорони здоров'я до потреб старіючого населення, ефективних практик формування мотивації до здорового способу життя у пізньому віці, а також інтеграції соціальної, психологічної та медичної допомоги. Обране дослідження спрямоване на заповнення існуючої наукової прогалини шляхом поєднання різних наукових підходів у контексті громадського здоров'я.

Таким чином, дослідження «Холістичний підхід до здорового способу життя людей похилого віку» є своєчасним і суспільно значущим у контексті демографічних змін, пріоритетів профілактики захворювань у системі громадського здоров'я, потреб системи охорони здоров'я та сучасних геронтологічних орієнтирів.

**Мета дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та практичному впровадженні холістичного підходу до формування здорового способу життя людей похилого віку в системі громадського здоров'я з акцентом на профілактику захворювань та збереження функціонального потенціалу.

Для досягнення цієї мети поставлено завдання:

- 1) дослідити сутність, становлення і принципи холістичного підходу в контексті сучасної парадигми громадського здоров'я;
- 2) проаналізувати фізіологічні, психологічні та соціальні особливості здоров'я людей похилого віку;
- 3) оглянути статистичні дані щодо демографічного постаріння та проаналізувати стан здоров'я людей похилого віку як об'єкта профілактичних втручань громадського здоров'я;
- 4) визначити поняття здорового способу життя та його складових в контексті громадського здоров'я;

5) вивчити зарубіжний та український досвід застосування

холістичних практик у профілактичній роботі з людьми похилого віку;

6) організувати дослідження та проаналізувати стан здоров'я та спосіб життя людей похилого віку;

7) розробити програму холістичного підходу до формування здорового способу життя літніх людей як профілактичний інструмент громадського здоров'я та оцінити її ефективність;

8) розробити практичні рекомендації щодо впровадження програми на рівні громад та закладів системи громадського здоров'я;

9) надати інноваційні пропозиції з оптимізації підтримки здорового способу життя людей похилого віку з метою попередження розвитку неінфекційних захворювань та сприяння активному довголіттю.

**Об'єктом дослідження:** процес формування здорового способу життя людей похилого віку в системі громадського здоров'я.

**Предмет дослідження:** теоретичні та практичні аспекти застосування холістичного підходу до формування здорового способу життя людей похилого віку як профілактичної моделі громадського здоров'я.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в можливості їх використання у діяльності суб'єктів системи громадського здоров'я для формування та реалізації профілактичних програм, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей похилого віку. Отримані результати сприятимуть удосконаленню підходів до управління громадським здоров'ям, поглибленню розуміння впливу соціальних, поведінкових та середовищних чинників на здоров'я населення та підвищенню ефективності національних і регіональних програм профілактики неінфекційних захворювань.

**Наукова новизна:** Наукова новизна магістерської роботи полягає в тому, що вперше здійснено комплексне дослідження способу життя людей похилого віку в Україні в контексті холістичного підходу, який інтегрує фізіологічні, психологічні, соціальні та духовні складові здоров'я в єдину систему наукового

аналізу. Уточнено зміст і структуру здорового способу життя осіб похилого віку з позицій громадського здоров'я з урахуванням вікових, психоемоційних та соціальних особливостей цієї групи населення.

Вперше розроблено, науково обґрунтовано та апробовано авторську комплексну програму холістичного формування здорового способу життя людей похилого віку, спрямовану на покращення їхнього психоемоційного стану, підвищення рівня психологічного благополуччя та соціальної адаптації. Експериментально доведено ефективність запропонованої програми, що проявляється у зниженні рівня тривожності та емоційного напруження, а також у покращенні суб'єктивного самопочуття учасників.

Обґрунтовано можливості впровадження розробленої програми в систему громадського здоров'я шляхом інтеграції медичних, психологічних і соціальних послуг з метою підвищення якості життя та сприяння активному довголіттю людей похилого віку.

**Апробація результатів дослідження і публікації.** Основні положення магістерської роботи і результати дослідження були представлені у вигляді статей і тез на науково-практичних конференціях з міжнародною участю [38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 46; 47; 48; 61], про що свідчать сертифікати участі, представлені в додатках:

- 1) «Люди похилого віку: на площині медико-соціальних завдань сучасності» (червень 16–18, 2025 | Хельсінки, Фінляндія);
- 2) «Здоров'я населення старших вікових груп: огляд та пропозиції» (24 липня 2025 | Житомир);
- 3) «Здоровий спосіб життя у літньому віці: проблеми і бар'єри» (4–6 серпня 2025 | Берген, Норвегія);
- 4) «Демографічне постаріння та стан здоров'я населення старших вікових груп» (11–13 серпня 2025 | Неаполь, Італія);
- 5) «Фактори ризику і спосіб життя людей зрілого віку» (1–3 вересня 2025 | Антверпен, Бельгія);
- 6) «Холістичний підхід до здорового старіння: сутність та принципи»

(8–10 вересня 2025 | Цюріх, Швейцарія);

7) «Холістичні практики до здорового способу життя у геронтології» (матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р.);

8) «Підтримка здоров'я і якість життя літніх людей: існуючі програми та ініціативи» (матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р.); \

9) «Здоровий спосіб життя як джерело здоров'я: трактування та складові» (матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р.);

10) «Методи дослідження і оцінка способу життя людей похилого віку». (грудень 1–3, 2025 | Вроцлав, Польща). (див. 9 сертифікатів. Додаток «Е»).

11) «Використання техніки емоційної свободи серед людей похилого віку – мешканців Будинку престарілих». Ужгород-Житомир, 27 лютого 2026 р.

**Структура роботи:** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів та висновків до них, загальних висновків. Список використаних джерел містить 77 найменувань вітчизняних та іноземних авторів та – 6 додатків (всього: 34 – сторінки). Робота ілюстрована 25 (10 у тексті і 15 у додатках) – таблицями і 12 – рисунками. Загальний обсяг основного тексту – 125 сторінки, з них основної частини – 91 сторінка.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ХОЛІСТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

### 1.1. Сутність і принципи холістичного підходу у сучасній науці та медицині.

Людське життя є найвищою суспільною цінністю і в умовах демографічного постаріння перед суспільством та системою громадського здоров'я постає низка стратегічних завдань, зокрема попередження захворювань, зниження впливу факторів ризику та формування здорового способу життя людей похилого віку, серед яких і вирішення питань з проблем здоров'я і способу життя старшого покоління.

Сучасні науковці зазначають, що єдина зброя людини в захисті свого здоров'я – це культура його збереження. Одним із ключових ресурсів збереження здоров'я населення є формування культури здоров'я як складової профілактичної діяльності громадського здоров'я [50]. Існуючі напрями вирішення даної проблеми бачимо у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я у зрілому віці, побудові мотивації до способу життя, наданні знань, закріпленні вмій і навичок щодо особистого здоров'язбереження, а також саморегуляції власного стану. Створення нової культури управління здоров'ям людини старшого віку – є стратегічним ресурсом країни.

У сучасних наукових і міждисциплінарних джерелах, визначенням «здоров'я» та «здоров'язбереження», характеризують такі підходи: холістичний, еволюціоністський, соціально-орієнтований, нормоцентричний, аксіологічний, феноменологічний, комплексний, дискурсивний, акмеологічний. Виникнення цих підходів пов'язане з історичним розвитком суспільної думки та науки [48].

Стародавні витоки холістичної медицини сягають корінням у тисячолітні традиції, де здоров'я людини сприймалося не як відсутність хвороб, а як гармонія між тілом, розумом, духом і навколишнім світом. У сучасній науці ці ідеї

трансформувалися у цілісне бачення здоров'я як результату взаємодії людини та середовища. Вказаний напрямок ґрунтується на загальнофілософській ідеї холізму – нероздільній цілісності людського буття [48]. Наступний етап роздумів початку ХІХ ст. ознаменувався активним розвитком природничих і медичних дисциплін, особливо біології і фізіології. У центрі уваги дослідників перебував процес взаємодії індивіда з його оточенням. Поняття «здоров'я» визначалося через процес адаптації людини.

Термін – холізм походить від грецького *holos* – цілий, увесь: напрям у сучасній західноєвропейській філософії, розроблений і запроваджений в 1926 році південноафриканським військовим та державним діячем, філософом – Яном Смутсом (Jan C. Smuts), який у своїй праці «Холізм і еволюція» використовував термін для описання ідеї цілісного розуміння природного світу, а не окремих його частин. Холізм, як вчення, було засновано Джоном Скоттом Холдейном у книзі «Філософські основи біології» у 1931 році [63].

В українській науковій літературі наголошується, що холізм є методологічною основою для розробки програм, які сприяють збереженню здоров'я та активності. Ця спрямованість набула особливого значення у контексті профілактичної діяльності громадського здоров'я, що підтверджується значною кількістю публікацій західних та вітчизняних дослідників.

Холістичний підхід (ХП) – цілісний, комплексний, який можна класифікувати за кількома основними напрямками, розглядає системи як сукупність взаємопов'язаних елементів, де ціле переважає над частинами. У філософії та науці він проявляється як онтологічний та методологічний холізм, в освіті – холістичний курикулум (*curriculum* – навчальний план), в екології – бачення людини й екосистеми як єдиного цілого, а в медицині – як прагнення до комплексного врахування всіх аспектів, що впливають на стан об'єкта [51].

Ідея цього підходу ґрунтується на тому, що всі аспекти людського життя взаємопов'язані і впливають один на одного. Якщо одна частина системи виходить з рівноваги, це неминуче позначається на інших. Традиційна клінічна модель, зосереджена переважно на лікуванні окремих симптомів, потребує

доповнення профілактичними підходами громадського здоров'я, орієнтованими на усунення першопричин порушень здоров'я [51].

У світовій медичній науці «холістичний підхід до здоров'я» (holistic approach to health) – це цілісний погляд на людину як на єдину систему (тіло, розум, дух), який розглядає здоров'я не лише як відсутність хвороб, а як стан загального добробуту, гармонії та реалізації потенціалу, враховуючи фізичні, емоційні, психічні та соціальні аспекти життя [25]. У сучасному науковому дискурсі холістичний підхід не розглядається як альтернатива клінічній медицині, а трактується як доповнювальна біопсихосоціальна модель, орієнтована на профілактику та зміцнення здоров'я.

У контексті ХП враховуються всі грані життя людини: фізичне здоров'я; психічне здоров'я; соціальне здоров'я; духовне здоров'я. На відміну від редукціоністських моделей, холістичний підхід орієнтований на комплексне розуміння причин порушень здоров'я та їх профілактику, що має особливе значення для людей похилого віку [29].

Такий підхід відповідає пріоритетам громадського здоров'я, оскільки приділяє увагу профілактиці захворювань, формуванню здорового способу життя та збереженню функціональної спроможності у похилому віці.

До елементів ХП входять: раціональне харчування; фізична активність; психологічний добробут; соціальна активність; духовний розвиток; профілактика неінфекційних захворювань; сприятливе навколишнє середовище [48].

Холістичний підхід до здорового способу життя людей похилого віку є науково обґрунтованим інструментом профілактики у системі громадського здоров'я, зумовленим значним зростанням чисельності цієї вікової групи та необхідністю комплексного підходу до збереження їхнього здоров'я [29].

Серед прикладних напрямів реалізації холістичного підходу в сучасній науці виокремлюють також концепцію активного довголіття, яка орієнтована не лише на збільшення тривалості життя, а й на збереження його якості, функціональної спроможності та психосоціального благополуччя людей похилого віку [32].

До основних принципів ХП відноситься:

1. Здоровий спосіб життя: харчування (збалансоване харчування, багате на фрукти, овочі, цільно-зернові продукти, здоровий жир та обмеження перероблених продуктів; фізична активність (регулярні фізичні вправи, які підходять конкретній людині); сон (достатній та якісний сон); відсутність шкідливих звичок (відмова від куріння та вживання алкоголю у великих кількостях).

2. Здоров'я розуму та духу: стимуляція розумової діяльності (читання, навчання, розв'язання головоломок, ведення блогу); зменшення стресу (йога, медитація, практика глибокого дихання, спілкування з близькими); емоційна підтримка (наявність соціальних зв'язків, підтримка близьких та друзів, вільний час для занять, які приносять задоволення);

3. Управління емоціями: сприйняття емоцій (розуміння та управління своїми емоціями, вміння висловлювати свої почуття); позитивне мислення (розвиток позитивного мислення, вдячність за те, що є, та вміння знаходити позитив у складних ситуаціях); соціальна взаємодія (бути активним членом суспільства, спілкуватися з іншими та отримувати підтримку);

4. Регулярне медичне обстеження та догляд: профілактичні огляди (регулярні медичні огляди для раннього виявлення та лікування проблем зі здоров'ям); догляд за станом здоров'я (приділяти увагу своєму здоров'ю, своєчасно звертатися до лікаря за потреби та виконувати рекомендації) [25; 46].

Таким чином холістичний підхід – це не просто набір правил, а стиль життя, який дозволяє літній людині відчувати себе здоровою та щасливою, незалежно від віку. Вивчення сутності та змісту цілісного підходу до здоров'я похилої людини перебуває в полі зору сучасних закордонних і українських дослідників. Її здоров'я, є досить складною багатокомпонентною структурою, де ХП до способу життя, дає можливість правильно оцінити загальний стан, роль здоров'я в житті особистості й адекватно підібрати найбільш ефективні способи впливу на організм.

Отже, холістичний підхід є теоретично та практично обґрунтованою моделлю, що забезпечує комплексне бачення здоров'я людини та створює методологічну основу для формування здорового способу життя, особливо людей похилого віку.

**Висновок до підрозділу 1.1.** Холістичний підхід розглядає здоров'я як результат гармонійної взаємодії фізичних, психоемоційних, соціальних і духовних чинників, що обумовлює його актуальність як профілактичної моделі сучасної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження якості життя та активного довголіття людей похилого віку.

## **1.2. Старіння населення: фізіологічні, психологічні та медикосоціальні особливості людей похилого віку.**

Тема «старіння» стала однією з центральних проблем життєдіяльності людини та об'єктом підвищеної уваги системи громадського здоров'я. Підвищений до неї інтерес, обумовлений передусім успіхами провідних наук, які зробили реальною можливість пізнання першочергових механізмів старіння та розробки способів продовження тривалості життя, зростає; проводяться наукові роботи з метою виявити геронтологічні, психологічні та соціальні особливості населення похилого віку. Проблема такого аналізу у похилому віці є не лише науково актуальною, але й соціально та профілактично значущою, оскільки традиційно «старість» часто сприймають як період втрат, фізичного болю та зниження якості життя [6; 54; 58].

Цією проблемою цікавляться біологи, медики, економісти, демографи і соціальні працівники. Геронтологія є не лише комплексною медикобіологічною дисципліною, а й міждисциплінарною галуззю, тісно пов'язаною із соціологією, психологією та економікою, що відповідає сучасному підходу громадського здоров'я до вивчення старіння населення [50].

В Україні, засновником геронтології як науки, вважають академіка О.О. Богомольця. За ініціативою вченого, у Києві (1938 р.), відбулася перша в світі наукова конференція, присвячена проблемам старості і профілактики передчасного старіння. Одним з важливих напрямків її стало обговорення

гіпотези щодо максимального продовження людського життя – до 150 років і більше [9; 16].

Важливий внесок в розвиток проблем геронтології та активного довголіття також зробили З.Г. Френкель, В.І. Нікітін, І.А. Аршавский, І. Давидовський, В.В. Алпатов, А.В. Нагорний, М.С. Мільман та ін., які почали створювати профільні школи у великих містах країни..

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ще у 2005 р. часом настання старості вважався вік 50 років. Згодом відбулися перегляди у визначенні вікових меж, і старість почали відносити до вікової групи 64–74 роки. Змінилися і уявлення про кризу середнього віку, яка нині частіше спостерігається після 50 років. Вік визначається як кількість років, прожитих людиною з моменту народження, при цьому розрізняють календарний і біологічний вік, останній зумовлений функціональним станом організму [54].

У демографічному аналізі населення використовуються такі вікові показники, як вік повноліття, вступу в шлюб, репродуктивний, працездатний вік, вік виходу на пенсію, середня тривалість життя та довголіття. Світова спільнота переглянула традиційні вікові межі, у зв'язку з чим ВООЗ запропонувала нову вікову класифікацію: 25–44 роки – молодий вік, 44–60 років – середній вік, 60–75 років – похилий вік, 75–90 років – старечий вік, понад 90 років – довгожителі [58].

Ступінь старіння значною мірою залежить від соціальних факторів, зокрема рівня та якості життя, належності до певної соціальної групи, ставлення людини до власного здоров'я, особливостей харчування, рівня фізичної активності та доступу до медичної допомоги, що має безпосереднє значення для профілактичної роботи в громадському здоров'ї.

Процес старіння відбувається на всіх рівнях життєдіяльності людини, унаслідок чого спостерігаються закономірні обмінні, структурні та функціональні зміни, які охоплюють фізіологічний, психологічний і соціальний рівні.

Фізіологічні зміни в організмі людини з віком зумовлені зниженням біологічних функцій і здатності до адаптації. У людей похилого віку вони проявляються зниженням функцій серцево-судинної, дихальної, опорнорухової, нервової, сенсорної, ендокринної та імунної систем, а також порушеннями обміну речовин, що підвищує ризик розвитку хронічних неінфекційних захворювань, зокрема остеопорозу, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету та деменції.

Фізіологічний і медико-біологічний стан людини похилого віку визначається індивідуальними темпами старіння, тоді як психологічний стан значною мірою залежить від самооцінки та адаптаційних можливостей особистості. Для цього вікового періоду характерне поєднання кількох хронічних захворювань, зміни перебігу патологій, зниження резервних можливостей організму та порушення захисних механізмів [37].

Психологічні особливості людей похилого віку включають підвищену тривожність, емоційну вразливість, зниження ініціативності, а також зміни когнітивних функцій. Водночас у цьому віці можуть проявлятися позитивні риси, такі як життєва мудрість, досвід, переоцінка цінностей і прагнення до духовного розвитку.

Медико-соціальні особливості людей похилого віку охоплюють фізіологічні зміни, психологічні труднощі, соціальні виклики, зокрема ризик ізоляції, зниження рівня життя, потребу в догляді та підтримці, що зумовлює необхідність комплексних профілактичних програм у системі громадського здоров'я [12].

Зі старінням змінюється соціальний статус людини, відбувається вихід на пенсію, зменшення соціальної активності, підвищується ризик самотності та соціальної ізоляції. Відсутність підтримки з боку родини й громади негативно впливає на психоемоційний стан і мотивацію до збереження активного способу життя.

Потреба людей похилого віку в медичному обслуговуванні є суттєво вищою, ніж у населення середнього віку, що супроводжується значним

зростанням витрат на охорону здоров'я. За оцінками експертів ВООЗ, у найближчі десятиліття ці витрати продовжуватимуть зростати, що підсилює роль профілактики захворювань та формування здорового способу життя як пріоритетів громадського здоров'я [24].

Постаріння населення створює додаткове навантаження на фінансові ресурси системи охорони здоров'я, поєднуючи зростання споживання медичних послуг із зменшенням частки економічно активного населення. Це зумовлює необхідність переорієнтації з лікування на профілактичні та соціально орієнтовані підходи, спрямовані на підтримку функціональної незалежності людей похилого віку [26; 58].

У сукупності зазначені фізіологічні, психологічні та медико-соціальні особливості визначають потребу у спеціалізованих підходах до формування здорового способу життя людей похилого віку, які враховують не лише медичні, а й психологічні та соціальні чинники в межах системи громадського здоров'я.

Отже, старіння населення впливає на всі сфери життя людини, а наступним логічним і дієвим кроком є обґрунтування шляхів збереження здоров'я та попередження захворювань, зокрема через формування здорового способу життя.

**Висновок до підрозділу 1.2.** Старіння є багатовимірним процесом, що охоплює фізіологічні, психологічні та соціальні зміни, які необхідно враховувати при розробці профілактичних програм громадського здоров'я, спрямованих на підтримку здоров'я та активного довголіття людей похилого віку.

### **1.3. Поняття здорового способу життя в контексті громадського здоров'я**

Здоров'я як одна з фундаментальних категорій людського буття є найважливішим пріоритетом усіх розвинених країн світу, а ставлення до здоров'я, усвідомлення його цінності вважається одним з елементів національної культури та ключовим орієнтиром політики громадського здоров'я, критерієм благополуччя суспільства [13].

Проблема збереження й зміцнення здоров'я населення за всіх часів була однією із ключових у суспільстві. Здоров'я нації – це показник цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головний

критерій доцільності та ефективності всіх сфер діяльності людини. Наразі в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня, що зумовлює необхідність посилення профілактичної спрямованості системи громадського здоров'я. Це пов'язано зі збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної ситуації, розповсюдженням здоров'яруйнівних стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг тощо [10; 37].

Формування здоров'я є діяльністю, яку кожна людина здійснює свідомо як акт відповідального ставлення до власного життя. У контексті громадського здоров'я цей процес розглядається як поєднання індивідуальної відповідальності та системних умов, що створюються суспільством і державою. Здатність будувати здоров'я передбачає розвиток сукупності якостей і вмінь, необхідних для повноцінної життєдіяльності людини та її соціальної активності [13].

Взаємозв'язок між способом життя і здоров'ям індивіда найбільш повно відображає поняття «здоровий спосіб життя», у якому об'єднується все, що сприяє виконанню людиною професійних, громадських і побутових функцій в оптимальних для здоров'я умовах та орієнтує діяльність особистості на формування, збереження й зміцнення індивідуального та громадського здоров'я [19].

За визначенням ВООЗ, «здоровий спосіб життя» – це спосіб життя, який сприяє фізичному, психічному і соціальному благополуччю [52]. У сучасному розумінні це комплекс поведінкових, харчових, фізичних, психоемоційних, соціальних і духовних практик, спрямованих на підтримку та зміцнення здоров'я. В українській науковій літературі поняття ЗСЖ також включає компоненти саморегуляції, мотивації, соціальної активності та духовності.

Здоровий спосіб життя є одним із ключових чинників збереження та зміцнення здоров'я населення і розглядається як базовий інструмент профілактики хронічних неінфекційних захворювань у системі громадського здоров'я. Він охоплює сукупність поведінкових моделей, соціальних умов і

індивідуальних установок, спрямованих на підтримку фізичного, психічного та соціального благополуччя [30; 57].

В умовах сучасного суспільства ЗСЖ є не лише фактором захисту від негативних впливів цивілізації, але й важливим індикатором рівня культури здоров'я населення. З психолого-педагогічної точки зору спосіб життя відображає ступінь усвідомленості людиною важливості дотримання норм здоров'язбереження та є потужним засобом саморозвитку, самовиховання і самовдосконалення [11; 44].

Для повного розуміння поняття здорового способу життя необхідно з'ясувати зміст категорії «спосіб життя», яка відображає тип життєдіяльності людини, особливості її трудової діяльності, побуту, способи задоволення матеріальних і духовних потреб, а також норми індивідуальної та громадської поведінки [14]. Спосіб життя може бути здоровим або нездоровим. Здоровому способу життя властиві активна життєва позиція, дотримання режиму дня, задоволення від праці та відпочинку, раціональне харчування, регулярна фізична активність, психофізіологічний комфорт, особиста гігієна та позитивне ставлення до навколишнього середовища. Для людей похилого віку ці складові потребують адаптації з урахуванням вікових і функціональних можливостей організму.

Аналізуючи ціннісну характеристику способу життя, О. Федько визначає його як біосоціальну категорію, що інтегрує трудову діяльність, побут, соціальну поведінку та рівень суспільного розвитку. Таким чином, спосіб життя є «обличчям» індивіда і водночас відображенням соціального прогресу [61]. Західні дослідники трактують спосіб життя як широку категорію, що охоплює індивідуальні форми поведінки, активність і реалізацію можливостей людини у праці, повсякденному житті та культурних практиках.

Складовими способу життя є трудова, соціальна, психоінтелектуальна та рухова активність, побутові взаємовідносини, пізнавальна діяльність, форми участі у суспільному житті, режим праці та відпочинку, звички та ритм життя [14]. У сукупності ці складові визначають рівень здоров'я та якості життя людини як на індивідуальному, так і на популяційному рівні (див. рис. 1.1).



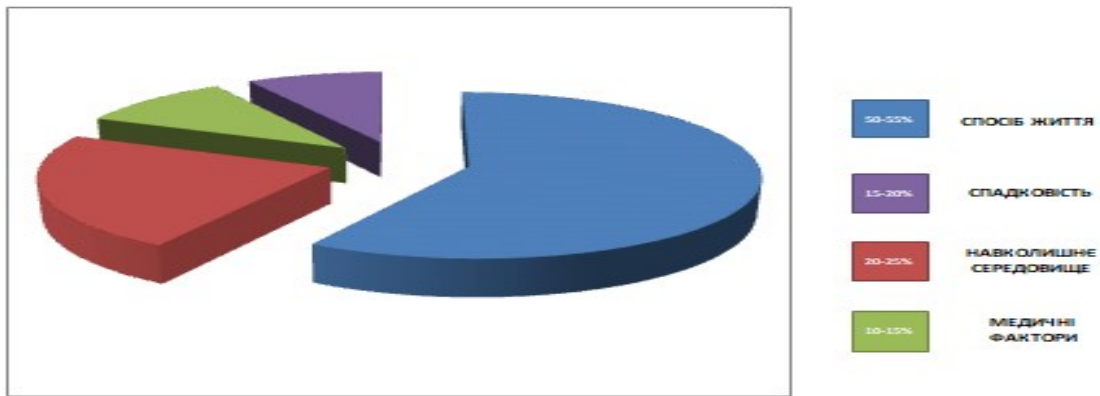
**Рис. 1.1. Взаємодія категорій життєдіяльності та здоров'я людини**

Спосіб життя є одним із найвагоміших чинників формування індивідуального й громадського здоров'я, між якими існує прямий і зворотний взаємозв'язок: умови та стиль життя впливають на здоров'я, а стан здоров'я, у свою чергу, визначає можливості життєдіяльності людини.

Нині здоровий спосіб життя розглядається передусім як профілактика захворювань і зміцнення здоров'я та передбачає виконання рекомендацій ВООЗ щодо харчування, фізичної активності, гігієни, відмови від шкідливих звичок, профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань та гармонійної взаємодії з навколишнім середовищем [19].

