

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІНГВІСТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра психології і туризму

Кваліфікаційна робота магістра
на тему:
«Психосоціальні аспекти прихильності до здорового способу життя»

Допущено до захисту

«___»

Студентки (та) групи ПС 01-22
факультету туризму, бізнесу і
психології
освітньої програми
Психологічні дослідження і
консультування
за спеціальністю 053 Психологія
Скляр Марії Юріївни

Завідувач кафедри
психології і туризму
доктор психологічних наук, проф.
Бондаренко Олександр
Федорович

Науковий керівник:
Завідувач кафедри
психології і туризму
доктор психологічних наук, проф.
Бондаренко Олександр Федорович

Національна шкала _____

Кількість балів _____

Оцінка ЄКТС _____

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
KYIV NATIONAL LINGUISTIC UNIVERSITY
Chair of Psychology and Tourism

Degree in Psychology
on the topic:
«Psychosocial aspects of adherence to a healthy lifestyle»

*Admitted to the defence of
a thesis*
« » _____

Student of group PS 01-22
Department of Translation
educational and professional
program
Psychological research
and counseling
Speciality: 053 Psychology

Skliar Mariia Yuriyivna

Head of Department
psychology and tourism
doctor of psychological sciences,
prof. Bondarenko Alexander
Fedorovich

Research Adviser:
Head of Department
psychology and tourism
doctor of psychological sciences,
prof. Bondarenko Alexander
Fedorovich

(signature) *(Full name)*

National scale _____
Scores _____
ECTS _____

Анотація

Кваліфікаційна робота магістра на тему: «**Психосоціальні аспекти прихильності до здорового способу життя**»

Об'єкт дослідження – прихильність до здорового способу життя.

Предмет – психосоціальні аспекти прихильності до здорового способу життя.

Метою даної роботи є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психосоціальні аспекти прихильності до здорового способу життя.

Робота складається з 3 розділів:

У першому розділі розглянуті теоретичні основи поняття здорового способу життя, проведений аналіз психосоціальних аспектів які впливають на прихильність до здорового способу життя.

У другому розділі проведено методологічне обґрунтування та процедура проведення емпіричного дослідження, описані етапи дослідження та психодіагностичні методики.

У третьому розділі представлені результати емпіричного дослідження психосоціальних аспектів прихильності до здорового способу життя та розроблені рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, прихильність до здорового способу життя, соціальні аспекти прихильності до здорового способу життя, психологічні аспекти прихильності до здорового способу життя.

Annotation

Qualifying work of the master on the topic: "Psychosocial Aspects of Adherence to a Healthy Lifestyle"

The object of research: adherence to a Healthy Lifestyle.

Subject: psychosocial Aspects of Adherence to a Healthy Lifestyle.

The purpose of this work is to heoretically substantiate and empirically investigate the psychosocial aspects of adherence to a healthy lifestyle.

The work consists of 3 sections:

The first section considers the theoretical foundations of the concept of a healthy lifestyle are discussed, and an analysis of the psychosocial aspects influencing adherence to a healthy lifestyle is conducted.

The second section provides methodological justification and the procedure for conducting empirical research, describing the stages of the study and psychodiagnostic methodologies.

The third section presents the results of the empirical study of psychosocial aspects of adherence to a healthy lifestyle and provides recommendations for enhancing adherence to a healthy lifestyle.

Keywords: healthy lifestyle, adherence to a healthy lifestyle, social aspects of adherence to a healthy lifestyle, psychological aspects of adherence to a healthy lifestyle.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
АНОТАЦІЯ.....	1
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	8
1.1. Аналіз поняття «здорового способу життя».....	8
1.2. Еволюція психологічної культури здорового способу життя.....	11
1.3 Психологічні аспекти прихильності до здорового способу життя.....	20
1.4 Соціальні аспекти прихильності до здорового способу життя.....	25
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	33
2.1. Організація та етапи дослідження.....	33
2.2 Опис психодіагностичних методик.....	35
Висновки до другого розділу.....	47
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ПРИХИЛЬНОСТІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	49
3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	49
3.2 Методичні рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя.....	62
Висновки до третього розділу.....	70
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

ВСТУП

Актуальність дослідження психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя є дуже актуальною в сучасному суспільстві.

Психосоціальні аспекти прихильності до здорового способу життя також є важливим питанням для психологічних досліджень.

На початку нового тисячоліття та в кінці минулого століття суспільне життя багатьох країн, включаючи Україну, зіткнулося з новими реаліями. Отримання незалежності, демократизація та перехід до ринкових відносин створили не лише можливості для розвитку, але й виклики перехідного періоду. Ці виклики вплинули на стан здоров'я населення України і вимагають уваги до формування здорового способу життя як на індивідуальному, так і на державному рівнях.

Сучасний етап розвитку нашого суспільства супроводжується демографічною кризою, скороченням тривалості життя і погіршенням фізичного та психічного здоров'я населення. Ця ситуація викликає серйозні обурення у багатьох вчених і фахівців. Щоб вирішити ці проблеми і зміцнити здоров'я населення, необхідно використовувати багатий історичний досвід людства.

Спільно залучати до цього завдання кращі світові досягнення в галузі науки та практики, щоб розробити біологічно та соціально перспективні моделі збереження здоров'я. Це стає особливо актуальним у зв'язку з критичною ситуацією, яка склалася зі здоров'ям населення в Україні.

Підтримка здорового життя є важливою умовою поведінки самозбереження особистості. На жаль, останніми роками все частіше спостерігаються негативні тенденції зниження рівня здоров'я населення. Не останню роль цьому процесі відіграє недостатність уваги до важливості дотримання принципів здорового способу життя у суспільстві. Тим часом, підтримка здоров'я населення – першорядне завдання сучасності, яке потребує комплексного підходу до пошуку рішень із залученням фахівців різних наукових сфер.