ЗСЖ характеризується як активна діяльність людини, спрямована на ефективне виконання професійних, соціальних і життєвих функцій. Водночас традиційні рекомендації щодо здорового способу життя потребують адаптації до вікових, соціальних і психологічних особливостей людей похилого віку, що є одним із завдань громадського здоров'я [14; 35].

Стан здоров'я людей похилого віку формується під впливом біологічних чинників, умов навколишнього середовища та соціального контексту. З позицій громадського здоров'я ці чинники об'єднуються у соціально-економічні, соціально-біологічні, екологічні та організаційно-медичні групи, які визначають тривалість і якість життя [11; 39]. (див. рис. 1.2.).



**Рис. 1.2. Чинники, що впливають на тривалість життя похилої людини**

У похилому віці здоровий спосіб життя має вирішальне значення для підтримки якості життя та активного довголіття. Дотримання принципів ЗСЖ дозволяє зменшити ризик функціональних обмежень, підтримувати фізичну активність, психоемоційний баланс і соціальну включеність [22; 40; 74; 77].

Водночас на шляху до формування здорового способу життя люди похилого віку стикаються з низкою перешкод, серед яких хронічні захворювання, соціальна ізоляція, обмежений доступ до медичних і соціальних послуг, психологічні бар'єри та низький рівень матеріального забезпечення [61].

Підтримка здорового способу життя людей похилого віку є одним із пріоритетних напрямів державної та суспільної політики, що відображено в міжнародних правових актах, рекомендаціях ВООЗ та програмах активного і здорового старіння. В Україні реалізуються ініціативи, спрямовані на створення середовища, дружнього до людей похилого віку, зокрема в межах програм активного довголіття та розвитку громад [36; 76; 77].

Сучасний підхід у сфері громадського здоров'я передбачає поєднання індивідуальної відповідальності за здоров'я з роллю державних і громадських інституцій у формуванні здоров'ясприятливого середовища. Саме системна підтримка забезпечує ефективність формування здорового способу життя у старшому віці [50].

Таким чином, у сучасному науковому дискурсі здоровий спосіб життя розглядається як стратегія громадського здоров'я, ефективність якої значно

зростає за умови застосування холістичного підходу, що враховує фізичні, психічні та соціальні компоненти здоров'я людей похилого віку.

**Висновок до підрозділу 1.3.** Здоровий спосіб життя є базовим чинником профілактики захворювань і підтримки якості життя людей похилого віку та потребує системного, міждисциплінарного підходу в межах громадського здоров'я.

#### **1.4. Зарубіжний та український досвід застосування холістичних практик у роботі з людьми похилого віку.**

У зарубіжних країнах накопичено значний досвід упровадження холістичних програм, спрямованих на підтримку здоров'я та активного довголіття людей похилого віку в межах політик громадського здоров'я. Такі програми поєднують медичні, освітні, соціальні та психологічні компоненти, орієнтовані на зміцнення фізичного стану, соціальної включеності та психоемоційного благополуччя [23].

Холістична підтримка здорового способу життя людей старшого віку розглядається як комплексний підхід до вирішення проблем здоров'я, який враховує взаємодію між фізичним, емоційним, соціальним та духовним аспектами життя людини, а також вплив навколишнього середовища. У фокусі таких програм перебуває не лише лікування, а передусім профілактика захворювань і підтримка функціональної незалежності літніх осіб, що відповідає сучасним підходам громадського здоров'я [29].

Однією з провідних концепцій підтримки цієї вікової категорії є стратегія «Активного старіння» або «Активного довголіття» (Active Ageing), запропонована та підтримана Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Ця стратегія спрямована на створення умов, за яких люди похилого віку можуть реалізовувати свій фізичний, соціальний та ментальний потенціал упродовж усього життя та залишатися активними учасниками суспільних процесів відповідно до власних потреб і можливостей [10].

Варто також згадати відомий світовий феномен «Blue Zones» – регіони довголіття (Окінава, Сардинія тощо), де завдяки комплексному здоровому

способу життя люди живуть довше та зберігають високу якість життя. Секрет довгожителів із Blue Zones полягає у поєднанні регулярної фізичної активності, переважно рослинного харчування, міцних соціальних зв'язків, наявності життєвої мети та ефективного управління стресом, що фактично відображає практичну реалізацію холістичного підходу в повсякденному житті.

У розвинених країнах світу спостерігається тенденція до розширення спектра програм холістичної підтримки людей похилого віку та зростання кількості організацій, які працюють у сфері зміцнення їхнього здоров'я і добробуту. Такі програми орієнтовані на комплексну турботу про благополуччя літніх людей, підтримку їхньої незалежності та активної участі в житті громади, що відповідає міжсекторальній моделі громадського здоров'я.

Програми підтримки здорового способу життя людей похилого віку зазвичай включають фізичну активність (скандинавську ходьбу, лікувальну гімнастику, танці), збалансоване харчування, профілактичні медичні огляди, психологічну підтримку, соціальну активність та інтелектуальні заняття, спрямовані на попередження функціональних обмежень і соціальної ізоляції [64].

Прикладами ефективних моделей є програми активного старіння, освітні ініціативи для людей третього віку, громадські центри здоров'я, які створюють умови для самореалізації та підтримки соціальних зв'язків. Їхньою спільною рисою є міждисциплінарний, профілактичний та соціально орієнтований характер.

В Україні також реалізуються окремі ініціативи, спрямовані на підтримку людей похилого віку, однак вони мають переважно фрагментарний характер і недостатньо інтегровані в систему громадського здоров'я. Відсутність єдиної національної холістичної моделі обмежує ефективність і сталий вплив таких програм.

У країнах Європейського Союзу функціонують «Школи здоров'я» (Health Schools) та інші заклади, орієнтовані на формування здорового способу життя людей похилого віку. Такі «Школи сприяння здоров'ю» пропонують освітні й

оздоровчі програми, спрямовані на покращення фізичного і психічного здоров'я та соціальну інтеграцію літніх людей [23].

Поширеною формою холистичної підтримки є «Університети третього віку» (Universities of the Third Age), які діють у багатьох країнах Європи та світу. Ці заклади надають можливість продовжувати навчання, розвивати нові навички та підтримувати соціальну активність людей похилого віку. Університети третього віку утворюють широку міжнародну мережу, пов'язану з Міжнародною асоціацією університетів третього віку (AUITA), що має акредитований статус при ООН [4; 8].

Перший Університет третього віку був відкритий у Франції (м. Тулуза) у 1972 році. Основними завданнями таких закладів стали організація дозвілля людей похилого віку, пропагування активного способу життя, забезпечення доступу до освіти, створення умов для комунікації та міжпоколінної інтеграції, підтримка когнітивної, психічної та фізичної активності, а також стимулювання самонавчання та самореалізації.

Професор П. Веллас (P. Vellas) наголошував, що діяльність Університетів третього віку спрямована на підвищення якості життя людей пенсійного віку, реалізацію концепції освіти впродовж життя, координацію геронтологічних досліджень і впровадження освітніх програм з геронтології.

Зарубіжний досвід свідчить про ефективність комплексних міжсекторних підходів, у межах яких система охорони здоров'я тісно взаємодіє із соціальними службами, освітніми закладами та громадськими організаціями для досягнення цілей активного і здорового старіння.

В Україні холистичні практики лише починають упроваджуватися, однак уже спостерігаються позитивні результати в межах соціальних ініціатив і медико-соціальних проєктів, зокрема програм «Активне довголіття», діяльності територіальних центрів соціального обслуговування, оздоровчих рухових програм і волонтерських ініціатив [36].

Міністерство охорони здоров'я України реалізує низку програм, спрямованих на підтримку здоров'я людей похилого віку, зокрема через

Програму медичних гарантій, розвиток реабілітаційних послуг, участь у європейських ініціативах та модернізацію профілактичних заходів. Державна політика також закріплює правові основи соціального захисту літніх людей та стимулює їхню фізичну активність [3; 4].

В умовах війни та соціально-економічних труднощів літні люди в Україні потребують посиленої психосоціальної підтримки та реабілітації, де холістичні підходи застосовуються у програмах психологічної допомоги, арт-терапії та соціальної адаптації.

Отже, сучасна геронтологічна практика як у світі, так і в Україні дедалі активніше впроваджує принципи холістичного підходу. Концепція активного старіння, ухвалена ВООЗ, передбачає створення умов для реалізації фізичного, соціального та інтелектуального потенціалу людини протягом усього життя, що лежить в основі сучасних програм комплексної підтримки людей похилого віку [5; 36].

Таким чином, світовий і український досвід підтверджує, що холістичні практики, орієнтовані на міждисциплінарну взаємодію та профілактику, здатні суттєво підвищити якість життя людей похилого віку. Їх масштабування та інтеграція в систему громадського здоров'я є перспективним напрямом розвитку геріатричної допомоги.

**Висновок до підрозділу 1.4.** Досвід зарубіжних країн підтверджує ефективність холістичних підходів у роботі з людьми похилого віку, тоді як в Україні актуальним залишається завдання розробки та впровадження науково обґрунтованих комплексних програм у межах системи громадського здоров'я.

#### **Узагальнений висновок до розділу 1.**

У першому розділі магістерської роботи розкрито теоретичні засади холістичного підходу до формування здорового способу життя людей похилого віку. Проаналізовано сутність холістичної концепції як сучасної наукової парадигми, що інтегрує фізичні, психологічні, соціальні та духовні складові здоров'я у контексті громадського здоров'я та профілактичної медицини.

Розглянуто основні фізіологічні, психологічні та медико-соціальні особливості процесу старіння, що визначають специфіку потреб людей похилого віку та зумовлюють необхідність адаптації підходів до збереження і зміцнення їхнього здоров'я. Показано, що старіння є багатовимірним процесом, який впливає не лише на соматичний стан, а й на психоемоційне благополуччя, соціальну активність і якість життя літніх людей.

Особливу увагу приділено поняттю здорового способу життя як ключовому чиннику профілактики неінфекційних захворювань і підтримки активного довголіття. Обґрунтовано, що в системі громадського здоров'я здоровий спосіб життя слід розглядати не лише як індивідуальну поведінкову стратегію, а як результат взаємодії особистих зусиль людини та сприятливого соціального, економічного й середовищного контексту.

Проаналізовано зарубіжний і український досвід застосування холістичних практик у роботі з людьми похилого віку, зокрема в межах концепції активного старіння, діяльності університетів третього віку, шкіл здоров'я та програм соціальної і медико-психологічної підтримки. Встановлено, що найбільш ефективними є міждисциплінарні та міжсекторні моделі, які поєднують медичні, соціальні, освітні й громадські ресурси.

Сукупність наведених у розділі положень формує цілісну теоретичну основу для подальшого аналізу стану здоров'я та способу життя людей похилого віку, а також для розробки й впровадження комплексних програм формування здорового способу життя в межах системи громадського здоров'я.

Таким чином, сучасне розуміння здорового способу життя як багатокomпонентного явища та аналіз кращих світових практик підтверджують доцільність застосування холістичного підходу для підвищення якості життя, збереження функціональної незалежності та сприяння активному довголіттю людей похилого віку.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ (аналітична частина)

У даному аналітичному розділі розглядаються теоретичні та аналітичні передумови (стан здоров'я та проблеми здорового способу життя людей похилого віку), представлено власне емпіричне дослідження.

#### **2.1. Демографічні та медико-статистичні показники здоров'я людей похилого віку в Україні та світі.**

Однією з соціально-демографічних тенденцій більшості розвинених країн є постійне зростання кількості людей зрілого віку. Прогресуюче постаріння населення в свою чергу висуває перед суспільством нові, як демографічні, так і медичні проблеми, які потребують їх вивчення і сьогоденного вирішення [6].

Демографічні та медико-статистичні показники здоров'я людей похилого віку охоплюють структуру населення, очікувану тривалість життя, народжуваність, рівень смертності, показники захворюваності та інвалідизації, а також стан фізичного й психічного здоров'я. Ці показники відображають старіння нації, підвищуючи навантаження на соціальну сферу і вимагаючи адаптації медичної політики для збереження активного та повноцінного життя старших людей [27].

Старіння населення є однією з ключових демографічних проблем, що має значний вплив на життя суспільства у різних аспектах соціально-економічного розвитку країн світу. У високорозвинутих країнах зросла частка старих людей (постаріння населення), що веде до відчутних соціально-медичних проблем. Вікові зміни структури і функцій є основою розвитку вікових патологій, які стають основною причиною смерті людей [73].

У більшості країн Європейського союзу (ЄС), за останнє п'ятиліття, на третину зменшилася питома вага дитячого контингенту і водночас зросла частка

осіб працездатного віку до 69 років (на 4%) та на чверть чисельність людності віком старше 60 років [54]. Прогнозується, що у 2050 році 25,0 % населення становитимуть люди віком 65 років і старше. Крім того, ООН передбачає, що у 2054 році середня тривалість життя становитиме 77,4 років. До кінця 2070-х років налічуватиметься 2 200 000 000 людей віком 65 років і старше, перевищуючи кількість тих, кому ще не виповнилося 18 років [ ].

Постаріння населення є серйозною проблемою і для України, де впродовж 1990–2017 рр. питома вага осіб віком старше 60 років у віковій структурі населення збільшилася з 18,3 до 22,9 %, жителів старше 65 років – з 12,0 до 16,5 % (при одночасному зменшенні частки дитячого населення з 21,5 до 15,5 %). Станом на початок 2022 року літні люди становили – 17,1% [59]. За величиною такої частки людей, серед найстаріших країн Європи, Україна посідає п'яту позицію після Італії, Федеративної Республіки Німеччини, Швеції та Бельгії [58].

«Демографічне навантаження» у 1999 році становило на 1000 осіб працездатного віку – 768 (356 дітей і 412 чоловік пенсійного віку) непрацездатного віку. На початок 2021 року показник склав 412 людей. Коефіцієнт потенційного заміщення (дитяче навантаження) дорівнює 194 ‰, а коефіцієнт пенсійного навантаження – 218 ‰ [28].

Що до показника «середня тривалість життя» (СТЖ) – загальні світові тенденції: у високорозвинених країнах люди живуть в середньому 83 роки, тоді як у країнах Африки на південь від Сахари – близько 62 років. За останні 70 років СТЖ у світі зросла завдяки медицині та покращенню умов, але зараз спостерігається уповільнення цього росту та певні коливання. В Україні значно різниться між чоловіками та жінками, але останніми роками спостерігається зниження через війну: у 2023 році для жінок це близько 70,9–78,5 років, а для чоловіків 57,3–66,6 років, хоча цифри залежать від джерела та методології, але загалом жінки живуть довше, тоді як у розвинених країнах середній показник сягає 83 років.

У світі та Україні, серед людей похилого віку переважають жінки, оскільки вони мають вищу тривалість життя. У 2020 році середня тривалість життя жінок

становила 76,2 роки, чоловіків – 66,4 роки; у 2023 ці показники знизилися (70,9 та 57,3 відповідно), але різниця зберігається [43].

Україна має найвищий рівень смертності у світі (18,6 на 1000 осіб). Показник втричі перевищує народжуваність (6 на 1000 осіб), особливо через війну та демографічну кризу. У світі лідером за смертністю є Катар (1,4), а високі показники в Литві та Сербії. Головними причинами смертності в Україні, окрім загальних факторів, є хвороби серцево-судинної системи та інсульту, що посилюється війною [45].

Беручи до уваги сталі демографічні тренди, щодо пришвидшення процесів старіння в популяції та збільшення чисельності осіб літніх груп у віковій структурі населення, було проаналізовано сучасні підходи до здоров'я населення похилого віку України. За основу взяті важливі показники стану здоров'я населення – захворюваність і поширеність хвороб. Перша характеризує можливість адаптації населення до чинників довкілля, а поширеність хвороб – значною мірою відображає накопичення хронічної патології і зростання цього показника зумовлено успіхами в лікуванні та подовженням тривалості життя хворих з гострими невідкладними станами [42; 64].

Останні звіти стану здоров'я населення старших вікових груп були надані у «Щорічній доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України» Міністерства охорони здоров'я України (МОЗУ) у 2018 році. У матеріалах документу, за п'ятирічний період (2013–2018 рр.), рівні поширеності хвороб і захворюваності населення старших вікових груп знижувались: перша у 2018 році знизилась на 11,04% – відносно 2013 року і на 1,0% відносно 2017 року. Показник захворюваності вищезазначеної групи населення у 2018 році знизився на 10,87% – відносно [60].

У структурі поширеності хвороб серед старшого населення країни у 2018 році перше рейтингове місце займають хвороби системи кровообігу (50,17%), другу ступінь займають хвороби органів травлення (10,11%), третю – посіли хвороби органів дихання (8,08%), четверту – займають хвороби кістковом'язової

системи та сполучної тканини (6,12%) на п'ятому місці – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушень обміну речовин (5,59%) [65].

Щодо первинної захворюваності: у 2018 році її рівень серед старших вікових груп був нижчим за рівні аналогічної захворюваності у 2013 та 2017 рр. За основними Міжнародними класами хвороб (МКХ), у структурі первинної захворюваності старших вікових груп, перше місце займають хвороби органів дихання (26,08%), друге – патології системи кровообігу (17,95%), третє – посіли хвороби ока та його придаткового апарату (8,82%), четверте – займають кістковом'язової системи та сполучної тканини (7,41%) та на п'ятому місці посідають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,0) [65].

Інвалідність у людей похилого віку – це багатогранна проблема, зростаючий виклик, де спостерігається різке збільшення інвалідизації через хронічні неінфекційні захворювання (НІЗ), такі як хвороби серця, онкологія та опорно-рухового апарату, що потребує вдосконалення медичної та соціальної допомоги. Процес інвалідизації літніх людей вимагає комплексного підходу, що включає як медичну реабілітацію, так і соціальну підтримку, а також створення умов для їх повноцінного життя та реалізації прав, що відповідає сучасним принципам прав людини.

Психічне здоров'я літньої людини часто страждає від депресії, тривожності та когнітивних розладів, викликаних віковими змінами, втратою близьких, самотністю та соціальною ізоляцією, що може проявлятися як апатія, драгівливість, проблеми з пам'яттю та сном. Підтримувати психічне здоров'я допомагає спілкування, фізична активність, розв'язання головоломок та чіткий розпорядок дня [19; 27].

Тобто, стан здоров'я літніх людей залишається актуальною медикосоціальною проблемою, яка потребує загальнонаціональних зусиль для реалізації заходів із надання належної та своєчасної медичної допомоги на всіх її рівнях. Втілення цих важливих завдань потребує розширення бази фактичних даних, що могли б встановити масштаби медико-соціальних зрушень і вибору

оптимальних перспектив для надання медичної та соціальної допомоги цим категоріям. Вирішення необхідного завдання має пріоритетність з огляду на те, що люди літнього віку потребують на 50,0 % більшого обсягу медичного обслуговування порівняно з категорією молодшого віку. Госпіталізація населення, віком 60 років і старше при цьому, у три рази перевищує аналогічний показник для решти населення [24].

Таким чином, процес старіння населення супроводжується зростанням питомої ваги людей похилого віку і зміною структури захворюваності. Статистичні дані свідчать про подвоєння частки літніх осіб у світовій популяції протягом першої половини XXI століття та аналогічні тенденції в Україні. Це означає, що медико-соціальні системи стикаються зі збільшенням кількості пацієнтів старшого віку, які потребують специфічної допомоги.

Отже, демографічні тенденції та стан здоров'я літніх людей визначаються не тільки довголіттям, але й збереженням функціональної незалежності та активності, вказують на необхідність всебічних заходів для підтримки їхнього благополуччя – саме такого підходу, який визначаємо як холістичний. Отримані дані вказують на факт зростання чисельності літніх людей і вимагають переорієнтації медичної та соціальної політики: необхідності переходу від суто лікувальної моделі до профілактично орієнтованої системи підтримки здоров'я людей похилого віку.

**Висновок до підрозділу 2.1.** Демографічний і медико-статистичний аналіз підтверджує актуальність розробки комплексних програм підтримки здоров'я людей похилого віку з акцентом на профілактику та активне довголіття.

## **2.2. Основні проблеми, бар'єри та «вузькі місця» у формуванні здорового способу життя людей похилого віку.**

Входження України у новий період соціального розвитку, відновлення державності, відродження багатого культурно історичного досвіду та традицій національного виховання актуалізує проблему гармонійного фізичного і духовного розвитку людини похилого віку, її соціалізації як здорової, життєздатної особистості.

Стиль життєдіяльності такої людини, спрямований перш за все на підтримку та збереження здоров'я. Між тим, населення все гостріше відчуває на собі вплив економічного та екологічного стану, які, на жаль, не відповідають його очікуванням щодо поліпшення якості життя і сталого соціально економічного розвитку. Наслідками цих проблем є погіршення демографічної ситуації, зростання захворюваності населення та збільшення питомої ваги тяжких хвороб, лікування яких вимагає значних витрат.

Старіння населення, недостатня соціальна підтримка літньої людини, обмежені можливості для активного та якісного життя роблять питання покращення їх умов особливо актуальними [43].

З огляду на тенденції, що склалися, пріоритетним завданням усіх країн є сприяння зміцненню здоров'я впродовж всього життя, у тому числі шляхом запобігання збільшенню соціальної нерівності у літньому віці та вдосконалення систем охорони здоров'я і соціального забезпечення для задоволення різнобічних потреб старіючого населення [19].

Формування здорового способу життя у похилому віці ускладнюється низкою взаємопов'язаних бар'єрів. До фізіологічних належать хронічні захворювання та функціональні обмеження. Соціально-економічні бар'єри включають низький рівень доходів, обмежений доступ до якісних медичних і соціальних послуг [7; 62].

Проблема формування ЗСЖ досить ретельно висвітлюється в багатьох соціально-філософських, педагогічних, соціологічних, медичних працях. Особливої актуалізації ця проблематика набула у другій половині ХХ століття як у світі в цілому, так і в Україні. Пошук ефективних шляхів формування ЗСЖ – проблема міждисциплінарна. Їй присвятили свої дослідження філософи Е. Бабаян, Е. Бахтель, Д. Зарідзе; психологи В. Бітенський, В. Братусь, М. Бурно, А. Личко, Н. Максимова, Н. Фелінська та інші.

Вчені виділяють проблеми та бар'єри ЗСЖ як низький рівень усвідомленості, вплив шкідливих звичок, соціальні фактори, відсутність системного підходу, а також психологічні бар'єри, такі як стрес та низька

мотивація, хоча ЗСЖ і є запорукою добробуту і довголіття. Вони розглядають здоров'я як цілісний стан (фізичний, психічний, духовний) і вивчають шляхи його збереження через харчування, рух, гігієну та відсутність згубних звичок.

До основних загальних проблем (бар'єрів) на шляху до ЗСЖ літніх людей – це погіршення здоров'я (фізичні зміни, хронічні хвороби, зниження функцій організму, обмежений доступ до медичної допомоги), психологічні і соціальні бар'єри (самотність, депресія, втрата сенсу, почуття непотрібності, втрата соціальної значущості, соціальна ізоляція, брак спілкування, відчуження, низький рівень життя, труднощі з адаптацією до нових технологій), низький рівень життя, брак якісної медицини та соціальної підтримки, а також обмежений доступ до інформації та можливостей для активного дозвілля. «Вузькі місця» включають фінансові труднощі, недоступність інфраструктури та соціальних програм, а також нерозуміння важливості профілактики, що ускладнює ведення здорового способу життя.

Усе це призводить до зубожіння життя людини зрілого віку, втрати позитивних емоцій, усвідомлення самотності й непотрібності [61].

Проаналізуємо детальніше перетини і їх важливість у житті пристарілої людини. По-перше, серед фізичних бар'єрів можна назвати вікові зміни (природні процеси старіння) – зменшення м'язової маси, щільності кісток, гнучкості та сили впливають на рухливість та здатність до фізичної активності; хронічні захворювання та погіршення здоров'я є основною перешкодою, яка може обмежувати фізичну активність та загальний стан – серцево-судинні захворювання, артрит, діабет та інші хвороби можуть сповільнювати фізичну активність та вимагати постійного обмеженого доступу до лікування, якісної медичної допомоги, що погіршують загальний стан здоров'я; проблеми з зором та слухом – їх погіршення ускладнюють соціальну взаємодію та пересування, що може призвести до ізоляції. Недоступність інфраструктури для занять фізичними вправами, відсутність безпечних місць для прогулянок, а також труднощі з пересуванням можуть гальмувати можливості для активного способу життя.

По-друге – це соціальні та економічні бар'єри, які для людей похилого віку займають важливе місце в суспільному дискурсі України. Такі фактори, як недостатня пенсія, обмежений доступ до якісної медичної допомоги, медичного обслуговування та необхідних ліків також негативно впливає на здоров'я літніх людей, обмежені можливості для соціальної взаємодії та дозвілля і самореалізації, а також недостатня підтримка з боку сім'ї та суспільства, можуть ускладнювати підтримку здорового укладу.

Самотність та брак спілкування є значною проблемою, що негативно позначається на емоційному стані та почутті ізоляції. Багато осіб поважного віку відчують себе самотніми та відірваними від суспільства, що негативно впливає на їхнє емоційне здоров'я. Відсутність соціальних контактів та підтримки може викликати відчуття відчуження.

Стримувані труднощі до доступних та якісних медичних, соціальних та психологічних послуг обмежує можливості людей старшого віку у підтримці самопочуття та соціальної активності. Так, через обмежений доступ до медичних послуг і високу вартість ліків близько 90 % літніх українців не можуть регулярно отримувати необхідні медичні препарати, що посилює ускладнення хронічних захворювань і психологічний стрес.

Бар'єрами являються і нерозуміння та труднощі у спілкуванні з молодшим поколінням, що можуть призводити до відчуження та відчуття непотрібності. Відчуття непотрібності та втрати соціальної значущості може призвести до моральних проблем та зниження психологічного добробуту [61; 62].

Проблемою служить і нестача можливостей для дозвілля та самореалізації: обмежені спроможності для участі у соціальних заходах, клубах та гуртках можуть призводити до нудьги та депресії.

По-третє – це психологічні перешкоди. Такі психологічні труднощі як самотність, депресія, тривожність, зниження когнітивних функцій (пам'ять, увага), а також страх перед смертю та втратою близьких можуть негативно впливати на психологічний стан літніх осіб. Знижуються і когнітивні функції: проблеми з пам'яттю та увагою можуть ускладнювати виконання повсякденних

завдань, призводити до розгубленості та відчуття безпорадності. Ці фактори можуть спричиняти погіршення загального самопочуття, зниження якості життя та навіть розвитку різних психічних розладів [31].

Духовне благополуччя – критичний компонент холістичного підходу до літніх людей, що забезпечує сенс життя, знижує тривожність, боротись з ізоляцією та повертає відчуття стабільності через релігійність, медитацію, спілкування, духовну літературу. Це допомагає літнім людям знайти внутрішню опору і повноцінно проживати цей етап, доповнюючи фізичне та психологічне здоров'я, оскільки воно стосується внутрішнього світу, цінностей та зв'язку з чимось більшим.

Холістичний підхід розглядає людину як єдине ціле, де духовний аспект так само важливий, як фізичний та психологічний. Духовна підтримка допомагає впоратися з втратами, змінами та відчуттям ізоляції, які часто супроводжують старість, надаючи інструменти для емоційної стійкості [48].

Зрозуміло, що недостатні пізнання принципів здорового харчування, фізичної активності та профілактики захворювань, а також її відсутність до змін, можуть перешкоджати веденню ЗСЖ. Ефективність процесу формування позитивної мотивації на здоровий уклад життя залежить від спрямованості виховного процесу, форм та методів його організації. Мотивація до ЗСЖ у старечої особи часто залежить від особистих цілей, потреб та умов життя, тому важливо враховувати їхній досвід, попередні звички та фізичний стан. Збереження незалежності, підтримка соціальної активності та покращення якості життя є ключовими мотиваційними факторами.

Формування ЗСЖ сьогодні має стати комплексною, системною та цілеспрямованою діяльністю науковців, органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських організацій, сім'ї, інших соціальних інститутів, яка буде безпосередньо спрямована або опосередковано стосуватиметься формування, збереження, зміцнення, витрачання, відновлення і передачі здоров'я молодого покоління [7].

Таким чином, аналіз показує, що літні люди стикаються з комплексом бар'єрів, які ускладнюють підтримку ЗСЖ. Серед медико-фізичних проблем – погіршення здоров'я, наявність кількох хронічних захворювань, вікові обмеження рухливості та сенсорні дефіцити, що зменшують можливості для фізичної активності [61]. Доступ до медичної допомоги також може бути утрудненим через транспортні проблеми, високу вартість ліків або недостатню кількість геріатричних фахівців. Соціально-економічні бар'єри включають низький рівень доходів і пенсій, що обмежує якість харчування та можливості оздоровлення, а також брак спеціалізованих програм для дозвілля і підтримки літніх осіб [62]. Психологічні перепони пов'язані із відчуттям самотності, непотрібності, депресією та зниженням мотивації дбати про себе в умовах, коли соціальні ролі втрачені або звужені [31]. Наслідки воєнних дій в Україні ще більше загострили ці проблеми: значна частина літніх людей переживає постійний стрес, тривогу і нестачу соціальної підтримки.

Отже, для успішного впровадження ЗСЖ цій категорії населення, необхідно подолати зазначені бар'єри шляхом комплексних втручань – від медичної реабілітації та психологічної допомоги до підвищення матеріального добробуту і зміцнення соціальних зв'язків. Подолання зазначених перепонів можливе лише за умови комплексного, холістичного підходу, що інтегрує медичні, психологічні та соціальні інтервенції.

**Висновок до підрозділу 2.2.** Основними перешкодами формування здорового способу життя людей похилого віку є поєднання фізіологічних, психологічних і соціально-економічних чинників, що обумовлює необхідність комплексних програм підтримки.

### **2.3. Результати власного емпіричного дослідження способу життя та стану здоров'я людей похилого віку.**

Дослідження шляхів формування здорового способу життя (ЗСЖ) у людей похилого віку є достатньо важливою і актуальною проблемою. Для оцінки способу життя і стану фізичного/психологічного здоров'я використовують комплекси різноманітних технологій, які адаптовані до вікових особливостей і

включають психологічні інструменти: опитувальні методики – анкети, тестування, спостереження, бесіди (інтерв'ю), соціально-економічні показники (рівень добробуту, доступність послуг), медичні оцінки (очікувана тривалість життя, стан здоров'я), арт-терапію та соціальні методи [18; 33; 34; 47; 49; 53; 55; 66; 67; 69; 70; 72; 74; 75].

Розуміння ЗСЖ, як багатокomпонентного явища і вивчення кращих світових практик, його впровадження серед літніх людей, підтверджують необхідність комплексних та міждисциплінарних підходів [52].

Оцінка способу життя цих людей вивчається комплексно в рамках геронтології, яка включає біологічні, психологічні та соціальні аспекти, та її підрозділу – геронтопсихології. Ці науки досліджують, як впливають різні фактори, зокрема стан здоров'я, соціальні зв'язки та умови життя, на загальний добробут і якість життя людей у похилому віці.

### **2.3.1. Організація та методи дослідження: характеристика вибірки, інструменти збору даних, дизайн дослідження.**

Як було зазначено у вступній частині, експериментальною базою дослідження було обрано Будинок для літніх людей – «Батьківський затишок», м. Харків, який надає послуги літньому населенню. Опитування проводилося у літній період 2025 року, шляхом анкетування і тестування. У дослідженні приймало участь 58 осіб. До аналізу включено 58 (100%) відповідей респондентів. основну масу опитаних склали респонденти які знаходились у віковій категорії 60 – 80 років і старше, серед яких 40 жінок і 18 чоловіків. Вибірка формувалась залежно від мети дослідження, враховуючи вікові та статеві дані, стан здоров'я, соціальний статус та інші показники.

Опитування містило 5 блоків, відповідно до даних за яких здійснено аналіз. Дослідження включало соціально-демографічний аналіз вибірки та комплексне опитування за чотирма зазначеними методиками.

У першому розділі, – «загальні відомості», збиралися соціо-демографічні дані (стать, вік, сімейний стан і місце проживання), важливі для відстеження відповідності із показниками ЗСЖ.

Для наочності до кожного запитання сформовано табличне подання і гістограми рисунків, що дозволило виявити основні тенденції представленості респондентів. Дані подано у вигляді зведених частотних розподілів відповідей (абсолютні значення та відсотки).

### Соціально-демографічна характеристика вибірки.

Блок демографії описує склад вибірки за віком, статтю, сімейним станом і місцем проживання до перебування в закладі.

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за віком (n = 58)

Вікова група	Абсолютна кількість	У %
60-64	11	19.0
65-69	12	20.7
70-74	14	24.1
75-79	12	20.7
80 і старше	9	15.5

Вікову структуру вибірки розподілено за наступними категоріями: 60–64 років – 11 осіб (19,00 %), 65–69 років – 12 осіб (20,7 %), 70–74 років – 14 осіб (24,1 %), 75–79 років – 12 осіб (20,7 %), 80+ років – 9 осіб (15,5 %) (див. табл. 2.1. і рис. 2.1).

З аналізу видно, що середній вік респондентів становив  $(75,0 \pm 1,54)$  років (медіана), мінімальний вік – 60 років, максимальний – 80+ років.

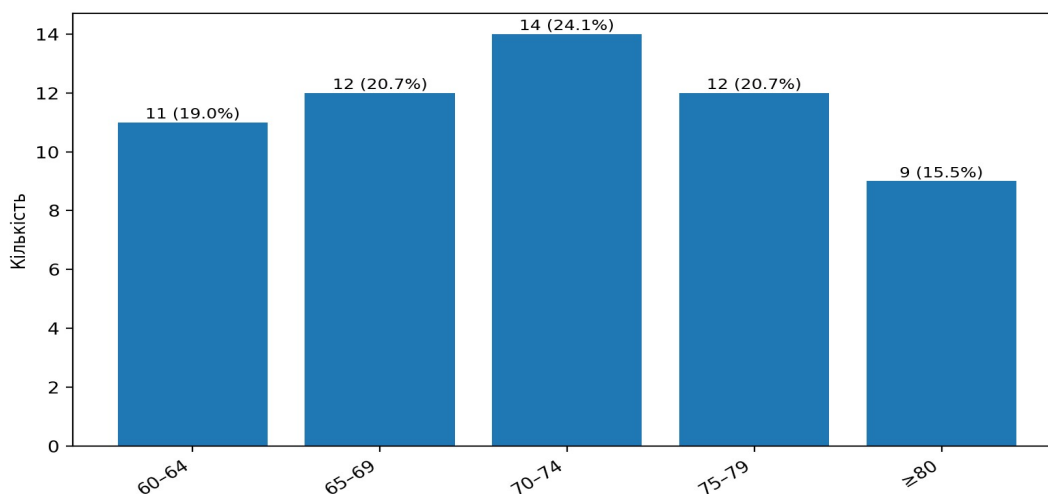


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віковими групами

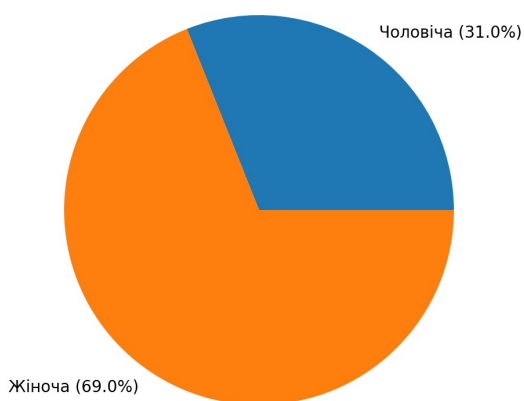
Вікова структура відносно рівномірна у межах 60–79 років; частка осіб 80+ становить 15,52%, що відображає наявність групи підвищеного ризику за хронічними станами та функціональними обмеженнями. «Молодші» та «старші» категорії (60-64 і 80+) населення представлені значно менше, що може бути зумовлено як специфікою тематики дослідження, так і особливостями доступності анкетування для різних вікових груп та свідчить про переважання мешканців у межах 65–79 років.

Найбільша частка респондентів припадає на категорію «70–74» (n=14, 24.1%). Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Вік». Таке знання є важливим для формування репрезентативної вибірки у подальших соціально-психологічних опитуваннях.

Таблиця 2.2

**Розподіл респондентів за статтю (n = 58)**

Стать	Абсолютна кількість	У %
Чол.	18	31.0
Жін.	40	69.0



**Рис. 2.2. Розподіл респондентів за статтю**

Розподіл «за статтю» показав (див. табл. 2.2. і рис. 2.2.), що серед опитаних найбільша частка респондентів припадає на категорію «жіноча» (n=40, 69.0%), тоді як 18 чоловіків складають лише 31 %.

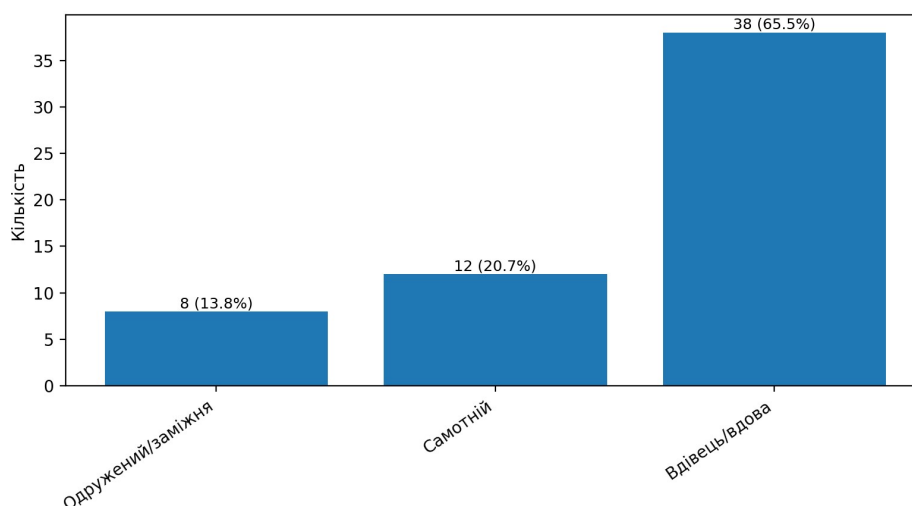
Домінування жіночої вибірки відповідає демографічній реальності більшої тривалості життя жінок і вищої їх частки у закладах догляду.

Таблиця 2.3

**Розподіл респондентів за сімейним станом (n = 58)**

Сімейний стан	Абсолютна кількість	У %
Одружений (на)	8	13.8
Самотній (ня)	12	20.7
Вдівець/вдова	38	65.5
Інше (вказіть)	0	0.0

За даними розподілу респондентів «за сімейним станом» (див. табл. 2.3. і рис. 2.3.) більшість респондентів є вдівцями або вдовами склала 38 осіб (66%).



**Рис. 2.3. Сімейний стан респондентів**

Значна частка вдівців/вдів відображає потенційний високий рівень втрати соціальної підтримки, життєвого партнера та, відповідно, підвищений ризик соціальної ізоляції та емоційної самотності, що є важливим чинником у контексті соціальної підтримки і може впливати на психологічні та соціальні компоненти якості життя. Кількість «самотніх» – 12 (21%) та «одружених» – 8 (14%) була значно меншою.

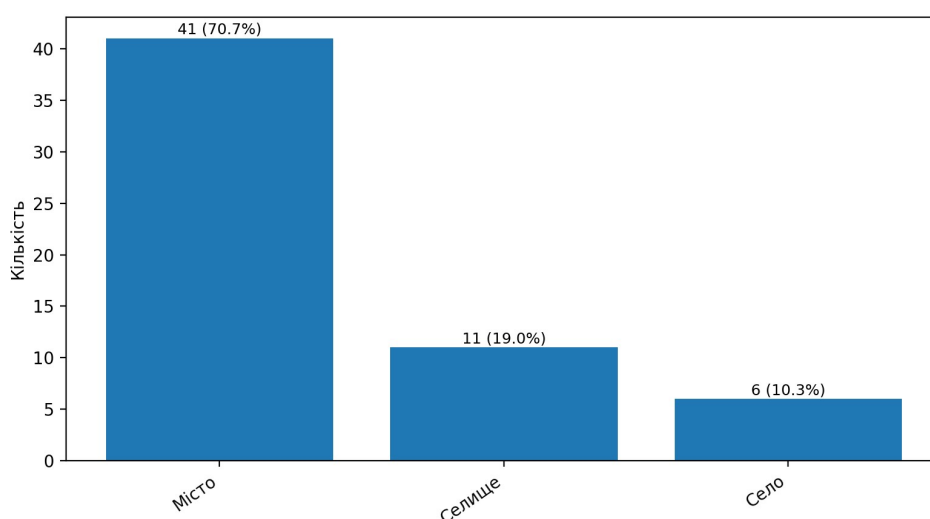
Географія проживання вибірки охоплює тільки Україну. Найбільша частина опитаних – (n=41, 70.7%) проживає в м. Харків та частині інших обласних і

районних містах, що створює кращі можливості для соціальних контактів (див. табл. 2.4. і рис. 2.4.).

Таблиця 2.4

**Розподіл респондентів за місцем проживання (n = 58)**

Місце проживання	Абсолютна кількість	У %
Місто	41	70.7
Селище	11	19.0
Село	6	10.3



**Рис. 2.4. Розподіл за місцем проживання до поселення у заклад**

У селищах і селах мешкає 29% респондентів. Таким чином, переважання міських мешканців може бути пов'язане з кращою доступністю закладів догляду у міських агломераціях та вищою ймовірністю звернення по інституційну підтримку.

**Висновки.** Отже, вибірка переважно представлена особами вікової групи 70+ років (24,14%), із домінуванням жінок (68.97%) та високою часткою респондентів з статусом вдівців/вдів (65.52%), що є типовим для популяції похилого віку, суттєвим контекстним фактором для інтерпретації соціальних і психологічних показників. До поселення в заклад переважала міська місцевість проживання (70,69%). Такий соціально-демографічний профіль підвищує ймовірність самотності, зниження соціальної підтримки та накопичення хронічних соматичних станів, що може впливати на самооцінку здоров'я й

мотивацію до активності. Тому подальші інтерпретації результатів доцільно розглядати крізь призму вікових обмежень, втрат та потреби в щоденній підтримці.

### **Опис методів збору та аналізу даних.**

Якісне дослідження – це тип наукового дослідження, який включає в себе велику кількість різних методологічних підходів і спрямоване на те, щоб зрозуміти та описати соціальну реальність як окремо взятого індивіда, так і групи загалом. Дослідники застосовують цей науковий підхід, щоб вивчати поведінку людей, почуття, досвід, знання, мотиви, цінності, групові норми, тобто те, що лежить у самій «серцевині» соціального боку життя.

Проведення дослідження за різними методиками потребує дотримання чітких етичних норм, які гарантують захист прав учасників, збереження конфіденційності особистих даних та інформовану згоду на участь у дослідженні. Згідно з Кодексом етики психолога, затвердженим Національною психологічною асоціацією України, дослідник зобов'язаний поважати гідність кожного учасника, уникати будь-яких форм дискримінації та забезпечити добровільність участі.

Крім того, дотримання законодавчих вимог щодо обробки персональних даних є обов'язковим. Згідно із Законом України «Про захист персональних даних», особа має право на ознайомлення з метою збору даних, складом зібраної інформації, а також способами її обробки. Обробка персональних даних має здійснюватися лише за згодою суб'єкта персональних даних або з інших підстав, передбачених законом. У контексті дослідження це означає, що кожен респондент повинен бути проінформований про мету дослідження та дати добровільну згоду на участь [1].

У нашому випадку всі респонденти були ознайомлені з метою дослідження, умовами участі та мали можливість відмовитися від безпосереднього заповнення анкети на будь-якому етапі без жодних негативних наслідків, що відповідає міжнародним стандартам отримання інформованої згоди.

Особливу увагу було приділено конфіденційності: у процесі опитування не використовувалися персональні дані, які б дозволяли ідентифікувати особу. Результати опрацьовувалися узагальнено, без вказання прізвищ чи інших ідентифікаторів. Відповідно до статті 10 Закону України «Про захист персональних даних», дані мають бути захищені від несанкціонованого доступу, втрати, знищення або розголошення [1].

У процесі підготовки та реалізації дослідження було також враховано основні положення Європейського кодексу доброчесності в наукових дослідженнях, що окреслює етичні стандарти, яких мають дотримуватись дослідники в усіх європейських країнах. Згідно з цим документом, наукова діяльність повинна базуватися на принципах чесності, надійності, об'єктивності, відкритості, поваги та відповідальності [68]. Усі етапи дослідження – від збору даних до аналізу та інтерпретації результатів – проводилися з дотриманням цих принципів. Особлива увага приділялася належному документуванню, забезпеченню конфіденційності, уникненню упередженості та плагіату, що відповідає вимогам академічної доброчесності в європейському науковому просторі.

Урахування зазначених аспектів дозволяє гарантувати відповідність дослідження етичним та юридичним нормам, що є невід'ємною складовою сучасної наукової практики.

У відповідності до теми, мети і визначених завдань дослідження було дібрано 4 діагностичні методики. Інструментарій добирався з урахуванням можливості використання його під час дослідження.

Для всебічного аналізу життєдіяльності літньої особи було застосовано комплекс методик, що дозволило вивчити їхній фізичний, психологічний та соціальний стан. Серед них:

1. Про якість життя WHOQOL-BREFUKR. Дослідження включало аналіз вікових характеристик вибірки та комплексне психологічне опитування за зазначеними у вступній частині психодіагностичними методиками. Оцінює

якість життя за 4 доменами: фізичне здоров'я, психологічний стан, соціальні зв'язки, навколишнє середовище [15; 18; 49; 69].

2. Анкета «Здоровий спосіб життя» розроблена у 2025 році в рамках магістерського дослідження [47; 49; 53].

3. Geriatric Depression Scale (GDS-15) або Шкала гериатричної депресії (GDS-15) – це методика скринінгу депресії у похилих людей, розроблена в 1980-х роках [71; 72; 74].

4. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS), розроблена у 1988 році американськими дослідниками Г. Зіметом, Н. Далемом, С. Зіметом та Г. Фарлі, є валідованим психометричним інструментом, що дозволяє кількісно оцінити рівень суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки з боку трьох ключових джерел: сім'ї, друзів та значущої особи (партнера, близького дорослого тощо). Методика широко використовується у дослідженнях психічного здоров'я, соціальної адаптації, емоційного благополуччя та як скринінговий інструмент для виявлення ризику соціальної ізоляції людини похилого віку [33; 47] (див. табл. Додаток «А»).

Отже, обрані нами методики: якість життя (WHOQOL) – BREF (короткий формат); анкета «Здоровий спосіб життя»; Geriatric Depression Scale (GDS-15); Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки – MSPSS охоплюють ключові аспекти фізичного, психологічного, соціального та середовищного здоров'я, надаючи комплексну картину самопочуття людини; виявлення депресивних симптомів у людей похилого віку; рівень соціальної підтримки.

### **2.3.2. Результати власного емпіричного дослідження.**

Одним із важливих напрямків у розвитку сучасної медицини є дослідження якості життя людей похилого віку, яке зайняло відповідне місце в геронтології, та продовжує прогресивно розвиватися. За останній час вивчення стало окремим напрямком досліджень, оскільки кінцевою метою останніх необхідно вважати досягнення кращих результатів зі збереженням хорошого самопочуття та адаптації людини в суспільстві.

Оцінка якості життя людей похилого віку є ключовою складовою холістичного підходу до здорового способу життя, оскільки поєднує фізичні, психологічні, соціальні та середовищні аспекти благополуччя.

У закладах довготривалого догляду (будинки пристарілих) якість життя визначається не лише медичним станом, а й рівнем автономії, безпеки, соціальної підтримки, доступом до послуг та умовами проживання. Для кількісної оцінки застосовано опитувальник WHOQOL-BREF (версія UKR), який вимірює сприйнятту якість життя за останні два тижні за 5-бальною шкалою відповідей.

За версією ВООЗ (WHOQOL) – BREF (короткий формат) – це скорочена версія опитувальника, який вимірює якість життя. Він складається з 29 пунктів (включає соціально-демографічну характеристику вибірки), охоплює загальні питання (оцінка якості життя і здоров'я), оцінюючи чотири показники за доменами: фізичне здоров'я (благополуччя), психологічний стан, соціальні зв'язки та навколишнє середовище (зокрема, наявність соціальної підтримки та доступ до ресурсів) [15; 18; 69].

Експериментальна база дослідження – будинок пристарілих «Батьківський Затишок» міста Харкова. Опитування респондентів проводилось з 3-го по 25-е серпня 2025 року, серед людей різного віку та соціального стану (від 60 років і старше). Спеціалізований заклад (геріатричний пансіонат), що надає послуги догляду та паліативної допомоги для людей похилого віку, розташований у рекреаційній зоні міста, розрахований на 65 пацієнтів. На момент дослідження на оздоровленні знаходилось 61- на літня людина. Після проведеної роз'яснювальної роботи, згоду на добровільне обстеження, дали 58 осіб. Дані подано у вигляді зведених частотних розподілів відповідей за кожним пунктом анкети (абсолютні значення та відсотки).

***І. Опитувальник якості життя – WHOQOL-BREF (аналіз кількісних і якісних результатів).***

Після опитування респондентів, завданням якого було: проведення кількісного та якісного аналізу відповідей, виявлення головних чинників, що

впливають на якість життя в результаті обробки даних, отриманих за доброю нами методикою, були отримані відповідні результати.

Таблиця 2.5

**Загальна оцінка якості життя та задоволеність здоров'ям**

№	Питання	n	M	SD	1-2 (%)	3 (%)	4-5 (%)
6	Як би ви оцінили свою якість життя?	58	2.86	1.04	31.03	36.21	32.76
7	Наскільки ви задоволені своїм здоров'ям?	58	2.11	0.79	73.68	21.05	5.26

Загальна оцінка якості життя (див. табл. 2.5.) має помірний рівень ( $M=2,86$ ), при цьому розподіл відповідей майже симетричний: 31,03% оцінюють якість життя як «погану/дуже погану», 36,21% – нейтрально, 32,76% – як «добру». Натомість задоволеність власним здоров'ям є найнижчим показником у всій анкеті ( $M=2,11$ ;  $n=58$ ), де 73,68% респондентів повідомляють про незадоволеність (варіанти 1–2), а частка задоволених (4–5) становить лише 5,26%. (див. табл. Додаток «Б»).

**Детальний аналіз відповідей за пунктами анкети (кількісний і якісний).**

Таблиця 2.6

**Розподіл відповідей на запитання №1: Як би ви оцінили свою якість життя?**

Варіант відповіді	Абсолютна кількість	У %
дуже погана	9	15.5
погана	9	15.5
ні погана, ні добра	21	36.2
добра	19	32.8
дуже добра	0	0.0

Найчастіше респонденти обирали варіант «ні погана, ні добра» ( $n=21$ , 36.2%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 32.8%, нейтральних (3) – 36.2%, а низьких (1–2) – 31.0%. Середній бал за пунктом:  $2.86 \pm 1.05$ . (див. табл. 2.6.).

Таблиця 2.7

**Розподіл відповідей на запитання №2: Наскільки ви задоволені своїм здоров'ям?**

<b>Варіант відповіді</b>	<b>Абсолютна кількість</b>	<b>У %</b>
Дуже незадоволений	12	21.1
Незадоволений	30	52.6
Ні задоволений, ні незадоволений	12	21.1
Задоволений	3	5.3
Дуже задоволений	0	0.0

Найчастіше респонденти обирали варіант «Незадоволений (-на)» (n=30, 52.6%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 5.3%, нейтральних (3) – 21.1%, а низьких (1–2) – 73.7%. Середній бал за пунктом:  $2.11 \pm 0.79$  (див. табл. 2.7.).

#### **Домен: Фізичне здоров'я**

##### **Розподіл відповідей на запитання домену «Фізичне здоров'я»:**

Найчастіше (3-тє запит.) респонденти обирали варіант «Дуже сильно» (n=28, 48.3%). Частка відповідей високої інтенсивності (категорії 4–5) становить 60.3%, що відображає вираженість проблемного аспекту, тоді як низькі значення (1–2) складають 10.3%. Середній первинний бал:  $3.60 \pm 0.88$ ; у доменному підрахунку цей пункт враховується зі зворотним кодуванням.