Проблеми підтримки здорового способу життя можна розглядати з позиції медицини, психології, фізіології, соціальної роботи, з використанням різних визначень і класифікацій, що склалися у тих чи інших наукових школах. Сьогодні соціально-психологічні проблеми здоров'я є актуальними та розробляються рядом багатьох сучасних дослідників.

По-перше здоров'я та якість життя є важливими аспектами для багатьох людей. Підтримка здорового способу життя допомагає підвищити загальний рівень благополуччя особистості.

По-друге сучасний світ стикається з епідеміями таких хвороб як ожиріння, цукровий діабет та серцево-судинні захворювання. Посилення прихильності до здорового способу життя може допомогти у вирішенні цих проблем.

Наступна причина це дослідження психосоціальних чинників. Важливо дослідити які саме психосоціальні чинники впливають на формування прихильності до здорового способу життя у людей.

Також ми можемо сказати, що профілактика хвороб завдяки здоровому способу життя є більш ефективною та вигіднішою ніж лікування.

Остання причина яку ми хочемо виділити, це психологічний добробут людини. Розуміння психосоціальних аспектів прихильності до здорового способу життя допомагає покращити психологічний стан людей та підвищити їхній добробут.

Таким чином, дослідження психосоціальних аспектів прихильності до здорового способу життя є надзвичайно актуальним і важливим для суспільства і може призвести до покращення якості життя і збереження здоров'я людей.

Це питання розглядається в роботах як вітчизняних, так і зарубіжних вчених.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психосоціальні аспекти які впливають на прихильність до здорового способу життя.

Відповідно до поставленої мети дослідження визначено такі **завдання**.

- 1) Розглянути питання поняття «здорового способу життя».
- 2) Зробити огляд еволюції психологічної культури здорового способу життя.
- 3) Здійснити теоретичний аналіз психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя.
- 4) Аналізуючи існуючі дослідження з зазначеної проблеми, визначити методологію та процедуру і особливості вивчення психосоціальних аспектів здорового способу життя.
- 5) Розробити алгоритм експерименту з діагностики психосоціальних аспектів які впливають на прихильність до здорового способу життя.
- 6) Проаналізувати та інтерпретувати результати дослідження.
- 7) Розробити методичні рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що на прихильність до здорового способу життя значною мірою впливають психосоціальні аспекти.

Об'єктом дослідження виступає прихильність до здорового способу життя.

Предметом дослідження виступають психосоціальні аспекти прихильності до здорового способу життя.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психосоціальні аспекти прихильності до здорового способу життя.

Для досягнення окресленої мети і вирішення завдань дослідження було використано комплекс методів:

теоретичні: інтерпретаційно-аналітичний метод, метод теоретичного узагальнення, на основі яких здійснювалися вивчення та аналіз праць вітчизняних та зарубіжних дослідників з досліджуваної теми, що дало змогу виявити сукупність концептуальних поглядів, покладених в основу дослідження, а також теоретично обґрунтувати результати емпіричного дослідження,

емпіричні: психологічні методики поглибленої діагностики психологічних особливостей особистості дорослих людей; спостереження;

статистичні: методи математико-статистичної обробки результатів, кількісна та якісна обробка даних.

Для емпіричної частини дослідження були використані такі методики як опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО), в адаптації В. П. Зайцева, Метод портретних виборів Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик та «Опитувальник для пацієнтів».

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані у подальших наукових дослідженнях та в розробці ефективних програм популяризації прихильності здорового способу життя і збереження здоров'я населення.

Структура роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

1.1 Аналіз поняття «здорового способу життя»

Якщо говорити про поняття «здорового способу життя», у його визначені потрібно враховувати два фактори. Перший – генетична природа людини, другий – відповідальність людини до конкретних умов її життєдіяльності [24].

На психологічному рівні, здоров'я людини тісно пов'язано з її особистістю.

Психічне здоров'я людини порушується через домінування рис характеру, які є негативними за своєю сутністю, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо. Ми можемо зазначити, що перехід від психічного до соціального рівня є досить умовним. Психічні властивості особистості не можуть існувати поза межами системи суспільних відносин, у яку ця особистість включена.

Людина розглядається саме як суспільна істота, і відповідно до цього, на першому плані виступає питання впливу соціуму на здоров'я особистості та формуванні в неї прихильності до здорового способу життя [11].

Система здорового способу життя включає в себе багато взаємопов'язаних елементів, які спираються на принципи культури харчування, емоцій, виховання тощо, а не тільки на дотримання певної технології оздоровлення людини.

Проаналізувавши визначення поняття здорового способу життя пересічними громадянами, ми можемо відзначити велику різноманітність, серед якої виділяються наступні спільні риси. Це оптимальне поєднання праці і відпочинку, заняття спортом та дотримання активного способу життя, відмова від шкідливих звичок, дотримання повноцінного та корисного раціону, дотримання особистої гігієни, навколишня екологія місця проживання та переживання емоцій щастя і задоволення від власного життя.

Здоровий спосіб життя – це певний стиль існування, при якому дотримуються певні методи впливу на організм, що збільшує рівень

життєздатності організму, допомагає його вдосконалити та надає можливість використовувати потенціал організму без завдання йому шкоди, також активність та можливості організму зберігаються до самої старості [18].

Ми можемо визначити, що здоровий спосіб життя це комплексний спосіб життєдіяльності людей який направлений та підтримку різних функцій особистості. До них входять: фізичні, психічні, соціальні, моральні та трудові функції. У розумінні сучасних науковців, здоровий спосіб життя відходить від поняття вузького феномену здоров'я, в першу чергу здоровий спосіб життя визначається як психосоматичний феномен, який обов'язково пов'язаний з людськими взаємовідносинами, соціальним самовизначенням людини, рівнем її саморегуляції та її способами виходу з конфліктних ситуацій.

Виходячи із цього, поняття «здоровий спосіб життя» визначимо таким чином: це частина загальної культури людини, що характеризується високим рівнем спеціальних знань і мотиваційно-ціннісних орієнтації, набутих у результаті виховання [18].