Частіше (4-тє запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=24, 41.4%). Частка відповідей високої інтенсивності (категорії 4–5) становить 32.8%, що відображає вираженість проблемного аспекту, тоді як низькі значення (1–2) складають 25.9%. Середній первинний бал:  $3.10 \pm 0.89$ ; у доменному підрахунку цей пункт враховується зі зворотним кодуванням.

Найчастіше (10-тє запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=21, 36.2%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 27.6%, нейтральних (3) – 36.2%, а низьких (1–2) – 36.2%. Середній бал за пунктом:  $2.78 \pm 1.06$ .

Частіше (15-те запит.) респонденти обирали варіант «Ні погано, ні добре» (n=19, 32.8%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 27.6%, нейтральних (3) – 32.8%, а низьких (1–2) – 39.7%. Середній бал за пунктом:  $2.79 \pm 1.15$ .

Найчастіше (16-те запит.) респонденти обирали варіант «Незадоволений (на)» (n=18, 31.0%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 19.0%, нейтральних (3) – 31.0%, а низьких (1–2) – 50.0%. Середній бал за пунктом:  $2.50 \pm 1.01$ .

Частіше (17-те запит.) респонденти обирали варіант «Ні задоволений (-на), ні незадоволен ий (-на)» (n=16, 27.6%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 32.8%, нейтральних (3) – 27.6%, а низьких (1–2) – 39.7%. Середній бал за пунктом:  $2.83 \pm 1.20$ .

Найчастіше (18-те запит.) респонденти обирали варіант «Ні задоволений(на), ні незадоволен ий (-на)» (n=18, 31.0%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 31.0%, нейтральних (3) – 31.0%, а низьких (1–2) – 37.9%.

Середній бал за пунктом:  $2.81 \pm 1.16$  (див. табл. Додаток «Б»).

#### **Домен: Психологічне благополуччя**

Частіше (5-те запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=21, 36.2%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 41.4%, нейтральних (3) – 36.2%, а низьких (1–2) – 22.4%. Середній бал за пунктом:  $3.26 \pm 1.00$ .

Найчастіше (6-те запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=27, 46.6%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 20.7%, нейтральних (3) – 46.6%, а низьких (1–2) – 32.8%. Середній бал за пунктом:  $2.78 \pm 1.01$ .

Частіше (7-ме запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=20, 34.5%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 34.5%, нейтральних (3) – 34.5%, а низьких (1–2) – 31.0%. Середній бал за пунктом:  $2.97 \pm 1.04$ .

Найчастіше (11-те запит.) респонденти обирали варіант «Зовсім ні» ( $n=22$ , 37.9%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 17.2%, нейтральних (3) – 17.2%, а низьких (1–2) – 65.5%. Середній бал за пунктом:  $2.19 \pm 1.22$ .

Частіше (19-те запит.) респонденти обирали варіант «Ні задоволений (-на), ні незадоволений(-на)» ( $n=18$ , 31.0%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 29.3%, нейтральних (3) – 31.0%, а низьких (1–2) – 39.7%. Середній бал за пунктом:  $2.78 \pm 1.11$ .

Найчастіше (24-те запит.) респонденти обирали варіант «Доволі часто» ( $n=21$ , 36.2%). Частка відповідей високої інтенсивності (категорії 4–5) становить 41.4%, що відображає вираженість проблемного аспекту, тоді як низькі значення (1–2) складають 22.4%. Середній первинний бал:  $3.17 \pm 1.05$ ; у доменному підрахунку цей пункт враховується зі зворотним кодуванням (див. табл. Додаток «Б»).

#### **Домен: Соціальні взаємини**

##### **Розподіл відповідей на запитання домену «Соціальні взаємини»:**

У наданих зведених даних відсутній пункт WHOQOL-BREF щодо задоволеності статевим життям, тому аналіз соціального домену виконано за двома наявними пунктами (особисті стосунки та підтримка друзів).

Найчастіше (20-те запит.) респонденти обирали варіант «Ні задоволений(на), ні незадоволений (-на)» ( $n=20$ , 34.5%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 32.8%, нейтральних (3) – 34.5%, а низьких (1–2) – 32.8%. Середній бал за пунктом:  $2.90 \pm 1.09$ .

Частіше (21-ше запит.) респонденти обирали варіант «Ні задоволений(-на), ні незадоволений (-на)» ( $n=29$ , 50.0%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 25.9%, нейтральних (3) – 50.0%, а низьких (1–2) – 24.1%. Середній бал за пунктом:  $2.93 \pm 0.93$  (див. табл. Додаток «Б»).

#### **Домен: Довкілля**

##### **Розподіл відповідей на запитання домену «Довкілля»:**

айчастіше (8-ме запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=21, 36.2%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 25.9%, нейтральних (3) – 36.2%, а низьких (1–2) – 37.9%. Середній бал за пунктом:  $2.72 \pm 1.12$ .

Частіше (9-те запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=23, 39.7%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 43.1%, нейтральних (3) – 39.7%, а низьких (1–2) – 17.2%. Середній бал за пунктом:  $3.28 \pm 0.95$ .

Найчастіше (12-те запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=16, 27.6%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 29.3%, нейтральних (3) – 27.6%, а низьких (1–2) – 43.1%. Середній бал за пунктом:  $2.69 \pm 1.22$ .

Частіше (13-те запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=16, 27.6%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 43.1%, нейтральних (3) – 27.6%, а низьких (1–2) – 29.3%. Середній бал за пунктом:  $3.21 \pm 1.36$ .

Найчастіше (14-те запит.) респонденти обирали варіант «Помірно» (n=26, 44.8%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 20.7%, нейтральних (3) – 44.8%, а низьких (1–2) – 34.5%. Середній бал за пунктом:  $2.76 \pm 1.06$ .

Частіше (22-ге запит.) респонденти обирали варіант «Задоволений (-на)» (n=18, 31.0%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 46.6%, нейтральних (3) – 27.6%, а низьких (1–2) – 25.9%. Середній бал за пунктом:  $3.26 \pm 1.21$ .

Найчастіше (23-тє запит.) респонденти обирали варіант «Ні задоволений (на), ні незадоволений (-на)» (n=20, 34.5%). Частка позитивних відповідей (категорії 4–5) становить 36.2%, нейтральних (3) – 34.5%, а низьких (1–2) – 29.3%. Середній бал за пунктом:  $3.02 \pm 1.07$  (див. табл. Додаток «Б»).

**Узагальнені доменні показники якості життя.** Для узагальнення результатів розраховано середні доменні показники. Оскільки вихідні дані

подано у вигляді частот відповідей, доменні значення обчислювалися як середнє арифметичне за пунктами домену (з урахуванням зворотного кодування для пунктів про біль, потребу в лікуванні та негативні почуття) з подальшим перерахунком у шкали 4–20 та 0–100. (див. табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Середні доменні показники якості життя за WHOQOL-BREF (за наявними пунктами)**

Домен	К-сть пунктів (у файлі)	Середній бал (1–5)	Шкала 4–20	Шкала 0–100
Фізичне здоров'я	7	2.714	10.86	42.86
Психологічне благополуччя	6	2.799	11.2	44.97
Соціальні взаємини	2	2.914	11.66	47.84
Довкілля	7	2.99	11.96	49.75

**Висновки:** результати свідчать про помірно знижені показники якості життя за всіма проаналізованими доменами. Найвищий середній показник зафіксовано в домені «Довкілля» (49.75 бала за шкалою 0–100), тоді як найнижчий – у домені «Фізичне здоров'я» (42.86 бала).

За загальними питаннями більшість респондентів оцінюють якість життя як «ні погана, ні добра» або «добра», водночас задоволеність власним здоров'ям зміщена у бік незадоволеності. Це узгоджується з високою часткою відповідей, що вказують на суттєвий вплив болю та потребу в медичному лікуванні на повсякденне функціонування.

**II. Анкетування «Здоровий спосіб життя».**

Анкета ЗСЖ включала питання харчування, фізичну активність (наприклад, щоденні прогулянки), якість сну, дотримання особистої гігієни, наявність шкідливих звичок (куріння, алкоголь), психоемоційний стан, а також наявність інтересів та хобі для інтелектуального та соціального розвитку [47; 49; 53]. Такі питання допомогли оцінити дотримання принципів здорового способу життя та виявити сфери, де можливі покращення. Опитувальник сконструйований на основі теоретичного аналізу для визначення респондентами

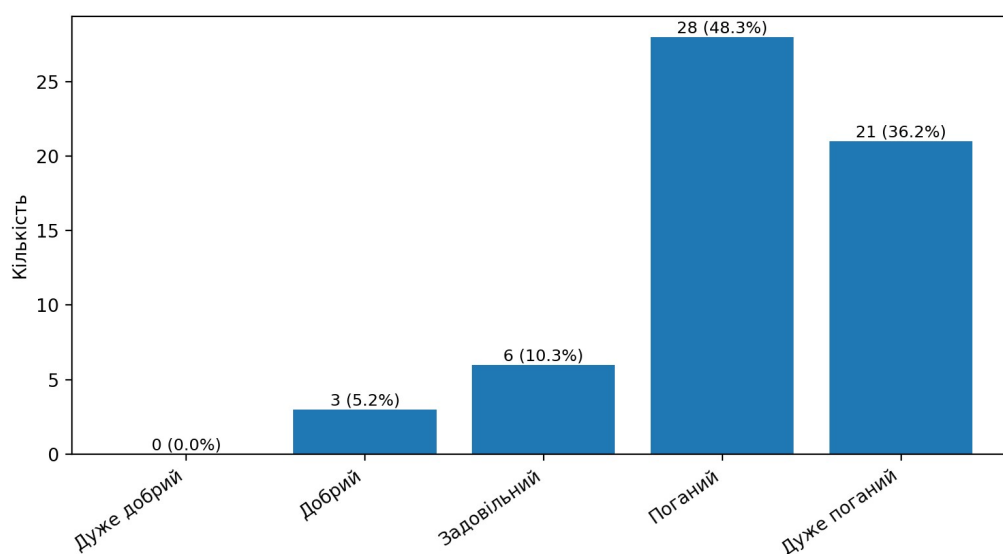
ЗСЖ, його спонук та перешкод, динаміки дотримання впродовж повномасштабної війни (Додаток «В»).

У межах дослідження холістичного підходу до здорового способу життя людей похилого віку проведено анкетування за інструментом «Здоровий спосіб життя». Анкета охоплює блоки: загальні відомості, фізичне здоров'я, психологічний стан, соціальний аспект, духовний аспект, а також уявлення та практики респондентів щодо ЗСЖ.

Метою анкетування було отримання узагальненої картини щодо самооцінки фізичного здоров'я, психологічного стану, соціальних взаємин, духовних практик та компонентів ЗСЖ, а також бар'єрів і мотивацій щодо його дотримання та виявити сфери для покращення, щоб підтримувати здоров'я та якість життя людей похилого віку.

Відповіді було узагальнено у частотні розподіли (абсолютні значення та відсотки від  $n = 58$ ). Для питань із можливістю вибору кількох варіантів відповіді наведено частки від загальної кількості респондентів ( $n = 58$ ), які можуть сумарно перевищувати 100%.

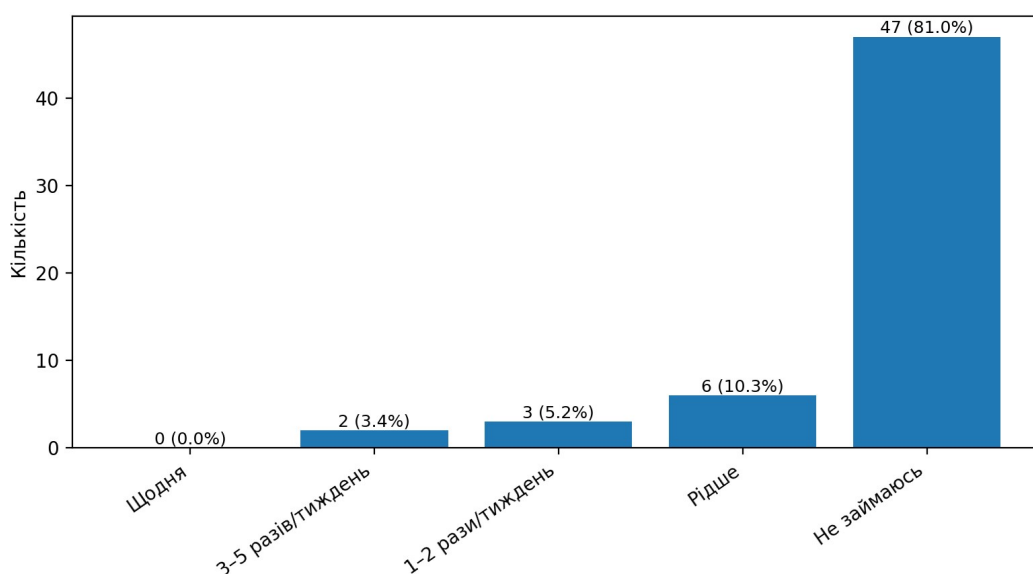
**Фізичне здоров'я.** Блок відображає суб'єктивну оцінку здоров'я, рівень фізичної активності та поширеність хронічних захворювань (див. табл. Додаток «В»).



**Рис. 2.5. Самооцінка стану здоров'я. Розподіл відповідей на запитання 2.1 «Дайте оцінку стану Вашого здоров'я»**

### Показники фізичного здоров'я (частотний розподіл відповідей)

З вказаному вище рис. 2.5. видно, що домінують відповіді «Поганий» ( $n = 28, 48.3\%$ ) та «Дуже поганий» ( $n = 21, 36.2\%$ ). Самооцінка фізичного здоров'я переважно негативна: сумарно «поганий» або «дуже поганий» стан зазначили  $n = 49$  осіб ( $84.5\%$ ), що відповідає загальній клінічній уразливості вибірки. Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Стан здоров'я» і є критичним маркером високого рівня соматичних обмежень та потреби у комплексній реабілітаційній і медико-соціальной підтримці.

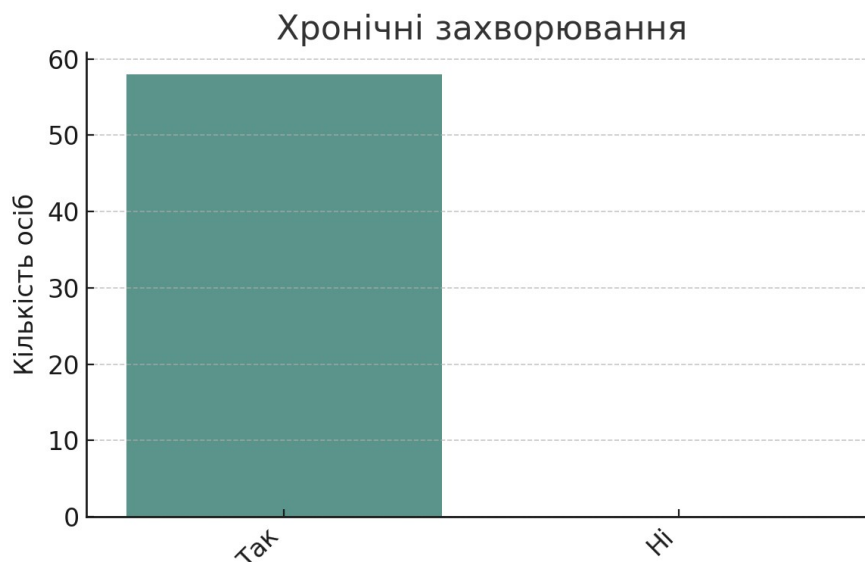


**Рис. 2.6. Частота фізичної активності. Розподіл відповідей на запитання 2.2**  
*«Як часто Ви займаєтесь фізичною активністю чи спортом?»*

Поведінковий компонент фізичної активності є низьким. Домінують відповіді «Не займаюсь» ( $n = 47, 81.0\%$ ) та «Рідше» ( $n = 6, 10.3\%$ ). Тобто  $81.0\%$  зовсім не займаються фізичною активністю. Наявні варіанти регулярної активності представлені поодинокими відповідями. Жоден респондент не зазначив щоденну активність. Це узгоджується з високою часткою функціональних обмежень та хронічних захворювань. Свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Фізична активність» (див. рис. 2.6.).

Поширеність хронічних захворювань є максимальною: домінуючу відповідь «так» зазначили всі респонденти ( $n = 58, 100.0\%$ ). Це формує високий загальний тягар захворюваності, що суттєво обмежує можливості класичних

поведінкових інтервенцій (спорт, інтенсивні навантаження) і потребує адаптованих реабілітаційних підходів та підсилює ризик функціональних втрат і свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Хронічні захворювання» (див. рис. 2.7.).



**Рис. 2.7. Наявність хронічних захворювань. Розподіл відповідей на запитання 2.3 «Чи маєте Ви хронічні захворювання?»**

**Висновки.** Отже, профіль фізичного здоров'я вибірки характеризується поєднанням негативної самооцінки стану здоров'я та дуже низької регулярної рухової активності на тлі високої поширеності хронічних захворювань. Це вказує на необхідність зміщення акценту з інтенсивних навантажень на короткі, але системні формати (щоденні мікропрактики), контроль болю та підтримку функціональної незалежності. Для геріатричної групи ключовим є не спорт, а безпечне підтримання мобільності, рівноваги, дихальної витривалості та профілактика падінь.

#### **Психологічний стан самопочуття (n = 58).**

Блок оцінює суб'єктивне самопочуття, частоту негативних емоційних станів, скарги на пам'ять та рівень самостійності в базових щоденних діях (див. табл. Додаток «В»).

#### **Показники психологічного стану (частотний розподіл відповідей)**

Розподіл відповідей на запитання 3.1 «Як Ви оцінюєте своє загальне самопочуття останнім часом?». Самооцінка загального самопочуття останнім часом також має переважно негативний профіль: домінують відповіді «Погано» (n = 24, 41.4%) та «Дуже погано» (n = 21, 36.2%). В сумі «погано/дуже погано» зазначили n = 45 осіб (77.6%). Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Самопочуття».

Емоційний дистрес є вираженим: про «часте» відчуття тривоги/депресії/пригнічення відповіли 87.9% осіб та «Рідко» (n = 4, 6.9%).

Тобто, більша частка респондентів (майже 88%) повідомляють, що такі стани виникають часто. За наявності високої частки самотності це є маркером потреби у регулярній психологічній підтримці, скринінгу депресивної симптоматики та роботі з хронічним стресом. Свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Тривога/депресія».

Розподіл відповідей на запитання 3.2 «Як часто Ви відчуваєте тривогу, депресію, пригнічення?». Про зміни в пам'яті (у будь-якій формі відповіді, окрім «ні») відзначились сумарно n = 55 осіб (94.8%).

Розподіл відповідей на запитання 3.3 «Чи помічаєте Ви зміни у своїй пам'яті?». Домінують відповіді «Так» (n = 48, 82.8%) та «Часто» (n = 7, 12.1%), що може бути пов'язано як із віковими когнітивними змінами, так і з впливом соматичних станів та психоемоційного виснаження. Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Пам'ять».

Розподіл відповідей на запитання 3.4 «Чи можете Ви самостійно виконувати щоденні справи (одягатися, їсти, приймати ліки)?». Домінують відповіді «Ні» (n = 36, 62.1%) та «Частково» (n = 13, 22.4%). Тобто, із-за зниженою функціональною самостійністю у щоденних базових діях, основна частка респондентів не можуть їх виконувати, що підсилює залежність від догляду та ускладнює дотримання режимів ЗСЖ без супроводу персоналу. Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Самообслуговування».

**Висновки.** Отже, за даними відповідей простежується виражене психологічне навантаження: більшість респондентів описують погане самопочуття та часті стресові переживання. Окремим маркером ризику є відчуття браку емоційної підтримки у частини мешканців і труднощі із самостійним подоланням тривожних/пригнічених станів. Практично це означає потребу в регулярних низькопорогових інтервенціях: короткі групи психоедукації та навичок саморегуляції, підтримувальні бесіди, скринінг тривожності/депресивності та маршрутизація осіб із високим ризиком до фахівця.

### **Соціальний аспект (підтримка) (n = 58).**

Блок оцінює наявність довірчих контактів і залученість до спільнотних заходів (див. табл. Додаток «В»).

Розподіл відповідей на запитання 4.1 «Чи маєте Ви близьких людей, з якими можете поділитися своїми проблемами?». Соціальна підтримка є неоднорідною: наявність близьких людей, з якими можна поділитися проблемами, зазначили n = 35 осіб (60.3%), водночас відсутність такої підтримки вказали n = 11 осіб (19.0%). Відповіли: «Рідко» біля 21 %. Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Соціальна підтримка».

Соціальний профіль вибірки вказує на нерівномірність підтримки: поряд із наявними контактами з родичами/персоналом, частина мешканців рідко залучається до спільнотних подій. Для середовищ довготривалого догляду соціальна активність є терапевтичним фактором, який пов'язаний із настроєм, мотивацією до руху та дотриманням режиму. Рекомендований фокус – регулярність (сталі календарні події), індивідуальне підхоплення маломобільних осіб і формування малих груп за інтересами.

Розподіл відповідей на запитання 4.2 «Чи берете Ви участь у громадських, волонтерських, клубних або релігійних заходах?». Участь у громадських/клубних/релігійних заходах найчастіше відбувається на рівні «раз на тиждень» (n = 19, 32.8%), проте 22,4% ніколи не беруть участі у заходах, що підсилює ризики соціальної ізоляції. Ця група потенційно корелює з високим

рівнем самотності та частими депресивними переживаннями, тому є пріоритетною для соціальної та психологічної роботи. Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Соціальна активність».

### **Духовний аспект (духовні практики) (n = 58).**

#### **Показники духовного аспекту (частотний розподіл відповідей)**

Блок відображає практику духовних/релігійних практик та значущість сенсу життя і внутрішньої рівноваги (див. табл. Додаток «В»).

Розподіл відповідей на запитання 5.1 «Чи практикуєте Ви духовні або релігійні практики (молитва, медитація, читання духовної літератури)?». Духовні/релігійні практики є найбільш вираженим ресурсом для більшості учасників: щоденну практику зазначили n = 37 осіб (63.8%), а регулярність («щодня» + «часто») охоплює n = 46 осіб (79.3%). Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Духовні практики».

Розподіл відповідей на запитання 5.2 «Наскільки важливим для Вас є відчуття сенсу життя, гармонії, внутрішньої рівноваги?». Відчуття сенсу життя, гармонії та внутрішньої рівноваги оцінюється як значуще: «Дуже важливо» зазначили n = 44 осіб (75.9%), «Важливо» (n = 10, 17.2%). Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Сенс життя».

**Висновки.** Отже, духовні практики у вибірці виступають вираженим ресурсом: вони регулярні та суб'єктивно важливі для більшості. У прикладному вимірі це означає, що духовність може бути платформою для підтримки психологічної стійкості та соціальної згуртованості (спільні зустрічі, бесіди, ритуали). Водночас важливо зберігати добровільність та інклюзивність, пропонуючи формати для різних світоглядів, щоб ресурс не перетворювався на чинник напруги.

### **Здоровий спосіб життя: практики, бар'єри та мотивація (n = 58).**

#### **Показники щодо ЗСЖ (частотний розподіл відповідей).**

У цьому блоці проаналізовано, які складові способу життя респонденти практикують, а також які бар'єри найбільше заважають дотриманню ЗСЖ (див. табл. Додаток «В»).

Серед складових ЗСЖ найбільш регулярно практикуються «Духовні практики» – 43 (74.1%); «Регулярна фізична активність» – 10 (17.2%); «Повноцінний сон» – 10 (17.2%). Інші компоненти (харчування, сон, соціальна активність, відмова від шкідливих звичок) зазначаються значно рідше.

Розподіл відповідей на запитання 6.1 «Які, з наведених складових ЗСЖ, Ви регулярно практикуєте?». З відповіді видно, що провідними бар'єрами є самотність (89,7%), фізичні обмеження (82,8%) та матеріальні труднощі (79,3%). Це вказує на необхідність комплексних соціально-медичних інтервенцій, а не лише інформаційних кампаній. Найчастіше респонденти обирали: «Самотність» – 52 (89.7%); «Фізичні обмеження» – 48 (82.8%); «Матеріальні труднощі» – 46 (79.3%).

Розподіл відповідей на запитання 6.2 «Які основні бар'єри заважають вести Вам ЗСЖ?». Респонденти найчастіше вказували на провідні бар'єри до ведення ЗСЖ: самотність (n = 52/58, 89.7%), фізичні обмеження (n = 48/58, 82.8%) та нестачу матеріальних ресурсів (напр., неможливість придбати необхідні засоби / послуги) (79,3%). Зі значним відривом надалі українці обирали такі бар'єри, як відсутність мотивації (10.3%) і інформації (10.3%).

### **Ставлення до ЗСЖ: дотримання, складність практик, фактори та мотивація.**

Розподіл відповідей на запитання 7.1 «Які практики ЗСЖ є найскладнішими для дотримання». Домінують відповіді «Так» (n=30, 51.7%) та «Радше не дотримуюсь» (n=16, 27.6%).

Суб'єктивна прихильність до правил ЗСЖ є помірною: «так» відповіли n = 30 осіб (51.7%), а «зовсім не дотримуюсь» – n = 8 осіб (13.8%). Найчастіша відповідь: Так. Це свідчить про переважну тенденцію серед опитаних у розділі «Дотримання ЗСЖ».

У розділі анкети респондентам було задано додаткові розгорнуті питання щодо «думки про ЗСЖ». Щоб з'ясувати, наскільки здоровий спосіб життя взагалі є актуальним для українців похилого віку, ми поставили декілька питань. Найскладнішими для дотримання практиками ЗСЖ визначено фізичну

активність ( $n = 51/58$ , 87.9%), раціональне харчування ( $n = 48/58$ , 82.8%) та гігієна сну (72,4%). Відмова респондентів від тютюнопаління була не складним завданням (13,8%).

Розподіл відповідей на запитання 7.2 «На Вашу думку, які фактори наразі найбільше сприяють збереженню / відновленню Вашого здоров'я?». Найчастіше респонденти обирали: «Фізична активність» – 51 (87.9%); «Раціональне харчування» – 48 (82.8%); «Гігієна сну» – 42 (72.4%).