У наукових працях, що присвячені можливим питанням проблеми формування здорового способу життя, спостерігається тенденція до переосмислення способів вирішення цього питання, що зміщує акцент наукового пошуку з медичної сфери в педагогічну. Вивченню цього питання присвячені роботи таких вчених: Р.І. Айзман, Е.Н. Вайнер, Г.К. Зайцев, Е.М. Казін, Л.Д. Козлова, Т.В. Кружиліна, Г.І. Семікін, А.Т. Смирнов, Л.Г. Татарникова, З.І. Чуканова та ін.

Загальні теоретичні питання що відображають зміст категорій «здоров'я», «здоровий спосіб життя», «формування здорового способу життя», стратегічні орієнтири, шляхи та умови формування навичок здорового способу життя студента розглянуто в роботах Г. Анасенка, С. Бондаревського, О. Дубогай, С. Кириленко В. Новосельського, В. Платонова, В. Оржеховської. Основна частина питань виховання навичок здорового способу життя (ЗСЖ) розкривається в дослідженнях В. Артемова, В. Моченова, Р. Баєвського, В. Войтенко. Соціально-медичні аспекти формування здорового способу життя

викладені в публікаціях М. Амосова, І. Брехмана, Ю. Лисицина, В. Ліщука, Е. Мосткова; психологопедагогічні – в дослідженнях Т.Є. Бойченко, Г.П. Голобородько, М.Є. Кобринського, Т.Ю. Круцевич, С.В. Лапаєнко, В.М. Оржеховської, Ю.Т. Похолінчука, В.В. Радула, С.О. Свириденко, М.С. Солопчука [9].

Шляхи та умови формування ЗСЖ у молоді вивчали: О.В.Вакуленко, Г.І.Власюк, Н.Н.Завидівська, В.В.Нестеренко та ін

До складових здорового способу життя, ми можемо віднести наступні складові:

- відсутність шкідливих звичок (до них відносяться тютюнова, алкогольна, наркотична залежність, безладні та небезпечні статеві стосунки);
- усвідомлення цінності здоров'я (домінування духовного пріоритету та відповідна психічна установка);
- збалансоване харчування (оптимальна кількість питної води, вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів та харчових добавок);
- побут (якість житла, наявність умов для пасивного та активного відпочинку, рівень комфорту для психічної та фізичної безпеки);
- умови праці (наявність на роботі умов для професійного розвитку, наявність стимулів для професійного розвитку, забезпечення безпеки у фізичному та психічному аспекті);
- рухова активність (включення в життя фізичної культури, спорту, різноманітних систем оздоровлення та застосування відновлення після фізичних та психічних навантажень) [22].

Поняття «здоровий спосіб життя» включає в себе розгляд різних аспектів та факторів, які впливають на здоров'я та загальний стан людини. Це багатоплановий підхід, який охоплює різні аспекти фізичного, психологічного та соціального благополуччя. Відповідно до цього вивчення «здорового способу життя» детермінується різними аспектами, зокрема:

- вивчення фізичних аспектів, таких як харчування, фізична активність, відпочинок, сон, гігієна та заборони. Важливо досліджувати вплив різних факторів на фізичне здоров'я, такі як хвороби, дієта, регулярна фізична активність і таке інше;

- аналіз факторів, які впливають на психічний стан і емоційний стан людини. Це включає в себе вивчення стресу, депресії, адаптації до негативних життєвих обставин, психологічного підтримання та психологічної рівноваги;

- Розгляд аспектів взаємодії людини з соціальним оточенням, включаючи відносини з родиною, друзями та спільнотою, а також аспекти суспільства, які можуть впливати на здоров'я (наприклад, вплив оточуючого середовища на здоров'я);

- дослідження того, як різні культури та соціальні групи сприймають та практикують «здоровий спосіб життя»; і які особливості можуть бути в різних частинах світу;

Отже, вивчення цього поняття має на меті розуміння та покращення здоров'я та якості життя людей через науковий аналіз та розробку рекомендацій щодо здорового способу життя.

1.2 Еволюція психологічної культури здорового способу життя

Ми можемо стверджувати, що здоров'я є основною та фундаментальною загальнолюдською цінністю. Здоров'я може характеризувати не лише стан людини, але і стратегію її життя.

Р. Березовська та Л. Куліков зазначили, що те, як людина ставиться до свого здоров'я, є відображенням оцінки індивідом свого психічного або фізичного стану. Ставлення до свого здоров'я є системою індивідуальних зв'язків особистості з явищами навколишньої дійсності, що можуть як сприяти, так і загрожувати здоров'ю [19].

Здоровий спосіб життя - це певний стиль існування індивіда. Цей стиль включає в себе застосування певних методів впливу на організм. Завдяки цьому рівень життєздатності організму стає оптимальним, з'являються можливості постійного вдосконалення організму та стає можливим використання

потенціалу організму, яке не буде завдавати йому шкоди. При здоровому способі життя також стає можливим збереження активності організму та його можливостей до самої старості.

Ми можемо сказати, що здоровий спосіб життя являє собою певний комплексний спосіб життєдіяльності, він спрямований на гармонійну підтримку як фізичних функцій людини, так і психічних, соціальних і моральних функцій.

Перед тим як розглянути, яке саме уявлення ми маємо про здоровий спосіб життя, ми хочемо розглянути приклади того, що раніше вважалось правильним та здоровим стилем для людей.

Ми можемо стверджувати, що поняття здорового способу життя є частиною загальної культури людей, яке визначається рівнем розвитку соціальних знань та моральних і ціннісних орієнтацій, які були набуті людьми.

Для свого дослідження, ми аналізували роботи багатьох вчених, які досліджували історичні аспекти виникнення та формування здорового способу життя.

Значне місце в історії розвитку людства займають саме знання про здоров'я, методи його збереження та зміцнення. Також, ми можемо помітити, що в залежності від культури та етнографічних особливостей різних народів, спостерігаються різні тенденції досягнення здоров'я.