Розподіл відповідей на запитання 7.3 «Чи дотримуєтеся Ви правил ЗСЖ?». Найчастіше респонденти обирали: «доступність медичних послуг» – 56 (96.6%); «екологічна, епідемічна ситуація» – 54 (93.1%); «Соціальне оточення» – 48 (82.8%).

Згідно з ним, респонденти найчастіше вказували саме варіанти «доступність медичних послуг» (96,6%), «екологічна, епідемічна ситуація» (93,1%). З незначним відривом надалі обиралися такі фактори здоров'я, як «соціальне оточення» (82,8%), «спосіб життя» (79,3%) та «спадковість» (79,3%). Домінують відповіді «Дотриманні існуючих корисних звичок» ( $n = 45$ , 77.6%) та «Відмові від шкідливих звичок» ( $n = 7$ , 12.1%).

На це запитання майже 78% респондентів відповіли, що фокус уваги щодо ЗСЖ у сучасних умовах переважно спрямований на дотриманні існуючих корисних звичках ( $n = 45$  з 58). Непопулярною відповіддю була «відмова від шкідливих звичок» (12,1%). Формування нових звичок в якості ЗСЖ ставлять собі за мету менше – 10,3% опитаних.

Розподіл відповідей на запитання 7.4 «На чому б Ви фокусувалися, турбуючись про ЗСЖ в сучасних умовах?». На запитання з множинним вибором мотиваційними чинниками виступають відповіді «ознаки погіршення здоров'я» (93,1%) ( $n = 54/58$ ), «відповідна інформація у соцмережах / на телебаченні» (91.4%) ( $n = 53/58$ ), «позитивний досвід подолання ускладнень зі здоров'ям завдяки ЗСЖ» (87.9%) ( $n = 51/58$ ).

Розподіл відповідей на запитання 7.5 «Що спонукає Вас дотримуватися ЗСЖ?». Далі респонденти назвали варіанти «усвідомлення руйнівного впливу

хронічного стресу» (79,3%), «ЗСЖ знайомих людей» (75.9%) та «індивідуальна / групова робота із фахівцем» (62.1%), А така спонука, як «слідування особистій меті (напр., повноцінно жити)» виявилася важливою лише для 46,6% респондентів. Таким чином, найбільш вагомі питання для дотримання ЗСЖ серед опитаних стосуються їхнього персонального досвіду щодо відчутних загроз здоров'ю.

### **Висновки:**

Отже, отримані у геріатричній групі результати анкетування, щодо ЗСЖ, свідчать про поєднання високого рівня медико-біологічних обмежень (хронічні захворювання, низька фізична активність) із вираженими психологічними та соціальними ризиками (тривога/пригнічення, суб'єктивне погіршення пам'яті, самотність). Водночас простежується значний ресурс у вигляді духовної залученості та цінності сенсу життя для більшості респондентів.

Фізичне здоров'я: переважає негативна самооцінка стану здоров'я (поганий/дуже поганий стан – 84.5%), та вкрай низький рівень регулярної фізичної активності, що узгоджується зі 100% зазначеною наявністю хронічних захворювань у вибірці. Виявлено критично низький рівень фізичної активності (не займаються – 81.0%), що потенційно погіршує функціональну незалежність та якість життя.

Психологічний стан: для переважної більшості характерні часті переживання тривоги/депресії/пригнічення (87.9%), а також суб'єктивно помітні зміни пам'яті; значна частина респондентів повідомляє про труднощі із самостійним виконанням повсякденних дій, що свідчить про значну психологічну вразливість та потребу у спеціалізованій підтримці. Більшість респондентів оцінили своє самопочуття як погане (41.4%) або дуже погане (36.2%). Лише одиниці відзначили його як добре, що підтверджує наявність серйозних проблем із психологічним комфортом.

Соціальний аспект: розподіл респондентів дослідження за наявністю близьких людей виявило, що близько 60% особ мають близьких людей для спілкування, однак 40% або не мають їх, або відчувають підтримку лише

епізодично. Це підвищує ризик соціальної ізоляції попри наявність соціальних контактів у частини респондентів, самотність визначається як один із ключових бар'єрів до ЗСЖ, що формує запит на структуровані формати соціальної інтеграції та підтримки в межах закладу.

Духовний аспект: регулярні духовні практики є найбільш поширеним компонентом ЗСЖ у вибірці (63% щодня звертається до духовних чи релігійних практик), а відчуття сенсу життя та внутрішньої рівноваги для більшості є важливим. Цей ресурс доцільно інтегрувати в програми психосоціальної підтримки.

Здоровий спосіб життя: ключові бар'єри – самотність (як перешкода до ЗСЖ відзначили 89.7% респондентів), фізичні обмеження та матеріальні труднощі; найскладніші практики – фізична активність, раціональне харчування та гігієна сну. Найвагомішими факторами збереження/відновлення здоров'я респонденти вважають доступність медичних послуг та екологічноепідемічну ситуацію; серед мотиваторів домінують погіршення здоров'я, позитивний досвід та інформаційний вплив (медіа).

***III. Geriatric Depression Scale (GDS-15) – Шкала геріатричної депресії*** (скринінгова шкала для виявлення депресивних симптомів у людей похилого віку).

На будь-якому етапі життя у людини, особливо похилого віку, можуть виникати численні фактори ризику, що спричиняють проблеми з психічним здоров'ям – депресією. Ці особи можуть відчувати життєві стресори, загальні для всіх людей, але також і такі, які більш поширені в пізньому віці, наприклад, значна втрата працездатності, зниження функціональних можливостей. Вікова категорія нерідко має обмежену рухливість, хронічний біль, слабкість або інші проблеми зі здоров'ям, для вирішення чого вони потребують сторонньої допомоги. Крім того, літні люди частіше переживають такі події, як війна, втрата близької людини або зниження соціально-економічного статусу, пов'язаного з виходом на пенсію. Усі ці стресори можуть призвести до ізоляції,

самотності або психологічного стресу у цих людей, їм може знадобитися тривалий догляд й соціально-психологічна підтримка [55; 60].

Для скринінгової оцінки депресивних проявів у літніх людей, які проживають у Будинку престарілих «Затишок» (м. Харків), застосовано Geriatric Depression Scale – коротку версію GDS-15. Методика призначена для виявлення ймовірних депресивних проявів та визначення потреби у поглибленій клініко-психологічній/психіатричній оцінці.

Шкала геріатричної депресії-15 (GDS-15) – це широко використовуваний стандартизований інструмент скринінгу на основі самооцінки, має коротку версію та містить 15 запитань формату «так»/«ні», що робить її легкою у використанні як для медичних працівників, так і для самостійного заповнення. Кожному пункту відповідає «депресивна відповідь» (ключ), за яку нараховується 1 бал. Підсумковий бал (0–15) відображає загальну вираженість депресивних проявів: чим вищий показник, тим більша ймовірність клінічно значущої депресивної симптоматики [71; 72; 74]. (Додаток «Д»).

Мета дослідження – кількісно та якісно описати вираженість депресивних ознак у вибірці за даними скринінгової 15-пунктової шкали депресії у літніх людей (GDS-15).

### **Аналітичний звіт за результатами скринінгу депресивних ознак (GDS-15).**

У звіті використано агреговані дані розподілу відповідей по кожному пункту (кількість «так/ні» та відсоток «так»). На їх основі обчислено частку депресивних відповідей по пунктах та середній сумарний бал у вибірці.

Критерії інтерпретації GDS-15 (n = 58): нижче наведено поширені порогові значення для інтерпретації сумарного балу GDS-15. У різних джерелах можуть траплятися незначні відмінності, тому скринінговий результат завжди потребує клінічного уточнення.

### **Кількісні результати (n = 58).**

Загальна кількість депресивних відповідей у матриці даних становить 517 із 870 можливих (59.4%). Це означає, що середньостатистично респондент давав приблизно 8.9 депресивних відповідей із 15.

Середній сумарний бал GDS-15 у вибірці дорівнює 8.91 бала (ів) (без можливості розрахунку стандартного відхилення через агрегований формат даних) (див. табл. 2.9.).

Таблиця 2.9

**Поширені порогові значення для інтерпретації сумарного балу GDS-15**

Сумарний бал (0–15)	Інтерпретація (орієнтовно)
0–4	Норма / відсутність виражених депресивних ознак
5–8	Легкі депресивні ознаки
9–11	Помірні депресивні ознаки
12–15	Виражені (важкі) депресивні ознаки

За типовими критеріями інтерпретації це відповідає прикордонню між легкими та помірними депресивними ознаками (на рівні середнього по групі, без висновків щодо окремих осіб).

**Табличний підсумок по пунктах (n = 58).**

У таблиці наведено стислий підсумок по кожному пункту: яка відповідь вважається депресивною та скільки респондентів її обрали.

**Розподіл відповіді респондентів на Скринінгову шкалу депресії у літніх людей (Geriatric Depression Scale (GDS-15) (n = 58).**

Найбільш та найменш виражені індикатори (див. табл. Додаток «Г»).

**Якісний аналіз результатів.** Профіль відповідей свідчить про переважання симптомів, пов'язаних із виснаженням, зниженням позитивного афекту та звуженням активності. Найвищі показники депресивних відповідей стосуються: відмови від занять та інтересів, нудьги, переваги залишатися вдома, відсутності відчуття «щастя більшу частину часу», зниження енергії, а також негативної оцінки теперішнього життя («жити зараз чудово» – заперечення).

Водночас відносно рідше відмічаються більш «ядрові» когнітивні індикатори депресії: безнадійність, відчуття нікчемності та відчуття порожнечі

життя. Такий розподіл може означати, що у вибірці домінує стан емоційного виснаження та втрати життєвого тону, тоді як глибока безнадія або стабільні самознецінювальні переконання виявляються рідше.

Важливо враховувати контекст: частина пунктів (наприклад, обмеження активності, перевага залишатися вдома, низька оцінка поточного життя) може відображати не лише депресію, а й реальні умови життя, соматичні обмеження, втому, соціальну ізоляцію або тривожність. Тому результати GDS-15 слід трактувати як скринінгові й уточнювати клінічним інтерв'ю та додатковими методиками.

### **Висновки:**

1. Середній сумарний бал GDS-15 у вибірці ( $n = 58$ ) становить 8.91 бала (ів) із 15, що на рівні групового середнього відповідає прикордонню між легкими та помірними депресивними ознаками.

2. Найбільш виражені індикатори пов'язані зі зниженням активності, втомою/низькою енергією та зменшенням позитивних переживань (анедонічний та астеничний компоненти).

3. Менш виражені показники безнадійності та нікчемності можуть свідчити про те, що у значної частини респондентів переважає функціональне виснаження та знижений настрій, а не важка депресивна когніція. Проте це не виключає наявності окремих осіб із високими балами – для цього потрібні індивідуальні дані.

*Дані висновку вимагають впровадження програм психологічної допомоги, соціальної активізації та профілактики ізоляції серед цієї категорії населення.*

### ***IV. «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)».***

MSPSS – це стандартизований опитувальник, призначений для оцінки того, як людина похилого віку суб'єктивно сприймає підтримку з трьох джерел: рідних, друзів та важливої близької людини. Ця шкала є корисним інструментом для виявлення осіб, схильних до ризику соціальної ізоляції або самотності. MSPSS також можна використовувати для оцінки ефективності втручань, спрямованих на посилення соціальної підтримки [47].

Шкала, для українських реалій, була адаптована у 2023-му році, дослідниками Мельником Ю. та Стадніком А., які здійснили переклад, психометричну перевірку та апробацію інструменту на українській вибірці. Таке пристосування враховує мовні, культурні та соціальні особливості національного контексту, зокрема в умовах війни, внутрішнього переміщення та порушення звичних соціальних зв'язків [33].

Доведено, що MSPSS є надійним і валідним показником сприйняття соціальної підтримки, який використовується в різних дослідженнях, включаючи експертизу психічного та фізичного здоров'я, подолання труднощів та соціальну підтримку.

Україномовна версія MSPSS складається з 12 пунктів, розподілених на три субшкали: сім'я – оцінює наявність та адекватність підтримки з боку членів родини; друзі – вимірює підтримку з боку друзів та соціального оточення; значуща особа – охоплює підтримку з боку партнера або іншої близької людини. Високі значення MSPSS свідчать про високий рівень суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки, що є важливим захисним чинником у подоланні стресу.

Метою дослідження була оцінка рівня соціальної підтримки, яку відчують респонденти з боку сім'ї, друзів та значущої іншої особи. Методика включала 12 тверджень, що об'єднані у три підшкали: «Сім'я» (питання 3, 4, 8, 11), «Друзі» (питання 6, 7, 9, 12), «Значуща інша особа» (питання 1, 2, 5, 10). Наступним кроком був аналіз джерел підтримки, які сприймаються як найсильніші, а які – як відносно слабші (Додаток «Д»).

### **Опис вибірки та даних.**

У звіті проаналізовано агреговані результати опитування за методикою MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) у вибірці  $n = 58$ . У вихідному файлі наведено перелік соціально-демографічних запитань (вік, стать, сімейний стан, місце проживання), але без частотних підсумків по цих змінних; тому порівняльні зрізи за демографією в цьому звіті не виконувались.

Формат даних: для кожного з 12 тверджень MSPSS подано частоти відповідей за 7-бальною шкалою (1 = «дуже не згодний(а)», ..., 7 = «дуже згодний (а)»), сума по кожному пункту становить 58.

### Результати за шкалою MSPSS.

#### Загальний рівень сприйманої соціальної підтримки.

Середній загальний показник MSPSS (середнє значення по 12 пунктах) становить 4.17 бала із 7 можливих. Це відповідає помірному рівню сприйманої соціальної підтримки: у середньому респонденти частіше схиляються до згоди з твердженнями про наявність підтримки, але без вираженої «повної згоди».

#### Профіль джерел підтримки (субшкали).

MSPSS оцінює підтримку з трьох основних джерел: значущі інші (партнер/дуже близька людина), сім'я та друзі.

Таблиця 2.10

Середні значення за субшкалами MSPSS (n = 58)

Субшкала	Пункти	Середній бал (1–7)
Підтримка значущих інших (SO)	1, 2, 5, 10	4.31
Сімейна підтримка (FA)	3, 4, 8, 11	4.17
Підтримка друзів (FR)	6, 7, 9, 12	4.04
Загальний показник MSPSS	1–12	4.17

Профіль середніх значень показує, які джерела є відносно сильнішими або слабшими у вибірці (див. табл. 2.10. та рис. 2.8.).

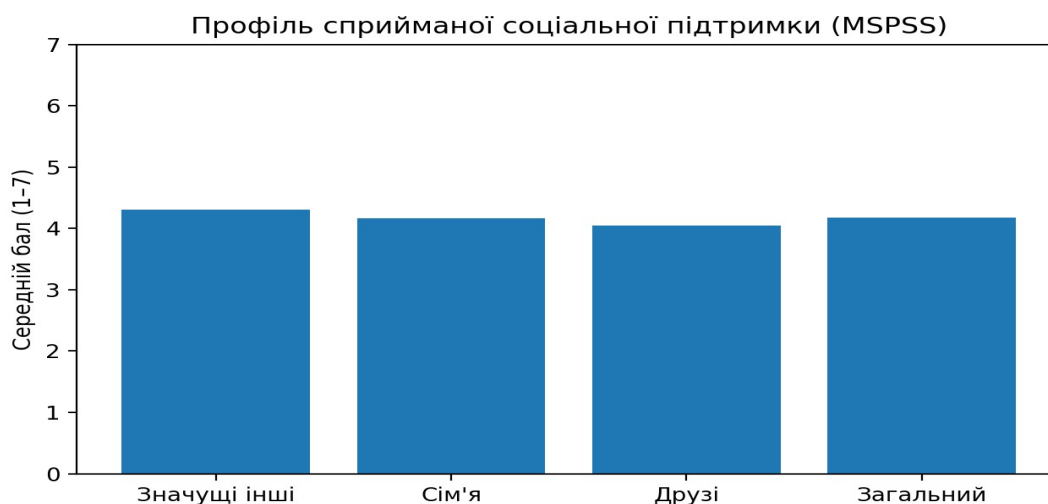
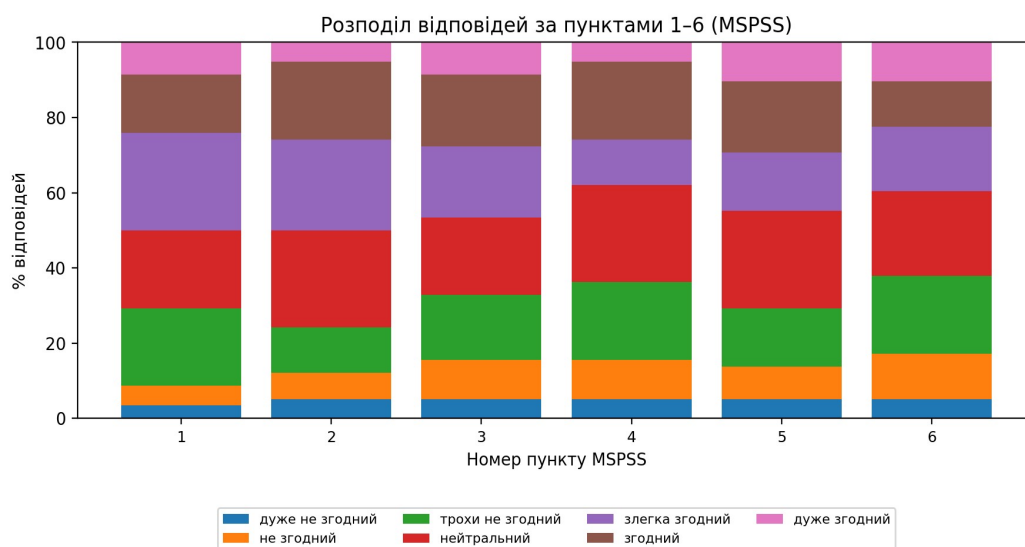


Рис. 2.8. Профіль сприйманої соціальної підтримки за субшкалами MSPSS

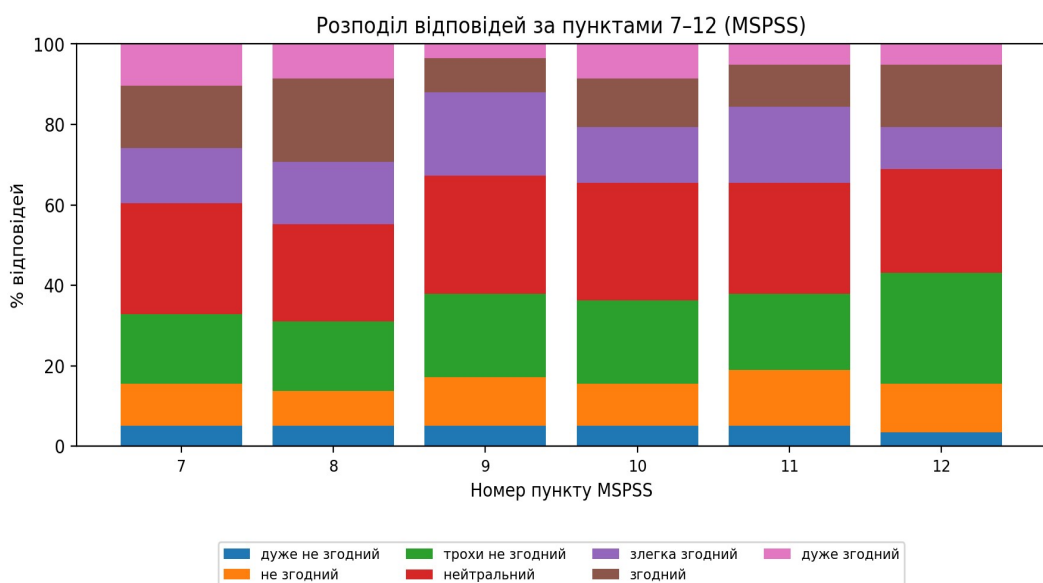
Найвищим у вибірці є середній показник підтримки від джерела «Значущі інші» (4.31), найнижчим – «Друзі» (4.04). Різниця між субшкалами не є різкою, що свідчить про відносно збалансований профіль підтримки, однак дружня підтримка виглядає дещо слабшою порівняно з підтримкою від близької особи та сім'ї.

### **Аналіз пунктів: найвищі та найнижчі оцінки та структура відповідей за пунктами.**

На рисунках 2.9 і 2.10. наведено розподіли відповідей за 7-бальною шкалою для кожного пункту MSPSS. Для швидкої інтерпретації у таблиці (див. Додаток «Д») також подано середні значення, стандартні відхилення та частку згоди (відповіді 5–7).



**Рис. 2.9. Розподіл відповідей за пунктами 1–6 MSPSS**



**Рис. 2.10. Розподіл відповідей за пунктами 7–12 MSPSS Частотний розподіл відповідей.**

У таблиці (див. Додаток «Д») наведено частотний розподіл відповідей по кожному пункту MSPSS за категоріями 1–7 (1 = «дуже не згодний(а)», 7 = «дуже згодний (а)»).

**Висновки.** За агрегованими даними MSPSS ( $n = 58$ ) рівень сприйманої соціальної підтримки в цілому є помірним (загальний середній бал 4.17 із 7). Профіль джерел підтримки відносно збалансований, але підтримка з боку друзів ( $M = 4.04$ ) виглядає слабшою порівняно з підтримкою від значущих інших ( $M = 4.31$ ) та сім'ї ( $M = 4.17$ ).

**Узагальний висновок до розділу 2.** У другому розділі магістерської роботи здійснено комплексний аналіз стану здоров'я та способу життя людей похилого віку в контексті холістичного підходу, що дозволило розглянути проблему не фрагментарно, а як цілісну систему взаємопов'язаних фізичних, психологічних, соціальних і середовищних чинників. Теоретичний огляд демографічних і медико-статистичних даних засвідчив стійку тенденцію до старіння населення в Україні та світі, зростання частки осіб віком 60+ і, відповідно, підвищення поширеності хронічних неінфекційних захворювань, мультиморбідності та функціональних обмежень. Це підтверджує, що проблема збереження та зміцнення здоров'я у пізньому віці має не лише індивідуальне, а й виразне соціально-економічне та суспільне значення.

Аналіз основних проблем і бар'єрів формування здорового способу життя показав, що літні люди стикаються з багатовимірними труднощами: віковими соматичними змінами, обмеженим доступом до якісної медичної допомоги, фінансовими ускладненнями, соціальною ізоляцією, дефіцитом можливостей для активної участі в житті громади, а також із наслідками кризових факторів сучасності, зокрема воєнних подій. У сукупності ці обставини формують «вузькі місця» у підтриманні ЗСЖ, що не можуть бути подолані лише медичними заходами і потребують інтегрованих міждисциплінарних рішень.

Результати власного емпіричного дослідження, проведеного серед осіб похилого віку в умовах закладу довготривалого догляду, підтвердили актуальність виявлених у теоретичній частині тенденцій.

Соціальнодемографічний профіль вибірки (переважання осіб 70+ років, жінок та вдівців/вдів) відображає типову структуру геріатричної популяції та водночас вказує на підвищений ризик самотності й втрати соціальної підтримки. Дані опитувальника WHOQOL-BREF засвідчили помірний загальний рівень якості життя при виражено низькій задоволеності власним здоров'ям, що узгоджується з високою поширеністю хронічних станів і функціональних обмежень. Аналіз доменів якості життя показав, що найбільш уразливими є сфери фізичного благополуччя та середовищних умов, тоді як соціальні взаємини і психологічні ресурси можуть виконувати компенсаторну функцію за наявності належної підтримки.

Отримані емпіричні результати підтверджують доцільність застосування холістичного підходу до здорового способу життя людей похилого віку, оскільки саме він дозволяє інтегрувати об'єктивні медичні показники з суб'єктивною оцінкою якості життя, рівнем соціальної підтримки та особливостями життєвого середовища. Здоров'я літньої людини виявляється не лише як відсутність хвороб, а як динамічний стан адаптації, автономії, залученості та відчуття сенсу власного життя.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що результати другого розділу свідчать про необхідність переходу від вузько медичної моделі догляду за людьми похилого віку до комплексних програм підтримки ЗСЖ, які поєднують профілактику, реабілітацію, соціальну інтеграцію, розвиток ресурсів середовища та підвищення якості життя. Саме така системна логіка створює підґрунтя для подальшого обґрунтування практичних рекомендацій і моделей психосоціального супроводу в межах теми магістерського дослідження.

## РОЗДІЛ 3 РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ХОЛІСТИЧНОЇ ПРОГРАМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

### **3.1. Концептуальні засади розробки комплексної програми холистичного впливу, її структура, зміст та етапи реалізації.**

Ураховуючи демографічні виклики старіння населення, формування здорового способу життя у людей похилого віку є надзвичайно актуальним завданням в наш час. Холистичний підхід передбачає всебічну роботу над фізичним, психологічним, соціальним та духовним здоров'ям літніх осіб. Він визнає взаємозв'язок тіла, розуму і духу, що сприяє досягненню цілісного благополуччя [26; 29; 32].

Державна програма «Здоров'я літніх людей» (затверджена Указом Президента України) вже передбачає впровадження сучасних засобів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації хвороб літнього віку [5; 17]. Зокрема, у ній наголошується на необхідності як фізичної, так і психологічної реабілітації осіб похилого віку [56]. Прикладом соціальної ініціативи є «Університети третього віку», де в 2024 році працювало 229 програм для літніх людей: 1 511 волонтерів (80% жінок) навчають 17 454 слухачів (переважно жінок) [8]. Це свідчить про високу мотивацію та потребу в активній участі літніх людей у програмах здоров'я.

Отже, якщо узагальнити висновок теоретичних і емпіричних досліджень, то слід констатувати, що застосування холистичного підходу є виправданим та ефективним для літніх людей. Саме холистична перспектива дозволяє врахувати і інтегрувати об'єктивні медичні показники, і суб'єктивну оцінку якості життя, і соціальну підтримку, і умови навколишнього середовища.

Для формування цілісної стратегії здорового способу життя серед літніх осіб розроблено комплексну програму холистичного впливу, яка поєднує профілактичні, реабілітаційні та соціально-психологічні заходи і ґрунтується на

сучасних державних ініціативах (зокрема, Державна програма «Здоров'я літніх людей» України, де підкреслено необхідність фізичної та психологічної реабілітації осіб похилого віку).