Протягом всієї історії людства гостро постає питання, як досягти високого рівня розвитку свого здоров'я задля збільшення тривалості життя людей та отримання можливості мати сильне і життєздатне потомство. Шляхи розв'язання цього питання відрізнялись в залежності від існуючих економічних та культурних умов [12].

Найбільш ранньою цивілізацією, яка зробила перші кроки до усвідомлення причинного зв'язку між станами "здоров'я-хвороба" і способом життя, була вавилонська (IV тис. років до н.е.). Так як в той час наука ще не набула певної організованої форми, їх уявлення про причини хвороб було суто магічним. А лікування та оздоровлення мало форму певної релігійної практики.

Проте саме вавилоняни зробили великий крок в розумінні зв'язку способу життя та здоров'ям, вони почали досліджувати історії пацієнтів та вибудовувати зв'язки між їх стилем життя і хворобами. Простими словами, вони були першими, хто започаткував практику анамнезу [23].

Аналіз єгипетської цивілізації показує нам, що вже в ті часи єгиптяни застосовували так звану "атмосферу для хворих". В своїх храмах на честь цілителя, де вони розміщували хворих, вони застосовували такі прийоми як емоційне розвантаження хворих, культура їх дозвілля та надання позитивних емоцій. Вони вірили, що сприятливі умови можуть допомогти не лише в зціленні, але і в зміцненні здоров'я.

Хоча в ті часи не існувало такого поняття, як здоровий спосіб життя, ми вже можемо бачити, що їхнє бачення "зцілення та зміцнення здоров'я" містить компоненти, які можна назвати актуальними й в наш час.

У Стародавній Іудеї хвороби та зцілення визначались вірою в єдиного Бога. Старий Заповіт приніс людям розуміння зв'язку між станом "хвороба" та "здоров'я". Джерелом та причиною в цьому зв'язку виступав Бог. Вони вірили, що хвороби посилалися людям як покарання за певні гріхи, які полягали в порушенні правильного способу життя. І лише коли людина ставала на правильний шлях, Бог дарував їй прощення, тобто зцілення.

В Біблії велика увага приділялась правилам правильного харчування та дотриманню особистої гігієни людини, а здобуття людиною духовності тісно перепліталось зі свідомим ставленням людини до свого здоров'я, а також дотримання правил і норм певного здорового способу життя задля його зміцнення [23, 12].

Для Стародавньої Індії була притаманна ідея відмови від радостей на землі, що давало змогу пізнати у майбутньому інше життя. Їх мета полягала в повному відстороненні від будь-яких земних пристрастей. Вони відкидали ідею реалізації себе в земному житті та пошуку певної внутрішньої гармонії. Такий погляд на життя довгий час був досить незрозумілим для культурних традицій

народів Заходу, тому що в їхній культурі людина виступала як активний творець своєї долі.

Проте після популяризації вчення буддизму на Заході, люди стали більш прихильні до концепції східної філософії життя. Основні твердження в концепції духовного життя людини за буддизмом полягають у наступному: "щоб позбутися страждань, необхідно вести добродієсне життя за законами правильної поведінки і знання".

"Правильна поведінка" підпорядковується наступним принципам:

- не вбивай і нікому не шкодь;
- не кради;
- не бреш;
- не прелюбодій;
- не вживай напоїв, що дурманять.

Адепти будизму вірять, що дотримання цих принципів допоможе людині досягнути фізичного та духовного здоров'я, а також приведе її дух до безсмертя [22].

Також цікавим для розгляду є учення про людину, її зв'язок між здоров'ям та здоровим способом життя, яке було представлено в системі оздоровлення Стародавнього Китаю. Ми можемо назвати це вчення прототипом сучасного системного підходу до вивчення людини та її здоров'я.

В Стародавньому Китаї була розроблена концепція єдиного організму. Вони досліджували зв'язок між психічним та фізичним станом, відкрили взаємозв'язок окремого органа в тілі людини з усім організмом. На цій основі було побудоване їх розуміння станів здоров'я та хвороби та досліджувалися умови активного довголіття. Для докладного вивчення їх концепцій ми можемо звернутися до вчення про два світових начала – «їнь» і «ян», про канали організму, про п'ять первісних елементів та енергію [23].

Якщо узагальнити все вищезазначене, ми можемо виділити основні досягнення давніх цивілізацій у нашій темі. А саме виявлення зв'язку між

способом життя людини та станом здоров'я організму, а також перші методи профілактики хвороб душі та тіла. Вони створили певні правила, які мали позбавити людей фізичного та психічного страждання і подарувати довге та щасливе життя на землі.

Сучасне розуміння взаємозв'язку між способом життя людини та її здоров'я побудоване на міркуваннях представників давніх цивілізацій і суттєво доповнене вченнями корифеїв класичної епохи [23, 12, 22].

У період Середньовіччя на перший план виходив саме духовний компонент структури способу життя людини. В цей час ми можемо спостерігати дивне поєднання різних досить суперечливих течій, таких як греко-римські ідеї, ранньохристиянський рух, демонологія та культурні ідеї Сходу.

У ті часи релігія мала значний вплив на всі сфери життя віруючих людей. Християнство вивело на передній план абсолютно новий тип людини, яка повинна вміти відмовитися від абсолютно всіх матеріальних благ і ставити духовні цінності на перше місце. У цей складний період для науки основною задачею вчених стало не розроблення нових ідей, а намагання зберегти наукову спадщину.

Лише винятково відбувалися спроби арабських учених внести нове в науку авторитетів, яка суворо охоронялася схоластами і монахами [22].

Арабські вчені намагалися не лише осмислити античну ідею єдності фізичного і духовного здоров'я: "У здоровому тілі – здоровий дух", але й розвинути її, адаптуючи до умов своєї життєдіяльності. Найбільшою популярністю серед своїх сучасників і нащадків користувався Авіценна (980 – 1037), який виклав власну систему поглядів на зв'язок між способом життя і здоров'я.

Авіценна вважав такі фактори визначальними для збереження здоров'я:

- Врівноваженість природи.
- Вибір їжі та пиття.
- Очищення (тіла) від надлишків.

- Збереження правильної структури тіла.
- Покращення того, що вдихається через ніс.
- Пристосування одягу.
- Врівноваженість фізичних і душевних рухів [24].

Авіценна висловив цікаву думку про збереження здоров'я як мистецтво, яке дозволяє тривати життя до природної смерті, шляхом створення сприятливих умов для організму. Він підкреслив, що збереження здоров'я та продовження життя відповідають людині і є предметом її власної турботи.

Проте практичні методи Авіценни мало використовувалися в Європі того часу через домінування релігійних підходів до лікування, які визнавали монахів як єдиних лікарів для душі та тіла. Великий вплив релігії і духовних практик призвів до знецінення гігієнічних та медичних знань, які вивчалися і розвивалися в ісламському світі.

Середньовіччя, незважаючи на свої регресивні аспекти, також сприяло глибокій рефлексії щодо здорового способу життя. Цей період призвів до повернення уваги до важливості релігії та християнської етики в житті людини, а також відкрив можливість вибору шляху до духовності як умови гармонізації фізичного, психічного і духовного здоров'я.

Наступним етапом у напрямку розуміння значущості особистості людини в організації її життєдіяльності та пропагування свідомого вибору власного способу життя були досягнення гуманістів Ренесансу. Наприкінці XIII століття у Європі розпочався період Відродження. В цей час думки європейців обминали середньовічні догми, і знову, як за часів греків, відбулося переосмислення людини, її здоров'я та способу життя відповідно до реальності. У цьому періоді віра в розум людини та її здатність досліджувати себе та свої проблеми через спостереження та аналіз відновилися. Це безумовно сприяло новим досягненням у розумінні значення здорового способу життя для людини.

Відкриття цього періоду заохочувало вчених до проведення нових досліджень та систематизації у галузі вивчення складових здорового способу

життя і вивчення його впливу на здоров'я людини. Внесок учених і практиків XVII століття полягав у тому, що вони акцентували увагу на ролі розуму в спробах людини осмислити своє існування, зокрема на контролі над силами природи, які регулюють життєдіяльність організму, а значить, і на здоров'я. У більшості праць вчених цього періоду і далі досліджувався аксіологічний аспект поняття "здоров'я" та шляхи досягнення здорового способу життя. XVII століття характеризувалося стрімким розвитком промислового виробництва та змінами у суспільних відносинах. Сам спосіб життя людини стрімко змінювався. Головною рисою XVIII століття можна вважати те, що віра в розум оволоділа всіма верствами суспільства. Важливою подією того часу стало створення І. Кантом (1724 – 1804 рр.) власної програми зміцнення здоров'я, яку він виклав у трактаті "Про здатність людського духу силою лише твердої волі перемагати хворобливі відчуття". У цьому періоді також продовжував функціонувати теологічний підхід до формування здорового способу життя. Представники цього підходу прагнули обґрунтувати взаємозв'язок формування здорового способу життя з соціальними умовами проживання людини та пристосувати цей підхід до життя віруючих. Особлива увага приділялася дослідженню необхідних умов для збереження і зміцнення фізичного і духовного здоров'я людини."

Також ми можемо бачити, що велика кількість підтверджень важливості здорового способу життя зустрічається в билинах слов'янських народів. Одним з основних мотивів цих билин виступає прославлення гарного фізичного розвитку, вправності та витривалості. Про цінність здоров'я людини свідчать образи героїв билинного епосу, серед яких – Ілля Муромець, Добриня Микитович і Альоша Попович. Вони наділені високими моральними, вольовими і фізичними якостями.

Якщо ми пригадаємо різних персонажів з українських казок, легенд та дум, то ми можемо помітити, що всі вони наділені надзвичайною фізичною силою: Кирило Кожум'яка, Байда, Котигорошко, Вернидуб. Всіх цих героїв

поєднує така спільна риса як богатирська сила та її поєднання з відданістю і бажанням допомагати людям.

Українські традиції, пов'язані з здоровим способом життя, мають свої культурологічні, історичні, релігійні та соціальні витоки [31]. Важливе, навіть чільне, місце у способі життя наших предків посідала праця. Це хліборобство, скотарство, садівництво, бджільництво та інші галузі господарювання. Поєднання раціонально організованої праці та відпочинку, які постійно чергувались між собою, мало досить позитивний вплив на здоров'я людей. Також досить великий оздоровчий потенціал мають дохристиянські вірування та культу українського народу. Цей потенціал полягає у тісному зв'язку з природою. Прадавні українці досконало знали природу, яка їх оточувала, та намагалися жити в гармонії з нею. Існував річний ритуальний календар, за допомогою якого духовне життя давніх слов'ян синхронізувалося із природно-космічними ритмами. Перед кожним святом заздалегідь готувалися, включаючи чищення та прибирання домівок, щоб вивести з хати всяку "нечисть". Поступово накопичувався досвід лікування хворих.