Структурно програма охоплює чотири напрямки – фізичне (з урахуванням індивідуальних можливостей), психологічне (стрес-менеджмент, позитивні емоції, інтелектуальний розвиток), соціальне і духовне здоров'я (спілкування, допомога, спільні активності) – з диференціацією за статтю (чоловіки/жінки) та станом здоров'я (задовільний, незадовільний, критичний). Важливими компонентами є також регулярні медичні огляди, відмова від шкідливих звичок та дотримання оптимального режиму праці та відпочинку.

Далі наведені складові заходи для кожного напрямку.

**Фізичне здоров'я:** рекомендується забезпечити для літніх чоловіків і жінок із задовільним станом здоров'я регулярні групові та індивідуальні фізичні вправи: щонайменше 150 хвилин помірної аеробної активності щотижня (ходьба, плавання, їзда на велосипеді, спеціальні фітнес-програми для літніх).

Включаються силові тренування 2–3 рази на тиждень (вправи з власною вагою чи легкими гантелями) та вправи на рівновагу (йога, Тай-Чі) для профілактики падінь.

Для жінок додатково важливо включати вправи для зміцнення кісткової тканини та суглобів (зважаючи на підвищений ризик остеопорозу), для чоловіків – вправи для зміцнення серцево-судинної системи. У разі незадовільного стану здоров'я (наявність хронічних хвороб чи обмеженої рухливості) проводяться адаптовані заняття з лікувальної фізичної культури (ЛФК), лікувальна гімнастика у групах під наглядом терапевта або фізреабілітолога. За потреби долучаються водолікування, масаж, мануальна терапія. Для критично хворих (обмежено рухомих або після важких операцій) застосовують пасивну гімнастику у ліжку, дихальні вправи, ізометричні навантаження. Усі заходи проводяться у безпечному режимі з урахуванням індивідуальних протипоказань.

Таким чином фізичні заходи забезпечують поступове нарощування витривалості та сили при дотриманні індивідуальних протипоказань.

Методологія реалізації. Заняття проводяться регулярно (у груповому чи індивідуальному форматі). Програми розраховані на 6–12 місяців. Заняття проходять 3–5 разів на тиждень у центрі соціального обслуговування, будинку культури чи медичному закладі. У роботі задіяні мультидисциплінарні команди: залучаються фізичні терапевти, реабілітологи, інструктори з фізкультури. Залучаються спеціалізовані засоби й технології: використовуються фітнес-обладнання для літніх (у тому числі еспандери, фітнес-гумки), кардіотренажери з низьким навантаженням, а також носимі пристрої (пульсометри, крокоміри, фітнес-браслети) для контролю активності. У форматі групових занять можуть проводитися прогулянки на свіжому повітрі (наприклад, лісові терапевтичні прогулянки), а для займаючихся вдома – онлайн-тренування через відео-уроки. Підхід відновного характеру має бути комплексним: як показано на прикладі реабілітації після травм, лише системна програма (вправи + масаж + лікувальне харчування + психологічна підтримка) дає стійкий результат.

Моніторинг. Результати оцінюються за допомогою кількісних тестів і шкал: фізичні показники: швидкість ходи (6 хвилинний тест з ходьбою), вимірюють вагу, ІМТ, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень перед/після навантаження, Timed Up and Go (TUG), сила кисті (дінуометрія), показники гнучкості та статичного рівноваги. Якісні індикатори: анкети самооцінки фізичної активності (наприклад, PASE – Physical Activity Scale for the Elderly), щоденники фізичної активності, опитування про самопочуття і рівень енергії. Результатом моніторингу є динаміка цих показників протягом програми [53].

Очікувані результати. Таким чином забезпечується оцінка динаміки стану літніх людей до і після втручань. Очікується підвищення фізичної витривалості, сили та гнучкості, покращення функції серцево-судинної та опорно-рухової систем (наприклад, зниження АТ, поліпшення толерантності до фізнагрузки), зменшення кількості падінь. Систематична активність також сприяє зниженню симптомів хронічних захворювань (цукровий діабет, ожиріння, остеопенія). Відповідно до рекомендацій, підтримка  $\geq 150$  хв. фізичної активності на тиждень

супроводжується загальним зміцненням здоров'я та продовженням активного довголіття.

**Психологічне здоров'я.** У роботі з психологічним здоров'ям передбачено групові програми підтримки та тренінги стрес-менеджменту з урахуванням гендерних особливостей: для жінок старшого віку особливо актуальні групи підтримки (клуби за інтересами, арт-терапія, рукоділля) і заняття, що підвищують емоційну стійкість (медитація, дихальні вправи, майндфулнес). Чоловіків – часто залучають до терапевтичних груп у форматі психологічних тренінгів або спортивних ігор із елементами командної роботи, де вони вчаться виражати емоції й знижувати стрес.

Загальні заходи включають індивідуальні сеанси психотерапії (когнітивно-поведінкова терапія, арт- або музична терапія), сімейні консультації, тренінги з технік релаксації. Корисними є пізнавальні ігри та заняття (розгадування кросвордів, логічні вправи, курси іноземних мов, комп'ютерні ігри з тренуванням пам'яті) для збереження когнітивних функцій. Для групи з незадовільним станом передбачено регулярні заняття з психологом (індивідуально або міні-групи, 1–2 рази на тиждень) та, за потреби, медикаментозне лікування (антидепресанти, анксиолітики під контролем лікаря). Критично хворих охоплюють виїзні психологічні бригади (спілкування, методи арт-терапії у хоспісах чи будинках-інтернатах), а також при необхідності – психіатрична корекція когнітивних порушень.

Методологія реалізації. Заняття проводяться щотижня у груповому (5–15 осіб) або індивідуальному форматі. Тривалість сесії – 45–90 хв. Залучають психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, арт- і музичних терапевтів. Використовують стандартизовані методики (наприклад, сенсорнопов'язані практики, ковдра-терапія, ігри на довіру). Для домашньої роботи можуть застосовуватися мобільні додатки з релаксацією чи тренуванням пам'яті. Результати кожного сеансу коротко фіксуються у психологічному щоденнику.

Моніторинг. Якісні й кількісні показники вимірюються через психологічні тести: шкалу депресії Гамільтона або GDS (Geriatric Depression Scale), тест

тривоги (GAD-7), когнітивні скринінги (MMSE, MoCA), оцінку рівня самопочуття (WHO-5), тест сенсу життя (Positive and Negative Affect Schedule, MLQ). Також корисні опитування задоволеності життям (SF-36) чи соціальною підтримкою. Моніторингом є динаміка балів цих опитувальників до та після курсів втручань. Можна проводити інтерв'ю з учасниками щодо змін у настрої та адаптації [53].

Очікувані результати. Метою є зниження рівня тривоги та депресії, зміцнення самопочуття і впевненості літніх людей. Очікується збереження або помірне покращення когнітивних функцій, підвищення стресостійкості та соціальної адаптивності. Важливо також підвищувати самоефективність – відчуття контролю над здоров'ям, – оскільки це сприяє довгостроковим позитивним змінам (наприклад, покращення самооцінки та подолання пережитого стресу).

**Соціальне здоров'я.** Формування соціального благополуччя включає створення умов для повноцінної участі літніх людей у житті громади. Для чоловіків можуть організовуватись клуби за інтересами (настільні ігри, клуби читання, спільні заняття ремонтом чи майструванням), а для жінок – соціальні гуртки (майстер-класи рукоділля, кулінарії, клуби спілкування). Запроваджують програми волонтерства, організовуються міжпоколіннєві зустрічі, екскурсійні та культурні поїздки («віртуальні мандрівки» чи виїзди в музеї/театри).

Важливою є підтримка сімейних зв'язків: організація спільних заходів з дітьми та онуками, просвітницькі проєкти про міжпоколіннєве спілкування. Для літніх із незадовільним здоров'ям – регулярні зустрічі у будинку культури, вечірки чи концерти у закладах соцобслуговування, психологічні клуби (наприклад, клуб «мандрівник» з переглядом фільмів про подорожі. Похилі люди з критичним станом (ліжкохворі чи інваліди) потребують організації дружніх візитів волонтерів, телефонного скринінгу самопочуття (ласкаво) та телекомунікацій (відеозв'язок із соціальними працівниками).

Методологія реалізації. Заходи проводяться системно: щомісяця – групові зустрічі (пізнавальні лекції, культурні події, пікніки), раз на квартал – масштабні

свята або виїзд у громаду. Використовуються місцеві територіальні центри соціобслуговування, бібліотеки, школа. Активно залучаються волонтери і студенти («взаємодопомога між поколіннями»). Для осіб, які не можуть виходити з дому, застосовуються кур'єрська доставка прес-релізів, консультативні телефонні дзвінки, онлайн-зустрічі (відеочати).

Моніторинг. Соціальні зміни оцінюють через опитувальники рівня соціальної підтримки та ізоляції: UCLA Loneliness Scale (шкала самотності), Lubben Social Network Scale (соціальна мережа), OPQOL (задоволеність якістю життя). Враховують кількість контактів із родиною/друзями, відвідуваність заходів, число волонтерських годин. Опитування і журнал відвідувань дозволяють кількісно виміряти інтегрованість у суспільство. Зауваження учасників, відгуки родичів фіксуються в анкетах самооцінки.

Очікувані результати. Залучення до спільнот і розширення соціальних контактів веде до зниження почуття самотності та ізоляції. Соціальна активність стимулює когнітивну активність і позитивний настрій: зв'язки з однолітками й молодшим поколінням підвищують сенс життя та емоційну підтримку. У результаті покращується психологічний стан, підвищується якість життя, зменшується ризик депресії та когнітивного спаду, зростає відчуття власної потреби і безпеки.

**Духовне здоров'я.** Під духовним здоров'ям розуміють наповненість сенсом, гармонію та внутрішній спокій. Заходи для літніх людей включають групову релаксацію (медитація, дихальні практики, молитви чи спільні читання духовної літератури), заняття з духовними наставниками або психологами (роздуми про життєвий шлях, сенс прожитих подій). Корисними є ремінісценція – зустрічі, де літні особи діляться спогадами і досвідом (наприклад, «вечори спогадів» чи мистецькі проекти, що відображають життєву історію).

Для груп з різним станом здоров'я варіанти подібні: здорових запрошують до спільних ретритів чи паломництв, ослаблених – до спокійних групових молитов чи прослуховування духовних лекцій, критичних – до індивідуальних бесід чи аудіозаписів духовних текстів у палаті.

Використовується творчість як метод підтримки: жінок часто заохочують до образотворчої творчості на духовну тематику (іконапис, квілінг з духовною тематикою), чоловіків – до волонтерської діяльності за кодексом честі або природозаповідних прогулянок із медитативним фокусом.

Методологія реалізації. Заняття можуть проводитись 1–2 рази на тиждень у спокійному груповому форматі (20–40 хв медитації, до 60 хв. обговорення) або в індивідуальних консультаціях. Залучаються капелани, волонтерирелігієзнавці, педагоги з церковної етики, арт-терапевти. Використовують аудіо- та відеозаписи медитацій, духовну літературу, природу (екопрогулянки). Періодичні душпастирські візити (у лікарнях/інтернатах) також зміцнюють духовний стан.

Моніторинг. Оцінюють духовне благополуччя за допомогою валідованих шкал: Spiritual Well-Being Scale (SWBS), FACIT-Sp (для онкохворих, але адаптується), Meaning in Life Questionnaire (MLQ). Збирають інформацію про частоту практик (молитви, медитації), суб'єктивне відчуття «наповненості» і «спокою» (анкети самооцінки, інтерв'ю). В якості якісних індикаторів підходять опитування про відчуття сенсу життя або регулярного вдячного споглядання.

Очікувані результати. Очікується зростання внутрішнього задоволення життям та стійкості до стресу. Учасники відзначають поліпшення сну та зменшення тривожності, відчуття примирення зі своїм життєвим шляхом. Духовні практики сприяють зниженню хронічного психічного навантаження та розвитку позитивного мислення. Такий підхід зосереджений на наповненості сенсом і зниженні стресу, що веде до підвищення стійкості й внутрішнього задоволення життям. Загалом підвищується якість життя за рахунок відчуття цілісності та насиченості досвіду.

Запропоновані заходи ґрунтуються на принципах доказової медицини та міжнародних рекомендаціях. Наприклад, WHO і профільні організації рекомендують літнім людям  $\geq 150$  хв. помірної активності на тиждень з додаванням силових вправ.

Ефективність комплексного підходу (сполучення фізичних, психологічних та соціальних втручань) продемонстрована в різних дослідженнях та практиках.

Удосконалення методів моніторингу та інтерпретації даних із застосуванням штучного інтелекту дозволяє зробити оцінювання більш точним і персоналізованим. Всі компоненти програми між собою доповнюють одна одну, надаючи літнім людям можливість жити активніше й гармонійніше у старшому віці.

**Загальна характеристика програми.** Розроблена програма апробації ґрунтується на результатах комплексного оцінювання фізичного, психологічного, соціального та духовного стану літніх респондентів.

Аналіз анкетних даних виявив наявність у більшості учасників зниженого рівня фізичної активності, хронічних соматичних захворювань, ознак емоційного виснаження, дефіциту соціальних контактів і зниженого відчуття сенсу життя. З огляду на це було створено чотири взаємопов'язані блоки втручань із поділом за функціональними можливостями та статтю респондентів. Кожен блок передбачає власні методичні інструменти, засоби моніторингу та очікувані результати.

**Фізичне здоров'я.** Цільова група: чоловіки та жінки зі зниженим рівнем фізичної активності, надлишковою масою тіла, серцево-судинними або опорно-руховими порушеннями.

Заходи:

- лікувально-оздоровча гімнастика (щодня по 30 хв; легкі аеробні вправи, силові вправи з власною вагою, вправи на рівновагу);
- дихальна гімнастика (10–15 хв щодня, індивідуальне навчання); - освітні семінари з раціонального харчування (2 рази/місяць).

Методика проведення: заняття у малих групах (6–8 осіб) під керівництвом фізичного терапевта. Ведення щоденників активності та харчування учасниками. Тривалість програми – 12 тижнів.

Моніторинг ефективності: тести фізичної працездатності (6-хвилинна ходьба, TUG, сила кисті). Біометричні показники (ІМТ, АТ, ЧСС).

Опитувальник WHOQOL-BREF (фізичний домен).

Очікувані результати: зниження маси тіла та нормалізація АТ. Підвищення витривалості, сили та гнучкості. Формування мотивації до регулярної фізичної активності.

**Психологічне здоров'я.** Цільова група: респонденти з ознаками тривожності, депресивного настрою, емоційного виснаження.

Заходи:

- групові заняття з арт-терапії (1 раз/тиждень, 1,5 год);
- тренінги емоційної регуляції та стрес-менеджменту (2 рази/місяць);
- індивідуальні психологічні консультації (1 раз/тиждень).

Методика проведення: формат – малі групи до 8 осіб, з безпечним простором для висловлювань. Стартове та фінальне тестування психоемоційного стану. Використання методів майндфулнес, дихальних вправ, когнітивно-поведінкових технік.

Моніторинг ефективності: GDS-15 (шкала депресії), DASS-21 (депресія, тривога, стрес). Самозвітні щоденники емоцій. Спостереження за поведінкою в групі (модераторські карти).

Очікувані результати: зниження рівня депресивності та тривожності. Підвищення емоційної стійкості та впевненості. Зростання рівня задоволеності життям.

**Соціальне благополуччя.** Цільова група: особи з низькою соціальною активністю або ознаками соціальної ізоляції.

Заходи:

- створення груп взаємопідтримки (щотижня, 1 год);
- організація соціально-культурних подій (1 раз/місяць);
- курси цифрової грамотності для підтримання онлайн-зв'язків.

Методика проведення: ведення журналу участі та індивідуальних карт активності. Співпраця з громадами, бібліотеками, центрами дозвілля. Створення онлайн-групи підтримки (Viber/Telegram).

Моніторинг ефективності: шкала соціальної підтримки MSPSS. UCLA Loneliness Scale (шкала самотності). Підрахунок кількості соціальних контактів до та після програми.

Очікувані результати: зменшення почуття самотності та ізоляції. Розширення кола соціальних контактів. Підвищення активності та соціальної залученості.

**Духовне благополуччя.** Цільова група: особи з кризою сенсу життя, пережитими втратами, емоційним виснаженням.

Заходи:

- духовно-психологічні бесіди у групах (1 раз/тиждень);
- медитативні та дихальні практики усвідомленості (щоденно по 10 хв);
- індивідуальна творча діяльність (щотижневе завдання з арт-терапії).

Методика проведення: Ведення щоденника рефлексій та особистих відкриттів. Використання методів логотерапії та ремінісцентної терапії. Залучення капелана, психолога та волонтерів.

Моніторинг ефективності: Meaning in Life Questionnaire (MLQ), Spiritual Well-Being Scale. Інтерв'ю щодо змін у світогляді та відчутті сенсу життя.

Очікувані результати: Зростання відчуття внутрішньої гармонії та наповненості. Зменшення тривожності, покращення сну та настрою. Відновлення сенсу життя та ціннісної орієнтації.

### **3.2. Обґрунтування ефективності програми на основі порівняння отриманих результатів та їх аналізу «до та після» проведення.**

Для перевірки ефективності запропонованого комплексного втручання, у рамках практичного впровадження холістичного підходу до збереження психоемоційного здоров'я людей похилого віку, серед жінок (віком 65–80 років), було проведено захід, спрямований на зниження рівня тривоги та психоемоційної напруги шляхом використання техніки емоційної свободи (ТЕС) – Emotional Freedom Technique (EFT) [66; 67; 75].

Техніка емоційної свободи – це психоенергетичний метод саморегуляції, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої практики та акупресури [39; 66].

Основою методики є вплив на біоактивні (меридіанні) точки тіла за допомогою легкого простукування кінчиками пальців одночасно з усвідомленим фокусуванням на емоційно значущій проблемі.

Механізм дії EFT полягає у зниженні фізіологічного рівня стресу (активація парасимпатичної нервової системи, зменшення секреції кортизолу) та у формуванні нових когнітивно-емоційних зв'язків, що дозволяють переосмислити травматичний досвід.

Згідно з даними нейропсихологічних досліджень (Feinstein, 2010; Church et al., 2023) [66], під час простукування спостерігається дезактивація мигдалеподібного тіла мозку – центру страху, що зумовлює відчуття полегшення, зниження тривожності та стабілізацію емоційного стану.

Метою проведеного заходу стало зниження рівня тривоги, емоційної напруги та покращення загального емоційного самопочуття літніх жінок, що мешкають у будинку пристарілих «Батьківський затишок» (м. Харків). Захід проводився у межах дослідницької роботи, присвяченої оцінці ефективності холистичних методів психологічної підтримки осіб похилого віку.

Типовий алгоритм виконання EFT складається з трьох послідовних етапів:

1. Налаштування (формулювання проблеми): людина усвідомлює емоційний дискомфорт, дає йому назву та приймає факт його існування, проговорюючи ключову фразу: «Хоч я відчуваю... (тривогу, біль, сум), я все одно приймаю себе повністю і безумовно».

2. Простукування (tapping): легке постукування по 8–10 біоактивних точках обличчя, голови, грудей і рук у ритмі дихання, одночасно з промовлянням коротких тверджень, пов'язаних із проблемою.

3. Закріплення (позитивна інтеграція): після зменшення інтенсивності емоції учасник промовляє позитивні афірмації («Я спокійна», «Я у безпеці», «Я приймаю життя»), фіксуючи новий стан внутрішнього спокою.

Завдяки поєднанню тілесного стимулювання та когнітивного переосмислення техніка забезпечує вивільнення емоційного напруження, підвищує усвідомленість і сприяє відновленню енергетичного балансу організму, що відповідає принципам холістичного підходу до здоров'я.

Умови проведення експерименту. Захід відбувався у спокійній, затишній атмосфері кімнати релаксації Будинку пристарілих. Участь узяли 10 жінок віком від 65 до 80 років, які добровільно погодилися на участь. Тривалість групової сесії становила 60 хвилин, що включала короткий теоретичний вступ, демонстрацію техніки, індивідуальне виконання під наглядом тренера та обговорення відчуттів.

**Методика оцінювання ефективності.** «До і після» (перед початком та наприкінці заняття) проведення сесії учасниці самооцінювали рівень тривоги, психоемоційного напруження та загального самопочуття за 10бальною шкалою, де 0 балів – відсутність явищ, 10 – максимальний прояв.

Оцінювалися три показники: рівень тривоги; рівень психоемоційної напруги; загальне емоційне самопочуття [39].

Дані показали статистично значні зміни: середній рівень тривоги знизився з  $7,8 \pm 1,1$  до  $3,2 \pm 0,9$  бала, психоемоційної напруги – з  $8,1 \pm 0,8$  до  $3,5 \pm 0,7$  бала, водночас загальне позитивне самопочуття зросло з  $4,3 \pm 1,0$  до  $8,6 \pm 0,6$  бала (див. табл. Додатку «Д» і табл 2.11.).

Таблиця 2.11

**Результати тестування за технікою емоційної свободи серед літніх жінок**

Показник	до (M ± SD)	після (M ± SD)
1	2	3
Рівень тривоги (бали)	$7,8 \pm 1,1$	$3,2 \pm 0,9$
Рівень психоемоційної напруги (бали)	$8,1 \pm 0,8$	$3,5 \pm 0,7$
Загальне емоційне самопочуття (бали)	$4,3 \pm 1,0$	$8,6 \pm 0,6$

Після проведення сеансу учасниці відзначили явне полегшення стану: розслаблення, покращення сну та зростання емоційного комфорту, майже удвічі

спостерігається чітке зниження рівня тривоги й напруги та підвищення рівня самопочуття майже вдвічі.

Рефлексія учасниць:

- Жінка, 74 роки: «Після сеансу простукування я відчула, що тривога ніби розтанула, а зранку було легше дихати».
- Жінка, 68 років: «Після вправи відчула легкість у тілі, зникла напруга, з'явився спокій».
- Жінка, 79 років: «Увечері після заняття заснула без хвилювань і прокинулася відпочилою».

### **Висновки.**

Отже, застосування навіть одного холистичного елемента – психотехніки емоційного саморегулювання - техніки емоційної свободи призвело до майже дворазового зменшення тривожності та сильного підвищення задоволеності життям, дало позитивні результати: зменшення рівня тривоги, напруги, покращення настрою та внутрішнього спокою і продемонструвало високу результативність у зменшенні психоемоційного дистресу серед учасниць.

Ці результати свідчать про високу ефективність комплексних психосоціальних інтервенцій у покращенні емоційного благополуччя літніх людей. TES можна розглядати як ефективний інструмент холистичного підходу, який поєднує психологічні, тілесні та енергетичні складові здоров'я.

### **3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження програми в систему громадського здоров'я.**

Впровадження і реалізація комплексних холистичних програм формування ЗСЖ у систему громадського здоров'я сприятиме підвищенню ефективності системи громадського здоров'я, покращенню зміцненню здоров'я і якості життя осіб похилого віку та формуванню умов для активного довголіття.

Враховуючи результати проведеного теоретичного та емпіричного дослідження, впровадження розробленої холистичної програми формування здорового способу життя людей похилого віку доцільно здійснювати в межах

системи громадського здоров'я на засадах міжсекторальної взаємодії, профілактичної спрямованості та інтегрованого підходу.

### 3.3.1 Організаційно-управлінський рівень впровадження.

Для забезпечення ефективності реалізації програми рекомендовано:

1. Інтегрувати програму до регіональних і місцевих стратегій розвитку громадського здоров'я.
2. Забезпечити її координацію через структурні підрозділи центрів громадського здоров'я.
3. Розробити локальні нормативні документи (протоколи, алгоритми взаємодії, методичні рекомендації).
4. Передбачити міжвідомчу співпрацю із закладами первинної медикосанітарної допомоги, соціальними службами, геріатричними відділеннями та громадськими організаціями.

### 3.3.2 Організаційна модель реалізації програми.

Реалізація програми передбачає поетапний алгоритм:

I етап – скринінг та комплексна оцінка стану здоров'я, що включає визначення фізичних, психологічних і соціальних показників.

II етап – формування індивідуалізованого плану здорового способу життя, з урахуванням вікових особливостей і супутньої патології.

III етап – впровадження комплексних заходів, які охоплюють: фізичну активність адаптованого характеру; корекцію харчування; психоемоційну підтримку; стимуляцію соціальної активності; профілактичні медичні огляди.

IV етап – моніторинг та оцінювання ефективності, що здійснюється через 3–6 місяців після початку участі в програмі.

### 3.3.3 Кадрове забезпечення.

Для реалізації програми формується мультидисциплінарна команда у складі: лікаря загальної практики – сімейної медицини; медичної сестри; психолога; соціального працівника; фахівця з фізичної реабілітації.

Доцільним є включення навчального модуля з основ холістичного підходу в програму післядипломної освіти медичних та соціальних працівників.

### 3.3.4 Система оцінювання ефективності.

Оцінювання результативності програми пропонується здійснювати за такими критеріями: рівень тривожності; показники суб'єктивного благополуччя; частота загострень хронічних захворювань; рівень фізичної та соціальної активності. Методи оцінювання: анкетування, стандартизовані психодіагностичні методики, аналіз медико-статистичних показників, якісні інтерв'ю.

## **3.4. Інноваційні пропозиції з оптимізації підтримки здорового способу життя людей похилого віку.**

З метою підвищення ефективності державної політики у сфері здорового старіння запропоновано впровадження низки інноваційних заходів.

### 3.4.1 Створення центрів холістичного активного довголіття.

Доцільним є формування спеціалізованих центрів на базі громад або медико-соціальних закладів, які поєднують: профілактичний медичний супровід; психологічну підтримку; адаптовану фізичну активність; соціальнокультурні заходи.

### 3.4.2 Запровадження «Паспорта активного старіння».

Рекомендовано розробити індивідуальний інструмент моніторингу стану здоров'я, який включає: фізичні показники; психологічні індикатори; соціальну активність; індивідуальні цілі на визначений період.

### 3.4.3 Цифровізація процесу підтримки.

Інноваційним напрямом є впровадження телемедичних консультацій, дистанційних освітніх програм та цифрових платформ підтримки, що сприятиме підвищенню доступності послуг.

### 3.4.4 Міжпоколінна інтеграція.

Рекомендується реалізація програм міжпоколінної взаємодії, що сприятиме: зменшенню соціальної ізоляції; передачі досвіду; підвищенню соціальної значущості літніх осіб.

### 3.4.5 Поведінково-мотиваційні механізми.

Доцільним є застосування коучингових та мотиваційних підходів, спрямованих на формування стійких здоров'язбережувальних звичок через поступові зміни поведінки.

**Висновки до розділу 3.** Впровадження холістичної програми формування здорового способу життя людей похилого віку в систему громадського здоров'я є науково обґрунтованим і соціально доцільним. Реалізація мультидисциплінарної моделі дозволяє забезпечити комплексний вплив на фізичні, психологічні та соціальні складові здоров'я. Запропоновані інноваційні підходи сприятимуть підвищенню якості життя осіб похилого віку, зменшенню рівня захворюваності та оптимізації навантаження на систему охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

У ході дослідження досягнуто поставленої мети та виконано всі завдання магістерської роботи, що дозволило отримати науково обґрунтовані теоретичні та практичні результати і розробити практичні рекомендації для їх реалізації.

Перший розділ окреслив теоретичні основи: показано, що холістичний підхід спирається на глибоку філософсько-наукову традицію цілісності і відповідає потребам старіючого суспільства, є ефективною міждисциплінарною методологією формування здорового способу життя людей похилого віку, оскільки забезпечує цілісне врахування фізіологічних, психологічних, соціальних і духовних чинників здоров'я. Проведене дослідження дозволило уточнити зміст здорового способу життя осіб похилого віку в контексті громадського здоров'я та показати його значення як ключового ресурсу збереження якості життя у пізньому віці.

У другому розділі уперше здійснене комплексне емпіричне дослідження способу життя людей похилого віку, яке показало помірний загальний рівень якості життя за шкалою WHOQOL-BREF, проте з низькою задоволеністю власним здоров'ям. Найуразливішими виявилися сфери фізичного благополуччя та умов довкілля, тоді як соціальні зв'язки й психологічні ресурси можуть компенсувати ці недоліки за наявності належної підтримки. Збір даних також засвідчив високу поширеність хронічних захворювань і обмежень руху серед літніх людей, що обґрунтовує необхідність комплексних втручань.

Взагалі, дослідження засвідчило наявність психоемоційних і соціальних факторів, що негативно впливають на стан їхнього здоров'я та потребують системного профілактичного і корекційного втручання.

Третій розділ присвячений практичній реалізації отриманих висновків. На основі аналітичних результатів розроблено та апробовано комплексну холістичну програму формування здорового способу життя, структуровану за чотирма напрямками (фізичне, психологічне, соціальне, духовне здоров'я) і орієнтовану на профілактику та реабілітацію літніх осіб. Було описано зміст і

методи кожного компонента програми та наведено моніторингові інструменти. В експериментальній апробації (використанні техніки EFT у геріатричному закладі) в діяльність медико-соціального закладу – будинку пристарілих «Батьківський затишок» (м. Харків) програма підтвердила свою ефективність. Зафіксовано позитивну динаміку психоемоційного стану учасників, зниження рівня тривожності та емоційного напруження, підвищення загального психологічного благополуччя і соціальної залученості. Це свідчить, що запропоновані комплексні заходи здатні реально поліпшити психоемоційний стан літніх людей.

Отримані результати підтверджують доцільність використання холістичного підходу в системі громадського здоров'я та створюють наукове підґрунтя для впровадження комплексних програм підтримки здоров'я людей похилого віку з метою забезпечення активного та гідного довголіття.

Практичні рекомендації щодо впровадження програми в систему громадського здоров'я логічно віддзеркалюють новизну і висновки. З метою практичної реалізації результатів дослідження та їх масштабування у системі громадського здоров'я доцільно рекомендувати наступні напрями.

На національному рівні доцільним є створення міждисциплінарної робочої групи при Міністерстві охорони здоров'я України з питань здоров'я людей похилого віку, основним завданням якої має стати розробка методичних рекомендацій щодо впровадження холістичного підходу в геронтологічну практику.

Рекомендується включення холістичних програм формування здорового способу життя до національних і регіональних стратегій та планів дій у сфері громадського здоров'я. Це дозволить забезпечити системний перехід від переважно лікувальної моделі до профілактично-орієнтованої моделі підтримки здоров'я літнього населення.

У системі підготовки та підвищення кваліфікації кадрів доцільно впровадити навчальні модулі з основ холістичного догляду за людьми похилого віку для сімейних лікарів, геріатрів, медичних сестер і соціальних працівників, з

акцентом на психоемоційну підтримку, емоційну регуляцію та міжособистісну комунікацію.

На рівні закладів і громад рекомендується впровадження адаптованих холістичних програм, що включають групові заняття з психологічної підтримки, навчання персоналу навичкам емоційної саморегуляції, створення умов для соціальної активності та підтримки автономності людей похилого віку.

Реалізація зазначених рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності системи громадського здоров'я, покращенню якості життя осіб похилого віку та формуванню умов для активного довголіття.

Отже, результати дослідження демонструють цілісність і завершеність виконаної наукової роботи. Теоретичні положення, емпіричні дані й розроблена модель узгоджено поєднані у єдину логічну структуру: від обґрунтування холістичної парадигми та виявлення проблем ЗСЖ літніх (розділи 1–2) до створення та апробації практичного рішення (розділ 3).

Подальша наукова новизна полягає в обґрунтуванні практичних підходів до впровадження холістичної програми в систему громадського здоров'я, в діяльність медико-соціального закладу, зокрема через інтеграцію медичних, психологічних і соціальних послуг з метою підвищення якості життя та сприяння активному довголіттю людей похилого віку.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Закон України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI. Відомості Верховної Ради України. 2010. № 34. Ст. 481.
2. Закон України від 28 листопада 2002 року № 330-IV «Про Товариство Червоного Хреста України».
3. Кабінет Міністрів України. Розпорядження від 11 січня 2018 р. № 10-р. «Про схвалення Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року». Київ. 7 с.
4. Кабінет Міністрів України. Розпорядження від 26 вересня 2018 р. № 688-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року».
5. Указ Президента України (254к/96-ВР.) від 10.12.1997 р. (N 1347/97). «Про програму "Здоров'я літніх людей"». м. Київ.
6. Андрєєва О. О., Гакман А. В. Теоретичний базис активного старіння населення України. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2021. №1. С. 13–18. DOI: 10.32652/tmfvs.2021.1.13-18
7. Андріученко Т., Вакуленко О., Волков В та інш. Формування здорового способу життя. Навчально-методичні рекомендації / Авт. колект. Т. 12. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков, Н. Дзюба, В. Коляда, Н. Комарова, І. Пеша, Н. Тілікіна (кер. авт. колект. О. Вакуленко). – К.: ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики», 2018. 100 с.
8. Аніщенко О. В. Положення про університет третього віку. К.: ІПОД імені Івана Зязюна НАПН України. 2021. 20 с.
9. Бабінець Л. С. Геронтологія в сімейній медицині : у 2-х ч. Ч.2 : Навч. посіб. / за заг. ред. проф. Л. С. Бабінець. – Львів : Магнолія, 2024. 478 с.
10. Бакай О. Європейський досвід соціалізації людей третього покоління. Професіоналізм педагога: теоретичні й методичні аспекти. 2023. № 18. С. 141–150. URL: <https://doi.org/10.31865/2414-9292.18.2022.272679>

11. Безух М. А. Чинники та складові здорового способу життя / М. А. Безух; наук. кер. Т. В. Стрікаленко // Проблеми формування здорового способу життя у молоді : зб. матеріалів XV Всеукр. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів з міжнародною участю, Одеса 6–8 жовт. 2022 р. / Одес. нац. технол. ун-т. – Одеса, 2022. С. 4.

12. Бень О. Т., Бринзак О. І. Особливості соціальної адаптації літніх людей у геріатричних установах України та Польщі. Український соціум. Київ, 2017. №4 (63). С. 35–44.

13. Бойчук Ю. Д. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

14. Вакуленко О. В. Теоретичне підґрунтя політики формування здорового способу життя в Україні : Дикий О. Ю., редактор. Шляхи удосконалення професійних компетентностей фахівців в умовах сьогодення. Матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції; 2020 трав. 28–29; Київ, Україна. Луцьк: СНУ ім. Лесі Українки; 2020. С. 445–446.

15. Волощенко Ю. Якість життя. Перевірка адаптації української версії короткого опитувальника якості життя (WHOQOL-BREFukr) серед студентів першого курсу Київського університету імені Бориса Грінченка. Спортивна наука та здоров'я людини. 2023;2(10): С. 48–67. DOI:10.28925/2664-2069.2023.24

16. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Стаднюк Л. А. Актуальні питання геронтології і геріатрії у практиці сімейного лікаря: навчальний посібник. Київ: Видавець Заславський О. Ю. 2015. 530 с.

17. Всеукраїнська благодійна організація "Турбота про літніх в Україні" : історико-правові аспекти / Л.М. Сіньова. Соціальне право. 2017. №1. С. 163–172. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/sopr\\_2017\\_1\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/sopr_2017_1_20)

18. Герасимчук П. О., Фіра Д. Б., Павлишин А. В. Оцінка якості життя, пов'язаної із здоров'ям у медицині. Тернопільський національний медичний

університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. Ж. Вісник медичних і біологічних досліджень. 1(7), 2021. С. 112–122.

19. Дворник М. С. Соціально-психологічні інструменти промоції здорового способу життя [Електронний ресурс] : методичні рекомендації / за наук. ред. М. С. Дворник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2024. С. 105

20. Державна служба статистики України. Демографічний щорічник «Населення України» за 2022 р. – Київ; 2023. – URL: <https://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 18.07.2025).

21. Джуган Р. І. Потреби людей похилого віку та їх реалізація в умовах сучасного українського суспільства (соціологічний дискурс): монографія / Джуган Р. І. – Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2023. 164 с.

22. Єжова О. О. Основи популяризації здорового способу життя : навчальний посібник / О.О. Єжова, В.І. Кириченко. – Суми : Сумський державний університет, 2024. 154 с. ISBN 978-966-657-969-3

23. Єжова О. О., Беседіна А. А., Бережна Т. І. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика : монографія / за заг. ред. О.О. Єжової. Суми : СумДУ, 2016. 288 с.

24. Жалдак П. І., Крупельницька І. Г. Адаптація людей похилого віку до сучасних соціальних умов. World science. 2019. № 1(29), Vol.3, January. 2019. С. 34–38. URL: <http://archive.wsconference.com/wpcontent/uploads/2097.pdf>.

25. Калдер П. К. Холістичний підхід до здорового старіння: як люди можуть жити здоровіше з віком? DOI: 10.1111/jhn.12566. Epub 2018 Jun 3.

26. Кирич Н., Слободян Н. Проблеми демографічного старіння населення і його вплив на економічне зростання суспільства. Соціально-економічні проблеми і держава. 2016. Вип. 2 (15). С. 62–70.

27. Коваленко О. Г. Соціально-демографічні особливості літніх осіб як чинники їхнього психологічного благополуччя. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки: 5(2), 2017. С. 54–59.

28. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 року / за ред. Е.М. Лібанової. Український центр соціальних реформ. Київ, 2006. 138 с.

29. Косевич А. О. Холістична модель здоров'я / А.О. Косевич; наук. кер. Г. А. Шевченко // Проблеми формування здорового способу життя у молоді : зб. матеріалів XV Всеукр. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів з міжнародною участю, Одеса 6–8 жовт. 2022 р. / Одес. нац. технол. ун-т. – Одеса, 2022. С. 19–21.

30. Кулачок-Тітова, Л. В. Право на гідне життя осіб похилого віку та проблеми його забезпечення. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Право». 2022. (29), С. 152–161. DOI:10.26565/2075-1834-2020-29-20

31. Ложкін Г. В., Блохіна І. О. Психологія здорового способу життя: комплекс навчально-методичного забезпечення навчальної дисципліни. [Електронний ресурс] : навч. посіб. Для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»/ КПІ ім. Ігоря Сікорського; уклад.: Ложкін Г.В., Блохіна І.О. – Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2018. 96 с.

32. Марчик В. І. Холістична модель здоров'я в основі формування здорового способу життя / В. І. Марчик, Т. В. Андріанов, В. Є. Андріанов // Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія № 15 «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /Фізична культура і спорт». – Київ, 2013. – Т. 1, вип. 7 (33). С. 500–504.

33. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12 с. DOI <https://doi.org/10.26697/melnyk.stadnik.6.2023>

34. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л.М. Карамушка, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко, В.І. Лагодзінська, В.М. Івкін, О.С. Ковальчук ; за ред. Л.М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

35. Методики формування здорового способу життя : конспект лекцій / укладачі: Н.В. Коляда, С.М. Король, С.А. Король. – Суми : Сумський державний університет, 2021. 183 с.

36. Міністерство соціальної політики України, Astarta Group. Програма «Активне довголіття»: результати та перспективи. – Київ; 2022.

37. Міхеєнко О. І. Загальна теорія здоров'я: навч. посіб. / О.І. Міхеєнко. – Суми : Університет. кн., 2019. 156 с.

38. Мякина О. В. Нещенко О. О. Здоровий спосіб життя як джерело здоров'я: трактування та складові. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»: матеріали VIII науковопрактичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р. Харків, 2025. С. 157–160.

39. Мякина О. В., Нещенко О. О. Використання техніки емоційної свободи серед людей похилого віку – мешканців Будинку престарілих. Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Ужгород-Житомир, 27 лютого 2026 р. Ужгород, 2026. С. 155–157.

40. Мякина О. В. Нещенко О. О., Ващук М. А. Підтримка здоров'я і якість життя літніх людей: існуючі програми та ініціативи. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»: матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р. Харків, 2025. С. 144–148.

41. Мякина О. В., Нещенко О. О., Шевченко О. О. Здоров'я населення старших вікових груп: огляд та пропозиції. Збірник науково-практичної конференції з міжнародною участю «Роль та місце лікарняних кас на етапі трансформації системи ОЗ України (до 25-річчя утворення благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області»)). 24 липня 2025. Житомир. 2025. С. 75–79.

42. Мякина О. В., Нещенко О. О. та ін. Люди похилого віку: на площині медико-соціальних завдань сучасності. Збірник наукових праць з матеріалами 1-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Майбутнє науки: новітні дослідження та технологічні інновації». 16–18 червня 2025 року. Гельсінкі, Фінляндія. 2025. С. 213–223. DOI 10.70286/EOSS-16.06.2025

43. Мякина О. В., Нещенко О. О. та ін. Демографічне постаріння та стан здоров'я населення старших вікових груп. Збірник наукових праць з матеріалами 3-ьої Міжнародної науково-практичної конференції «Наукові інновації: теоретичні висновки та практичний вплив». 11–13 серпня 2025 | Неаполь, Італія. 2025. С. 114–121. DOI 10.70286/EOSS-11.08.2025

44. Мякина О. В., Сокол К. М., Іващенко Р. О., Нещенко О. О., Фактори ризику і спосіб життя людей зрілого віку. Збірник наукових праць з матеріалами 2-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Інновації в науці: від теоретичних основ до практичного впливу». 1–3 вересня 2025 | Антверпен, Бельгія. 2025. С. 115–124. DOI 10.70286/EOSS-01.09.2025

45. Мякина О. В., Сокол К. М., Мельник К. А. та інш. Феномен демографічної кризи в Україні: огляд і подолання наслідків. Матеріали 1-ї Міжнародної науково-практичної конференції «Від ідей до рішень: інновації в науці та технологіях». 17–19 лютого 2025 року. Англія. Лондон. 2025. С. 67–75. DOI 10.70286/EOSS-17.02.2025

46. Мякина О. В., Сокол К. М., Нещенко О. О. Холістичний підхід до здорового старіння: сутність та принципи. 5 Міжнародна науково-практична конференція «Розвиток науки: теорії, відкриття та практичні результати». 8–10 вересня 2025 | Цюріх, Швейцарія. 2025. С. 98–106. DOI 10.70286/EOSS08.09.2025

47. Нестеренко В. Г., Мякина О. В., Нещенко О. О. Методи дослідження і оцінка способу життя людей похилого віку. Збірник наукових праць 2-ї Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні виклики в наукових дослідженнях» (грудень 1–3, 2025, Польща. Вроцлав). 2025. С. 299–309. DOI 10.70286/EOSS-01.12.2025

48. Нещенко О. О., М'якіна О. В. Холістичні практики до здорового способу життя у геронтології. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»: матеріали VIII науковопрактичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р. / Харків, 2025. С. 74–78.

49. Новікова Ж. М. Психологічні особливості задоволеності життям та життєстійких установок осіб похилого віку. Науковий Вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Випуск 2. 2019. С. 78–83.

50. Огнєв В. А. та інш. Соціальна медицина, громадське здоров'я: навч. посіб.: у 4 т., / за заг. ред. В. А. Огнєва. Харків: ХНМУ, 2023. Т. 2. Громадське здоров'я. 324 с.

51. Омельченко Т. Ефективність холістичного підходу до корекції фізичного стану людини / Т. Омельченко // Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2016. – Вип. 20. С. 133–137. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fkszn\\_2016\\_20\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fkszn_2016_20_27).

52. Оржеховська В. М. Здоровий спосіб життя : навчально-методичний посібник / В.М. Оржеховська, О.О. Єжова. – Суми : Видавництво СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2010. 188 с.

53. Піонтківська О. Г. Методи дослідження соціальної активності людей похилого віку / О.Г. Піонтківська // Особистість, сім'я і суспільство: 12 питань педагогіки та психології: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 25–26 листопада 2016 року). – Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2016. С. 87–89.

54. Семидоцька Ж. Д. Старіння людства і сучасний світ : навч. посіб. для здобувачів вищ. мед. освіти / Ж. Д. Семидоцька, І. О. Чернякова, К. О. Красовська ; за ред. проф. Ж. Д. Семидоцької. Харків : ХНМУ, 2024. 88 с.

55. Сидоренко І. В. Ефективність психофізіологічних методів релаксації у корекції тривожності в осіб похилого віку. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022, т. 19, вип. 3, С. 114–121.

56. Сироїд Т. Л. Право на здоров'я літніх людей – виклики сьогодення. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Право». 30. 2020. С. 164–173.

57. Слободян Н. О., Лесів Л. О., Трущенко Л. В. Вплив способу життя на довголіття людини. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, (3), 2024. С. 23–29.

58. Стешенко В., Піскунов С., Піскунов В. Старіння населення України: стан, етнічні особливості, перспективи. Демографічні дослідження. 2016. С. 125–146.

59. Чепелевська Л. А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті / Л.А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. 2018. – № 1. С. 48–53.

60. Шафранський В. В. Стан здоров'я населення старших вікових груп як проблема системи громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 4. 2016. С. 38–46.

61. Шевченко О. М., Мякина О. В., Шевченко О. О., Неценко О. О. Здоровий спосіб життя у літньому віці: проблеми і бар'єри. Збірник наукових праць з матеріалами 4-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні перспективи глобальних наукових рішень» (4–6 серпня 2025 | Берген, Норвегія). 2025. С. 56–60. DOI 10.70286/EOSS-04.08.2025

62. Шиккульський С. В. Сучасні дослідження проблеми здорового способу життя / Шиккульський С.В., Моначин І.Л. Актуальні задачі сучасних технологій /Збірник тез доповідей Том II IX Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів 25-26 листопада 2020 року. 2020. С. 184–185.

63. Шинкарук В. І. Холізм (голізм) // Філософський енциклопедичний словник / В.І. Шинкарук (гол. редкол.) та ін ; Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України. – Київ : Абрис, 2002. С. 700–742.

64. Шушпанов Д. Соціальна відповідальність та підтримка здоров'я літніх людей в Україні [Текст] / Дмитро Шушпанов, Ліна Дякович // Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2022. – Вип. 27. С. 98–107.

65. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. Київ – 2023.

66. Church, D., Stapleton, P., & Yang, A. Is Tapping on Acupuncture Points an Active Ingredient in Emotional Freedom Techniques (EFT)? A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2023, vol. 211(3), pp. 197–207.

67. Clond M. Emotional Freedom Techniques for anxiety: A systematic review with meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2016, vol. 204(5), pp. 388–395.

68. European Code of Conduct for Research Integrity. Revised Edition. ALLEA – All European Academies, 2023.

69. Ilić I, Šipetić-Grujičić S, Grujičić J, Živanović Mačužić I, Kocić S, Ilić M. Psychometric properties of the world health organization's quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire in medical students. *Medicina*. 2019;55(12):772. DOI: 10.3390/medicina55120772

70. Kahana E., Kahana B. Health promotion in later life: implications for health education. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019819602200402>.

71. Koenig H. G., Meador K. G., Cohen J. J., & Blazer D. G. (1988). Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. *JAGS*, 36, pp. 699–706.

72. Park, S.-H., & Kwak, M.-J. (2021). Performance of the Geriatric Depression Scale-15 with Older Adults Aged over 65 Years: An Updated Review 2000-2019. *Clinical Gerontologist*, 44(2), pp. 83–96. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1839992>

73. Sinclair David A. (2019). *Lifespan: why we age - and why we don't have to*. New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi: Atria Books. ISBN 978-15011-9197-8.

74. Shin, C., Park, M. H., Lee, S.-H., Ko, Y.-H., Kim, Y.-K., Han, K.-M., Jeong, H.-G., & Han, C. (2019). Usefulness of the 15-item geriatric depression scale

(GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among communitydwelling elders. *Journal of Affective Disorders*, pp. 259, 370–375. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.053>

75. Stapleton, P., Chatwin, H., Porter, B., Sheldon, T., & Devine, S. A randomized clinical trial of Emotional Freedom Techniques and cognitive behavioral therapy in the treatment of food cravings. *Applied Psychology: Health and WellBeing*, 2016, 8(2), pp. 232–257.

76. WHO. Global strategy and action plan on ageing and health. <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf>.

77. World Health Organization. WHO Global Network for Age-Friendly Cities and Communities. – Geneva; 2023. – URL: <https://extranet.who.int/agefriendly/> (дата звернення: 18.07.2025).

## ДОДАТОК «А»

Таблиця

## Перелік використаних психо-соціальних методик для дослідження

Назва методики	Ким адаптована в Україні	Мета застосування у магістерській роботі
1	2	3
1. Якість життя (WHOQOL) – BREF (короткий формат)	Опитувальник (2010) успішно використовується у медичних та соціологічних дослідженнях вивчення якості життя різних груп населення, включаючи літніх людей. WHOQOL-BREF (українська)	Оцінює якість життя за 4 доменами: фізичне здоров'я, психологічний стан, соціальні зв'язки, навколишнє середовище.
2. Анкета «Здоровий спосіб життя»	Створена в межах магістерського дослідження.	Структура анкети включає фізичне, психологічне, соціальне та духовне здоров'я та здоровий спосіб життя.
3. Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Клінічна оцінка пам'яті людей похилого віку, Американська психологічна асоціація, 1986 р. Застосовується у геронтологічних дослідженнях, рекомендована МОЗ.	Скринінгова шкала для виявлення депресивних симптомів у людей похилого віку
4. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	Мельник Ю.Б., Стаднік А.В. 2023 р.	Дозволяє кількісно оцінити рівень суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки з боку трьох ключових джерел: сім'ї, друзів та значущої особи (партнера, близького дорослого тощо).