Давні народні рецепти запобігання недугам та їх лікування і сьогодні широко використовуються в галузі «нетрадиційної» медицини. Також ми можемо зазначити, що культура та традиції нашого народу мають тісний зв'язок з релігійними віруваннями. Візьмемо для прикладу православні пости, які для великої верстви населення України, є актуальними і досі. Деякі православні пости по часу своєї тривалості іноді сягали майже півроку. Це призвело до появи в українській кухні різноманіття страв з риби та рослинних продуктів, а також до поширеного застосування саме рослинної олії. Впродовж віків була сформована велика різноманітність принципів здорового харчування в українців. Їжа була добре збалансована, різноманітна та містила високу біологічну цінність. Також дотримувався певний режим харчування [31]. Також якщо ми згадаємо традиційні ігри з нашого дитинства, такі як «квач», «гуси-лебеді», «піжмурки» та багато інших, ми можемо звернути увагу, що всі вони досить рухливі. Для українців завжди була важливим культура руху, як

компонент здорового способу життя. Наші предки, дбаючи про гарний фізичний розвиток дитини, всяко заохочували її до різноманітних рухливих ігор. Вважалось, що чим більше рухається дитина, тим здоровішою вона буде, також вважалось, що рух пришвидшує ріст та розвиток дитини. Приведені вище дитячі ігри добре розвивають витривалість дитини, її спритність, ініціативність. Також навчають співпраці з іншими та взаємодопомоги. Також ми можемо побачити проявлення культу руху у різних традиційних святах та їх традиціях. Наприклад перестрибування через вогонь на купальські свята, весняні гаївки, хороводи. А українські танці являють собою певні, своєрідні тренувальні та фізичні вправи. Невід'ємним елементом здорового способу життя українців виступає особиста гігієна. Ще з прадавніх часів у традиції, звичаї, ритуали та обряди було введено різні компоненти гігієни та профілактики захворювань. З самого малечку батьки навчали дітей любові до чистоти та прививали їм гігієнічні навички. Навчали дітей тримати в чистоті не лише тіло, а і одяг та житло. Загальнодоступними засобами гігієни в традиціях українців завжди були сонячні промені, свіже повітря, чиста вода. Цілющі властивості сонця широко використовували ще стародавні слов'яни, у яких побутував звичай виносити хворих із хати під пряме чи розсіяне сонячне проміння.

Українські козаки все своє життя підпорядковували під загартування та фізичний розвиток. Вони вміли ефективно використовувати навколишню природу для власного оздоровлення та загартовувались. Загартування покращувало сон та піднімало настрій. Нормалізувало артеріальний тиск та покращувало роботу серця. Під час гарної погоди, козаки спали на свіжому повітрі, що підвищувало стійкість їх організму перед різними вірусними захворюваннями. Після пробудження рано вранці, козаки йшли купатися на річку, що мало оздоровчий вплив на весь організм та сприяло покращенню адаптації до різних умов. Узагальнюючи все вище сказане та розібравши погляди на стилі здорового способу життя в різні періоди, ми можемо стверджувати, що здоровий спосіб життя це в першу чергу спосіб діяльності,

який спрямований на збереження та зміцнення здоров'я. Який включає в себе культуру харчування, руху, виховання, емоцій, взаємовідносин тощо.

1.3 Психологічні аспекти прихильності до здорового способу життя

Насправді, як би парадоксально це не здавалось, але в наш час людина навіть маючи розуміння важливості здоров'я для повноцінного існування та життєдіяльності, недостатньо володіє знаннями та навичками задля збереження та покращення цього здоров'я.

Серед основних, актуальних умов які забезпечують збереження здоров'я людини, ми можемо виділити наступні:

- Відсутність шкідливих звичок;
- Уникання травмуючих стресових ситуацій;
- Правильне, раціональне харчування;
- Дотримання правил особистої гігієни;
- Підтримання активного, рухового способу життя тощо.

Дані умови підтримують гомеостаз внутрішнього середовища людини та фізичне здоров'я.

Критерії та норми здоров'я у кожної людини та на різних життєвих етапах будуть різними.

Здоров'я має зв'язок на психологічному рівні з особистістю індивіда. Домінування негативних за своєю сутністю рис характеру, неправильно обрані ціннісні орієнтації та моральні орієнтири можуть призвести до порушення психічного здоров'я людини.

Перехід від психічного до соціального рівня дуже умовний. Без системи соціальних відносин не можуть існувати психічні властивості особистості. В цьому плані людина повинна розглядатися саме як соціально істота [11, 24].

Ми можемо говорити про те, що в першу чергу при залученні людини до здорового способу життя, слід починати саме з формування в неї мотивації. А саме мотивації до здоров'я. В першу чергу турбота про здоров'я повинна стати ціннісним мотивом який буде регулювати спосіб життя людини. Без наявності

усвідомленої мотивації щодо власного здоров'я, ніякі заохочування, побажання чи накази не зможуть примусити людину до вибору здорового способу життя, чи охорони власного здоров'я [46].

Якщо ми розглянемо дослідження Є.П. Ільїна, ми можемо виділити наступні етапи в розвитку мотивації:

1. Виникнення потреби (фізіологічна потреба, психологічна потреба або соціальна потреба)
2. Усвідомлення власної потреби
3. Постановка цілей дії (людина визначає якими засобами вона повинна скористатися, щоб досягти задовільнення власної потреби)
4. Здійснення дії
5. Повне або часткове задовільнення потреби, або неусунення потреби

Ми можемо зробити наступні висновки. Мотивація до здорового способу життя являє собою систему ціннісних орієнтацій, внутрішньої потреби до збереження та зміцнення свого здоров'я. Бажання зберегти та використати отриманий від природи потенціал свого організму за допомогою дотримання стилю здорового способу життя.

Ця мотивація формується у індивіда за умови наявності відповідного набору цінностей, що буде відповідати її потребам які були обумовленні соціальним фактором.

Мотивація формується на основі потреби бути здоровим, що є вихідною потребою з природньої потреби самозбереження. Мотивація задовільнити цю потребу направляє людину на шлях дотримання норм здорового способу життя і є дієвою силою для оволодіння необхідними для цього знаннями та навичками.