## ДОДАТОК «Б»

Таблиця

**Показники за пунктами WHOQOL-BREF (розподіли, середні значення та SD)**

№	Питання	n	Середній бал (1–5)	SD	Низькі	Нейтра	Високі	Реверскодування
					1–2 (%)	льно 3 (%)	4–5 (%)	
1	Як би ви оцінили свою якість життя?	58	2.86	1.04	31.00	36.20	32.80	ні
2	Наскільки ви задоволені своїм здоров'ям?	57	2.11	0.79	73.70	21.10	5.30	ні
3	Якою мірою ви відчуваєте, що (фізичний) біль заважає вам робити те, що потрібно?	58	3.60	0.87	10.30	29.30	60.30	так
4	Наскільки вам потрібне будь-яке медичне лікування, щоб функціонувати у повсякденному житті?	58	3.10	0.88	25.90	41.40	32.80	так
5	Наскільки ви насолоджуєтесь життям?	58	3.26	0.99	22.40	36.20	41.40	ні
6	Якою мірою ви відчуваєте своє життя значущим?	58	2.78	1.00	32.80	46.60	20.70	ні
7	Наскільки добре ви здатні зосереджуватися?	58	2.97	1.03	31.00	34.50	34.50	ні

8	Наскільки безпечно ви почуваетесь у повсякденному житті?	58	2.72	1.11	37.90	36.20	25.90	ні
9	Наскільки здоровим є ваше фізичне середовище?	58	3.28	0.94	17.20	39.70	43.10	ні
10	Чи вистачає вам енергії для повсякденного життя?	58	2.78	1.05	36.20	36.20	27.60	ні
11	Чи здатні ви прийняти свій зовнішній вигляд?	58	2.19	1.21	65.50	17.20	17.20	ні
12	У вас достатньо грошей, щоб задовольнити свої потреби?	58	2.69	1.21	43.10	27.60	29.30	ні
13	Наскільки вам доступна інформація, яка вам потрібна у повсякденному житті?	58	3.21	1.35	29.30	27.60	43.10	ні
14	Якою мірою ви маєте можливість для активного дозвілля?	58	2.76	1.06	34.50	44.80	20.70	ні
15	Як добре ви здатні пересуватися?	58	2.79	1.14	39.70	32.80	27.60	ні
16	Наскільки ви задоволені своїм сном?	58	2.50	1.00	50.00	31.00	19.00	ні

17	Наскільки ви задоволені своєю здатністю виконувати повсякденну діяльність?	58	2.83	1.19	39.70	27.60	32.80	ні
18	Наскільки ви задоволені своєю працездатністю?	58	2.81	1.15	37.90	31.00	31.00	ні
19	Наскільки ви задоволені собою?	58	2.78	1.10	39.70	31.00	29.30	ні
20	Наскільки ви задоволені своїми особистими стосунками?	58	2.90	1.08	32.80	34.50	32.80	ні
21	Наскільки ви задоволені підтримкою друзів?	58	2.93	0.93	24.10	50.00	25.90	ні
22	Наскільки ви задоволені умовами свого проживання?	58	3.26	1.20	25.90	27.60	46.60	ні
23	Наскільки ви задоволені своїм доступом до медичних послуг?	58	3.02	1.06	29.30	34.50	36.20	ні
24	Як часто у вас виникають негативні почуття, такі як поганий настрій, відчай, тривога, депресія?	58	3.17	1.04	22.40	36.20	41.40	так

## Розподіл відповідей на запитання домену «Фізичне здоров'я»

№ зап.	Питання	Варіант відповіді	Абс. кільк.	У %
3	Якою мірою ви відчуваєте, що (фізичний) біль заважає вам робити те, що потрібно?			
		Зовсім ні	1	1.7
		Трішки	5	8.6
		Помірно	17	29.3
		Дуже сильно	28	48.3
		Надзвичайно	7	12.1
4	Наскільки вам потрібне будь-яке медичне лікування, щоб функціонувати у повсякденному житті?			
		Зовсім ні	1	1.7
		Трішки	14	24.1
		Помірно	24	41.4
		Дуже сильно	16	27.6
		Надзвичайно	3	5.2
10	Чи вистачає вам енергії для повсякденного життя?			
		Зовсім ні	9	15.5
		Трішки	12	20.7
		Помірно	21	36.2
		Переважно	15	25.9
		Повністю	1	1.7
15	Як добре ви здатні пересуватися?			
		Дуже погано	9	15.5
		Погано	14	24.1
		Ні погано, ні добре	19	32.8
		Добре	12	20.7
		Дуже добре	4	6.9
16	Наскільки ви задоволені своїм сном?			
		Дуже погано	9	15.5
		Погано	14	24.1
		Ні погано, ні добре	19	32.8
		Добре	12	20.7
		Дуже добре	4	6.9

17	Наскільки ви задоволені своєю здатністю виконувати повсякденну діяльність?			
		Дуже незадоволений	10	17.2
		Незадоволений	13	22.4
		Ні задоволений, ні незадоволений	16	27.6
		Задоволений	15	25.9
		Дуже задоволений	4	6.9
18	Наскільки ви задоволені своєю працездатністю?			
		Дуже незадоволений	10	17.2
		Незадоволений	12	20.7
		Ні задоволений, ні незадоволений	18	31.0
		Задоволений	15	25.9
		Дуже задоволений	3	5.2

Таблиця

**Розподіл відповідей на запитання домену «Психологічне благополуччя»**

№ зап.	Питання	Варіант відповіді	Абс. кільк.	У %
5	Наскільки ви насолоджуєтеся життям?			
		Зовсім ні	2	3.4
		Трішки	11	19.0
		Помірно	21	36.2
		Дуже сильно	18	31.0
		Надзвичайно	6	10.3
6	Якою мірою ви відчуваєте своє життя значущим?			
		Зовсім ні	8	13.8
		Трішки	11	19.0
		Помірно	27	46.6
		Дуже сильно	10	17.2
		Надзвичайно	2	3.4
7	Наскільки добре ви здатні зосереджуватися?			
		Зовсім ні	6	10.3

		Трішки	12	20.7
		Помірно	20	34.5
		Дуже сильно	18	31.0
		Надзвичайно	2	3.4
11	Чи здатні ви прийняти свій зовнішній вигляд?			
		Зовсім ні	22	37.9
		Трішки	16	27.6
		Помірно	10	17.2
		Переважно	7	12.1
		Повністю	3	5.2
19	Наскільки ви задоволені собою?			
		Дуже незадоволений	9	15.5
		Незадоволений	14	24.1
		Ні задоволений, ні незадоволений	18	31.0
		Задоволений	15	25.9
		Дуже задоволений	2	3.4
24	Як часто у вас виникають негативні почуття, такі як поганий настрій, відчай, тривога, депресія?			
		Ніколи	5	8.6
		Зрідка	8	13.8
		Доволі часто	21	36.2
		Дуже часто	20	34.5
		Завжди	4	6.9

Таблиця

## Розподіл відповідей на запитання домену «Соціальні взаємини»

№ зап.	Питання	Варіант відповіді	Абс. кільк.	У %
20	Наскільки ви задоволені своїми особистими стосунками?			
		Дуже незадоволений	8	13.8
		Незадоволений	11	19.0
		Ні задоволений, ні незадоволений	20	34.5
		Задоволений	17	29.3

		Дуже задоволений	2	3.4
21	Наскільки ви задоволені підтримкою друзів?			
		Дуже незадоволений	6	10.3
		Незадоволений	8	13.8
		Ні задоволений, ні незадоволений	29	50.0
		Задоволений	14	24.1
		Дуже задоволений	1	1.7

Таблиця

## Розподіл відповідей на запитання домену «Довкілля»

№ зап.	Питання	Варіант відповіді	Абс. кільк.	У %
8	Наскільки безпечно ви почуваетесь у повсякденному житті?			
		Зовсім ні	11	19.0
		Трішки	11	19.0
		Помірно	21	36.2
		Дуже сильно	13	22.4
		Надзвичайно	2	3.4
9	Наскільки здоровим є ваше фізичне середовище?			
		Зовсім ні	3	5.2
		Трішки	7	12.1
		Помірно	23	39.7
		Дуже сильно	21	36.2
		Надзвичайно	4	6.9
12	У вас достатньо грошей, щоб задовольнити свої потреби?			
		Зовсім ні	13	22.4
		Трішки	12	20.7
		Помірно	16	27.6
		Переважно	14	24.1
		Повністю	3	5.2
13	Наскільки вам доступна інформація, яка вам потрібна у повсякденному житті?			

		Зовсім ні	9	15.5
		Трішки	8	13.8
		Помірно	16	27.6
		Переважно	12	20.7
		Повністю	13	22.4
14	Якою мірою ви маєте можливість для активного дозвілля?			
		Зовсім ні	9	15.5
		Трішки	11	19.0
		Помірно	26	44.8
		Переважно	9	15.5
		Повністю	3	5.2
22	Наскільки ви задоволені умовами свого проживання?			
		Дуже незадоволений	6	10.3
		Незадоволений	9	15.5
		Ні задоволений, ні незадоволений	16	27.6
		Задоволений	18	31.0
		Дуже задоволений	9	15.5
23	Наскільки ви задоволені своїм доступом до медичних послуг?			
		Дуже незадоволений	6	10.3
		Незадоволений	11	19.0
		Ні задоволений, ні незадоволений	20	34.5
		Задоволений	18	31.0
		Дуже задоволений	3	5.2

## ДОДАТОК «В»

**Відповіді на анкету «Здоровий спосіб життя» для опитування пацієнтів  
Будинку престарілих «Затишок» м. Харків. 2025 рік.**

<b>Кільк. опитан</b>	<b>Назва розділу</b>	<b>Питання респондентам</b>	<b>Відповідь респондентів</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
58	1. Загальні відомості	1.1. Вкажіть Ваш вік	60-64 = 11 осіб; 65-69 = 12; 70-74 = 14; 75-79 = 12; 80 і > = 9
		1.2. Стать	Чоловіча – 18; Жіноча- 40
		1.3. Сімейний стан	Одружений - 8; Самотній – 12; Вдвець – 38; Інше- 0
		1.4. Місце проживання	Місто – 41; Селище – 11; Село- 6
	2. Фізичне здоров'я	2.1. Дайте оцінку стану Вашого здоров'я	Дуже добрий – 0; Добрий – 3; Задовільний – 6; Поганий – 28; Дуже поганий - 21
		2.2. Як часто Ви займаєтесь фізичною активністю чи спортом	Щодня – 0; 3-5 разів на тижд. – 2; 1-2 рази на тижд. – 3; Рідше – 6; Не займаюсь - 47
		2.3. Чи маєте Ви хронічні захворювання ?	Так – 58; Ні- 0

3. Психологічний стан	3.1. Як Ви оцінюєте своє загальне самопочуття останнім часом?	Дуже добре – 0; Добре – 3; Задовільно – 10; Погано – 24; Дуже погано - 21
	3.2. Як часто Ви відчуваєте тривогу, депресію, пригнічення?	Часто – 51; Рідко – 4; Іноді – 3; Ніколи - 0
	3.3. Чи помічаєте Ви зміни у своїй пам'яті?	Так – 48; Часто – 7; Ні- 3
	3.4. Чи можете Ви самостійно виконувати щоденні справи (одягатися, їсти, приймати ліки)?	Так – 9; Частково – 13; Ні- 36
4. Соціальний аспект	4.1. Чи маєте Ви близьких людей, з якими можете поділитися своїми проблемами?	Так – 35; Рідко – 12; Ні- 11
	4.2. Чи берете Ви участь у громадських, волонтерських, клубних або релігійних заходах?	Постійно – 3; 2-3 р. на тиждень – 11; Раз на тиждень – 19; Іноді – 12; Ніколи - 13
5. Духовний аспект	5.1. Чи практикуєте Ви духовні або релігійні практики (молитва,	Щодня – 37; Часто – 9; Іноді – 3; Рідко – 3; Ніколи - 6

6.Здоровий спосіб життя (ЗСЖ)	медитація, читання духовної літератури)?	
	5.2. Наскільки важливим для Вас є відчуття сенсу життя, гармонії, внутрішньої рівноваги?	Дуже важливо – 44; Важливо – 10; Не дуже важливо – 4; Не замислювався - 0
	6.1.Які, з наведених складових ЗСЖ, Ви регулярно практикуєте?	Збалансоване харчування – 9 з 58; Регулярна фізична активність – 10 з 58; Відмова від шкідливих звичок – 9/58; Повноцінний сон – 10/58; Соціальна активність – 10/58; Духовні практики – 43/58
	6.2. Які основні бар'єри заважають вести Вам ЗСЖ?	Фізичні обмеження – 48/58; Матеріальні труднощі – 46/58; Відсутність мотивації – 6/58; Відсутність інформації – 6/58; Самотність – 52/58
	7.1. Чи дотримуетесь Ви правил ЗСЖ?	Так – 30 осіб; Не впевнений – 4; Радше не дотримуюсь – 16; Зовсім не дотримуюсь – 8
	7.2. Які практики ЗСЖ є найскладнішими для дотримання	Раціональне харчування – 48/58; Фізична активність – 51/58; Відмови від тютюнопаління – 8/58; Гігієна сну – 42/58

		<p>7.3. На Вашу думку, які фактори наразі найбільше сприяють збереженню / відновленню Вашого здоров'я?</p>	<p>Спосіб життя – 46/58; Соціальне оточення - 48/58; Фактори здоров'я: спадковість – 46/58; доступність медичних послуг – 56/58; екологічна, епідемічна ситуація – 54/58</p>
		<p>7.4. На чому б Ви фокусувалися, турбуючись про ЗСЖ в сучасних умовах?</p>	<p>Відмові від шкідливих звичок – 7 осіб; Дотриманні існуючих корисних звичок – 45; На формуванні нових – 6</p>
		<p>7.5. Що спонукає Вас дотримуватися ЗСЖ?</p>	<p>Ознаки погіршення здоров'я – 54/58; Слідування особистій меті (напр., повноцінно жити) - 27/58; Усвідомлення руйнівного впливу хронічного стресу - 46/58; ЗСЖ знайомих людей - 44/58; Позитивний досвід подолання ускладнень зі здоров'ям завдяки ЗСЖ - 51/58; Відповідна інформація у соцмережах / на телебаченні – 53/58; Індивідуальна / групова робота із фахівцем - 36/58</p>

**Показники фізичного здоров'я (частотний розподіл відповідей)**

<b>Показник</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
2.1: Дуже добрий	0	0.0
2.1: Добрий	3	5.2
2.1: Задовільний	6	10.3
2.1: Поганий	28	48.3
2.1: Дуже поганий	21	36.2
2.2: Щодня	0	0.0
2.2: 3-5 разів на тижд.	2	3.4
2.2: 1-2 рази на тижд.	3	5.2
2.2: Рідше	6	10.3
2.2: Не займаюсь	47	81.0
2.3: Так	58	100.0
2.3: Ні	0	0.0

**Показники психологічного стану (частотний розподіл відповідей)**

<b>Показник</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
3.1: Дуже добре	0	0.0
3.1: Добре	3	5.2
3.1: Задовільно	10	17.2
3.1: Погано	24	41.4
3.1: Дуже погано	21	36.2
3.2: Ніколи	0	0.0
3.2: Рідко	4	6.9
3.2: Іноді	3	5.2
3.2: Часто	51	87.9
3.3: Так	48	82.8
3.3: Часто	7	12.1
3.3: Ні	3	5.2
3.4: Так	9	15.5
3.4: Частково	13	22.4
3.4: Ні	36	62.1

Таблиця

**Показники соціального аспекту (частотний розподіл відповідей)**

<b>Показник</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
4.1: Так	35	60.3
4.1: Рідко	12	20.7
4.1: Ні	11	19.0
4.2: Постійно	3	5.2
4.2: 2-3 р. на тижд.	11	19.0
4.2: Раз на тижд.	19	32.8
4.2: Іноді	12	20.7
4.2: Ніколи	13	22.4

Таблиця

**Показники духовного аспекту (частотний розподіл відповідей)**

<b>Показник</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
5.1: Щодня	37	63.8
5.1: Часто	9	15.5
5.1: Іноді	3	5.2
5.1: Рідко	3	5.2
5.1: Ніколи	6	10.3
5.2: Дуже важливо	44	75.9
5.2: Важливо	10	17.2
5.2: Не дуже важливо	4	6.9
5.2: Не замислювався	0	0.0

Таблиця

**Показники щодо ЗСЖ (частотний розподіл відповідей)**

<b>Показник</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
6.1: Духовні практики	43	74.1
6.1: Повноцінний сон	10	17.2
6.1: Регулярна фізична активність	10	17.2
6.1: Соціальна активність	10	17.2
6.1: Відмова від шкідливих звичок	9	15.5
6.1: Збалансоване харчування	9	15.5

6.2: Самотність	52	89.7
6.2: Фізичні обмеження	48	82.8
6.2: Матеріальні труднощі	46	79.3
6.2: Відсутність мотивації	6	10.3
6.2: Відсутність інформації	6	10.3
7.1: Фізична активність	51	87.9
7.1: Раціональне харчування	48	82.8
7.1: Гігієна сну	42	72.4
7.1: Відмови від тютюнопаління	8	13.8
7.2: Доступність медичних послуг	56	96.6
7.2: Екологічна, епідемічна ситуація	54	93.1
7.2: Соціальне оточення	48	82.8
7.2: Спосіб життя	46	79.3
7.2: Фактори здоров'я: спадковість	46	79.3
7.3: Так	30	51.7
7.3: Не впевнений	4	6.9
7.3: Радше не дотримуюсь	16	27.6
7.3: Зовсім не дотримуюсь	8	13.8
7.4: Дотримання існуючих корисних звичок	45	77.6
7.4: Відмова від шкідливих звичок	7	12.1
7.4: На формуванні нових	6	10.3
7.5: Ознаки погіршення здоров'я	54	93.1
7.5: Відповідна інформація у соцмережах/на телебаченні	53	91.4
7.5: Позитивний досвід подолання ускладнень зі здоров'ям завдяки ЗСЖ	51	87.9
7.5: Усвідомлення руйнівного впливу хронічного стресу	46	79.3
7.5: ЗСЖ знайомих людей	44	75.9
7.5: Індивідуальна / групова робота із фахівцем	36	62.1
7.5: Слідування особистій меті (напр., повноцінно жити)	27	46.6

## ДОДАТОК «Г»

Таблиця

**Розподіл відповіді респондентів на Скринінгову шкалу депресії у літніх людей (Geriatric Depression Scale (GDS-15) (n = 58)**

Пункт	Скорочений зміст пункту	Так	Ні	Депресивна відповідь	n	%
1	Чи Ви, загалом, задоволені своїм життям?	41	17	Ні	17	29.3
2	Чи відмовилися Ви від своїх занять та інтересів?	50	8	Так	50	86.2
3	Чи відчуваєте Ви, що ваше життя порожнє?	14	44	Так	14	24.1
4	Чи часто Вам буває нудно?	49	9	Так	49	84.5
5	Чи Ви більшу частину часу в гарному настрої?	17	41	Ні	41	70.7
6	Чи боїтеся Ви, що з вами станеться щось погане?	47	11	Так	47	81.0
7	Чи відчуваєтеся Ви щасливими більшу частину часу?	9	49	Ні	49	84.5
8	Чи часто Ви відчуваєтеся безпорадним?	23	35	Так	23	39.7
9	Чи Ви віддаєте перевагу залишатися вдома, а не виходити на вулицю	49	9	Так	49	84.5
10	Чи відчуваєте Ви, у вас більше проблем із пам'яттю, ніж у біл...	11	47	Так	11	19.0
11	Чи вважаєте Ви, що жити зараз чудово?	3	55	Ні	55	94.8
12	Чи відчуваєте Ви себе нікчемним таким, яким ви є зараз?	14	44	Так	14	24.1
13	Чи відчуваєте Ви себе сповненим енергії?	7	51	Ні	51	87.9
14	Чи відчуваєте Ви, що ваша ситуація безнадійна?	7	51	Так	7	12.1
15	Чи вважаєте Ви, що більшість людей живуть краще, ніж ви?	40	18	Так	40	69.0

## ДОДАТОК «Д»

Таблиця

## Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки

№ пит.	Питання для респондента	Відповідь респондента						
		дуже не згодний (-а)	не згод ний (-а)	трохи не згодний(-а)	нейт раль ний (-а)	злегка згод ний (-а)	згод ний (-а)	дуже згод ний (-а)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Вкажіть Ваш вік	60-64 = 11 осіб; 65-69 = 12; 70-74 = 14; 75-79 = 12; 80 і >= 9						
2	Ваша стать	Чол. – 18 Жін. – 40						
3	Ваш сімейний стан	Одружений (на) – 8 Самотній (ня) – 12 Вдівець/вдова – 38 Інше – 0						
4	Ваше місце проживання	Місто – 41 Селище – 11 Село – 6						
		Відповідь респондента						
1	Є хтось, хто поряд, коли я в біді	2	3	12	12	15	9	5
2	Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі	3	4	7	15	14	12	3
3	Моя сім'я насправді хоче мені допомогти	3	6	10	12	11	11	5
4	Я отримую емоційну підтримку, в якій маю	3	6	12	15	7	12	3

	потребу, від моєї сім'ї							
5	У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре	3	5	9	15	9	11	6
6	Мої друзі насправді намагаються мені допомогти	3	7	12	13	10	7	6
7	Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано	3	6	10	16	8	9	6
8	Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю	3	5	10	14	9	12	5
9	У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі	3	7	12	17	12	5	2
10	Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття	3	6	12	17	8	7	5
11	Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень	3	8	11	16	11	6	3
12	Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями	2	7	16	15	6	9	3

## Частоти відповідей за пунктами MSPSS (n = 58)

Пункт	Твердження	1	2	3	4	5	6	7
1	Є хтось, хто поряд, коли я в біді	2	3	12	12	15	9	5
2	Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі	3	4	7	15	14	12	3
3	Моя сім'я насправді хоче мені допомогти	3	6	10	12	11	11	5
4	Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї	3	6	12	15	7	12	3
5	У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре	3	5	9	15	9	11	6
6	Мої друзі насправді намагаються мені допомогти	3	7	12	13	10	7	6
7	Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано	3	6	10	16	8	9	6
8	Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю	3	5	10	14	9	12	5
9	У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі	3	7	12	17	12	5	2
10	Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття	3	6	12	17	8	7	5
11	Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень	3	8	11	16	11	6	3
12	Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями	2	7	16	15	6	9	3

## ДОДАТОК «Е»

## Отримані Сертифікати



**CERTIFICATE**  
of participation

**Olga Neshchenko**

took part in the 1st International Scientific and Practical Conference  
«THE FUTURE OF SCIENCE: EMERGING RESEARCH  
AND TECHNOLOGICAL INNOVATIONS»

12 Hours of Participation  
(0,4 ECTS credits)

Head of the  
organizing committee  
**Helen Volokitina**

EOSS-25.0616-036 June 16-18, 2025, Helsinki, Finland

European Open Science Space logo and QR code (eoss-conf.com) are also visible.



**ВСЕУКРАЇНЬСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ**  
"Асоціація працівників лікарняних кас України"  
(провайдер заходів безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я №2404)

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

**СЕРТИФІКАТ**  
2025-2404-1011445-000739

**НЕЩЕНКО ОЛЬГА ОЛЕКСАНДРІВНА**

брала участь (зі стендовою доповіддю) у науково-практичній конференції з міжнародною участю «Роль та місце лікарняних кас на етапі трансформації системи охорони здоров'я України (до 25-річчя утворення благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області»), яка відбулася 24 липня 2025 року (формат заходу - поєднання особистої та дистанційної участі).

Кількість балів БПР - 10\*. Кількість кредитів ЄКТС - 0,4.

Валентин ПАРІЙ  
Голова Правління,  
професор, заслужений лікар України

Сергій ГРИЩУК  
Виконавчий директор,  
к.мед.н., доцент

\* Нарахування балів безперервного професійного розвитку згідно із наказом МОЗ України від 18.04.2025 № 650 "Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України"



# CERTIFICATE of participation



*Ольга Олександрівна Неценко*

took part in the 4<sup>th</sup> International Scientific and Practical Conference  
«MODERN PERSPECTIVES ON GLOBAL SCIENTIFIC SOLUTIONS»

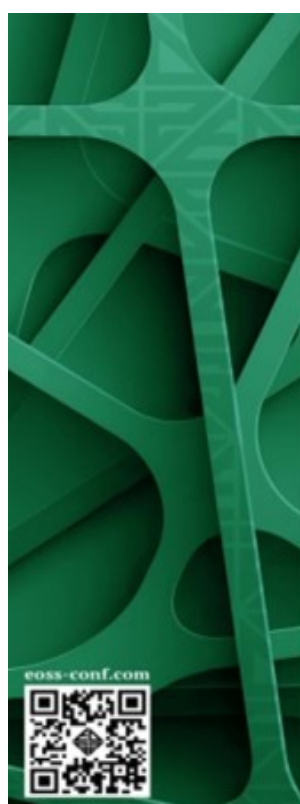
12 Hours of Participation  
(0,4 ECTS credits)



Head of the  
organizing committee  
**Helen Volokitina**



EOSS-25/0804-017 August 4-6, 2025, Bergen, Norway



# CERTIFICATE of participation



*Ольга Олександрівна Неценко*

took part in the 3<sup>rd</sup> International Scientific and Practical Conference  
«SCIENTIFIC INNOVATION: THEORETICAL INSIGHTS  
AND PRACTICAL IMPACTS»

12 Hours of Participation  
(0,4 ECTS credits)

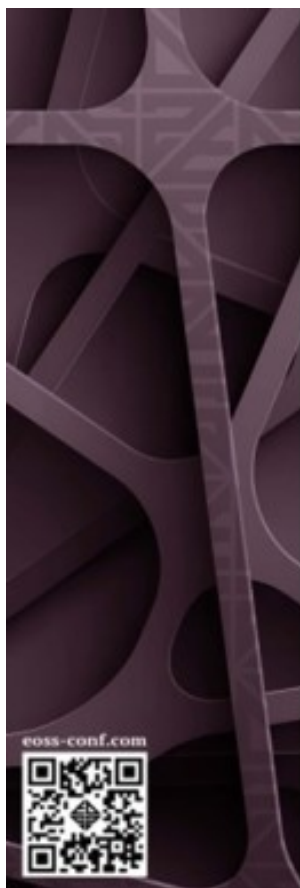


Head of the  
organizing committee  
**Helen Volokitina**



EOSS-25/0811-017 August 11-13, 2025, Naples, Italy





# CERTIFICATE of participation



*Ольга Олександрівна Нещенко*

took part in the 2<sup>nd</sup> International Scientific and Practical Conference  
«INNOVATIONS IN SCIENCE: FROM THEORETICAL  
FOUNDATIONS TO PRACTICAL IMPACT»

24 Hours of Participation  
(0,8 ECTS credits)

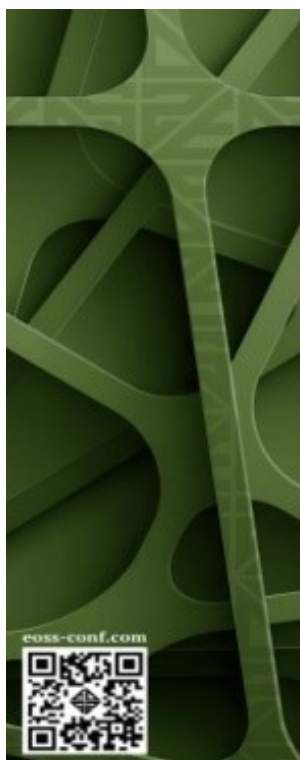


Head of the  
organizing committee  
**Helen Volokitina**



EOSS-25/0901-017

September 1-3, 2025, Antwerp, Belgium



# CERTIFICATE of participation



*Ольга Олександрівна Нещенко*

took part in the 5<sup>th</sup> International Scientific and Practical Conference  
«EVOLVING SCIENCE: THEORIES, DISCOVERIES  
AND PRACTICAL OUTCOMES»

24 Hours of Participation  
(0,8 ECTS credits)



Head of the  
organizing committee  
**Helen Volokitina**



EOSS-25/0908-013

September 8-10, 2025, Zurich, Switzerland





# CERTIFICATE of participation



*Ольга Олександрівна Неценко*

took part in the 2<sup>nd</sup> International Scientific and Practical Conference  
**«CURRENT CHALLENGES IN SCIENTIFIC RESEARCH»**

24 Hours of Participation  
(0,8 ECTS credits)



Head of the  
organizing committee  
**Helen Volokitina**



EOSS-25/1201-101

December 1-3, 2025, Wrocław, Poland





МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ЖИТОМІРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ ЖИТОМІРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ  
УЖГОРОД, 27 лютого 2026 РОКУ



# СЕРТИФІКАТ № 69-2026

отримала

*Неценко Ольга*

за участь у


**VI ВСЕУКРАЇНСЬКІЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНІЙ КОНФЕРЕНЦІЇ**

з міжнародною участю

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ТА НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ  
МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ»**

*загальною тривалістю 6 годин*

27 лютого 2026 року  
м. Ужгород

Проректор з наукової роботи  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
д. мед. наук, професор  
  
Іван МИРОНЮК