Ми можемо виділити критерії формування позитивної мотивації дотримання здорового способу життя:

- на рівні фізичного здоров'я: прагнення до фізичної досконалості, ставлення до власного здоров'я як до найвищої соціальної цінності, фізична розвиненість, загальна фізична працездатність, загартованість організму, дотримання раціонального режиму дня, виконання вимог особистої гігієни, правильне харчування;

- на рівні психічного здоров'я: відповідність пізнавальної діяльності календарному віку, розвиненість довільних психічних процесів, наявність саморегуляції, адекватна самооцінка, відсутність акцентуацій характеру та шкідливих звичок;

- на рівні духовного здоров'я: узгодженість загальнолюдських та національних морально-духовних цінностей, наявність позитивного ідеалу, працелюбність, відчуття прекрасного у житті, в природі, у мистецтві;

- на рівні соціального здоров'я (соціального благополуччя): сформована громадянська відповідальність за наслідки нездорового способу життя, соціальне орієнтована комунікативність, доброзичливість у ставленні до людини, здатність до самоактуалізації, саморегуляції, самовиховання. Соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку найголовніших сфер суспільного життя – економічної, політичної, соціальної, духовної, які в реальності діють одночасно, а їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини [20].

Здоровий спосіб життя включає в себе практику підтримки здоров'я протягом всього життя людини.

Психологія здоров'я та здорового способу життя забезпечує психологічну адаптацію людини в суспільстві, сприяє її самореалізації, підвищенню якості життя, здійснює психологічну допомогу при завершенні життєвого шляху [3].

Наступним психологічним аспектом ми можемо виділити самоконтроль та волю.

Самоконтроль це здатність людиною контролювати свої емоції, реакції та дії в залежності від різних ситуацій. Самоконтроль включає в себе наявність

вміння людиною відмовитись від миттєвого задоволення, надаючи перевагу користі довгострокових цілей [9].

Воля розглядається як вміння людини приймати рішення та діяти відповідно до цих рішень, не дивлячись на важкість ситуації [9].

Це вміння брати під контроль своє життя, здатність ставити мету й докладати зусилля для досягнення цієї мети. Саме воля надає людині можливість перебороти зовнішні та внутрішні перешкоди, такі як лінощі, страх та нездатність діяти активно і концентруватись [1].

Самоконтроль має дві складові: мету й зусилля для її досягнення. У самоконтролі найважливішими складовими є бажання й рішучість людини. Якщо розглянути для прикладу схильність до алкоголізму – ми можемо говорити, що це наслідок ослаблення волі, алкоголізм не може бути ефективно вилікуваний без бажання самого хворого перебороти себе. Саме лікування являє собою процес тренування самоконтролю [15].

Існують наступні види самоконтролю [9].

- Самонаказ. Самонаказ допомагає людині боротися з власними небажаннями та робити те, що є потрібним, а не те що є бажаним.

- Самонастрой. Він допомагає оволодіти собою у складних ситуаціях. Самонастрой використовується у процесі самовиховання будь яких навичок та якостей особистості.

- Саморегуляція. Саморегуляція це вміння стежити за зовнішніми проявами емоційних станів. Людина може контролювати зміни виразу свого обличчя та самовідчуття тіла, має змогу регулювати власний психічний стан, мати змогу перебороти свій гнів тощо.

- Самокоректування. Самокоректування це уміння контролювати свої дії, тримати себе в руках та швидко заспокоюватися в складних ситуаціях. Самим складним етапом є контроль над власними думками. Самокоректування забезпечує свідоме перетворення негативних думок у певну гармонійну структуру.

- Самостимуляція. Самостимуляція це метод самозаохочення й самопокарання.

Наступним ми виділили такий аспект як психологічний комфорт.

У дослідженнях О. С. Васильєвої та Ф. Р. було виділено п'ять узагальнених показників, які сигналізують про порушення внутрішньої психічної рівноваги особистості, погіршення душевного благополуччя та психологічного комфорту [14]:

1. Страх або тривога.
2. Немотивована агресія та деструктивність.
3. Локалізований біль або розмиті больові відчуття за відсутності соматичної причини.
4. Надмірна вираженість певної орієнтації або установки свідомості при повному запереченні альтернативних орієнтацій та установок.
5. Фіксація свідомості на певних психічних змістах (фіксовані ідеї, нав'язливі повторювані переживання тощо).

Психологічна стійкість до стресу.

В житті психологічну стійкість людини ми можемо охарактеризувати наявністю здібностей, умінь та навичок адаптування при тривалих навантаженнях, здатність людини зберігати рівний та спокійний настрій. Психологічна стійкість забезпечує вчасне реагування на складнощі, оптимальним зниженням тривоги та напруги [3].

Психологічна стійкість має характер відкритої системи з власними структурними й функціональними складовими

Стійкість – це комплексна системна характеристика особистості, виражена шляхом об'єднання рівнів життя й діяльності людини.

Під стійкістю мається на увазі здатність протистояти труднощам, зберігати віру в ситуаціях фрустрації [7].

Одна за складових психологічної стійкості – прихильність вибраним ідеалам і цілям. Ми можемо сказати, що стійкість можлива лише, якщо особистість має екзистенціальну визначеність. Екзистенціальна визначеність –

це переживання задоволення своїх основних потреб. Екзистенціальна невизначеність – відсутність переживання задоволення своїх основних потреб, незадоволеність самореалізацією, відсутність сенсу життя, відсутність привабливих життєвих цілей.

Для більшості людей основними є потреби в самореалізації, самовираженні, самоствердженні. Ці потреби відносять до вищих потреб. Але не для всіх людей ці потреби мають ведучу роль. Для частини людей основні потреби виражаються певною обмеженістю потребами в безпеці чи прийнятті іншими людьми.

Стійкість також проявляється в постійному, досить високому, рівні настрою. Вміння зберігати стабільний рівень настрою та активності, бути чутливим до різних аспектів життя, мати інтереси в різних сферах, намагатися уникати спрощеності у власних цілях та прагненнях, теж є важливою складовою психологічної стійкості людини [24].

Таким чином, психологічна стійкість – це якість особистості, окремими аспектами якого є стійкість, урівноваженість, опірність. Психологічна стійкість дозволяє особистості протистояти життєвим труднощам, боротися з несприятливим тиском зовнішніх та внутрішніх обставин і зберігати здоров'я людини.

1.4 Соціальні аспекти прихильності до здорового способу життя

Ми виділили декілька аспектів, що впливають на спосіб життя [32]:

- Спільність та підтримка
- Психосоціальний статус і освіта
- Матеріальні умови життя.
- Здоров'я.
- Сімейні відносини та виховання.
- Особливості професійної діяльності.
- Звички.

Спільність та підтримка.

Спільність - особистість, яка відчуває себе частиною спільноти чи групи, швидше за все, має більшу схильність до підтримки здорового способу життя. Спільнота може забезпечити підтримку, мотивацію та позитивний соціальний вплив на людину.

Підтримка оточення - підтримка сім'ї, друзів і колег може відігравати важливу роль у розвитку прихильності здорового способу життя. Психологічно це може створити відчуття важливості та бажання діяти відповідно до очікувань оточуючих [15].

Спільність та підтримка оточення відіграють основну роль у створенні прихильності до здорового способу життя. Підтримка зі сторони родини, друзів та інших спільнот може надати мотивацію людині до здорових звичок та допомогти у подоланні викликів.

Психосоціальний статус і освіта.

Психосоціальний статус людини включає в себе такі аспекти, як економічний статус, соціальний вплив і оточення. Люди з високим соціальним та економічним статусом частіше мають значно більше можливостей для підтримання здорового способу життя. Наприклад, людина має змогу дозволити собі купувати більш якісні продукти, спортивні абонементи та отримувати якісне медичне обслуговування. Крім того, їхнє соціальне середовище може пропагувати та підтримувати здорові звички та виступати в якості позитивного зразка для наслідування [50].

Освіта також грає ключову роль у формуванні людиною прихильності до здорового способу життя. Як правило, освічені люди краще розуміють суть здорового способу життя. Завдяки освіті вони можуть володіти більшим обсягом знань про правила здорового харчування, фізичну активність та методи профілактики різних захворювань. Освіченість також надає людям можливість краще розуміти наслідки нездорового способу життя і надає змогу приймати раціональні рішення які стосуються власного здоров'я.

Освіта також має вплив на доступність для людини ресурсів які забезпечують здоровий спосіб життя.

Освічені люди мають більший запас знань про те, як підтримувати рівень свого здоров'я, та можуть знайти і застосувати потрібну інформацію. Крім того матеріальний достаток освічених людей, як правило вище, що дозволяє їм витратити більше грошей на збереження свого здоров'я та підтримання здорового способу життя.

Соціокультурний контекст також є важливим складником для формування здорових звичок. Суспільні цінності та норми можуть впливати на те, як люди сприймають здоровий спосіб життя. Освіта та соціокультурні цінності можуть підтримувати здорові звички та сприяти їх розвитку [4, 30].

Сімейні відносини та виховання.

Якщо дорослі в родині ведуть здоровий спосіб життя, то діти отримують хороший приклад. Батьки вчать своїх синів та дочок робити ранкову зарядку, навчають розумно розподіляти власний час, добре ставитися до людей, піклуватися про слабких і підтримують своїх дітей у їхніх зусиллях виробити корисні звички. Батьки в даному випадку - хороші старші друзі, з якими цікаво і затишно. Разом із дітьми вони дбають про здоров'я всієї родини.

Коли батьки ведуть активний спосіб життя, дотримуються правил здорового харчування та інших здорових звичок, діти найчастіше приймають це як норму і основну модель поведінки та наслідують їх.

Сімейні стосунки мають значний психологічний вплив на людей. Підтримуючі та здорові сімейні стосунки можуть сприяти психологічному благополуччю та стійкості. Відчуття підтримки та причетності з боку родини може допомогти подолати стрес і створити позитивний психологічний фон для ведення здорового способу життя [58].

Сімейне виховання також може вплинути на розуміння важливості здоров'я та прийняття здорових рішень. Навчаючи важливості здорового способу життя, діти можуть краще усвідомлювати своє здоров'я та розвивати здорові звички у дорослому віці.

Професійна діяльність визначає багато аспектів нашого життя, включаючи спосіб життя та наше ставлення до власного здоров'я.

Багато професій вимагають великого фізичного навантаження такого як, стояння протягом довгого проміжку часу чи великої кількості ходіння. Постійні фізичні навантаження можуть бути як корисними, так і шкідливими для здоров'я, залежно від інтенсивності та правильності роботи.

Деякі роботи передбачають також значне психологічне навантаження, це можуть бути такі професії як – лікар, вчитель чи працівник поліції тощо. Вимоги до посади – висока відповідальність, здатність приймати рішення в критичних ситуаціях і постійний контакт з людьми. Це може призвести до стресу, який впливатиме на психічне здоров'я та може заважати підтримувати здоровий спосіб життя.

Деякі професії також вимагають незвичного для організму графіку роботи, чи нічних змін. Це може ускладнити дотримання регулярного харчування, підтримку фізичної активності і завадити вчасному відпочинку, які впливають на здоровий спосіб життя.

Є професії які вимагають постійного професійного розвитку та навчання. Від професіонала може залежати життя і здоров'я інших людей. Такий спосіб роботи може підвищити вимоги до здорового способу життя, оскільки професіонал повинен бути відповідальним, фізично та морально готовим виконувати свої обов'язки. Ми можемо стверджувати, що професійна діяльність має великий вплив на наше здоров'я та на наш спосіб життя [45].

Висновки до першого розділу

В процесі аналізу вітчизняних та зарубіжних теоретичних джерел, нами було розглянуто феномен вивчення поняття «здоровий спосіб життя», особливості його прояву, а також було теоретично досліджено особливості виникнення та перебігу даного явища в суспільстві. У зв'язку з цим ми можемо зробити наступні висновки:

З'ясовано, що здоров'я є основною та фундаментальною загальнолюдською цінністю.

Здоровий спосіб життя це комплексний спосіб життєдіяльності людей який направлений та підтримку різних функцій особистості. До них входять: фізичні, психічні, соціальні, моральні та трудові функції.

До складових здорового способу життя, ми можемо віднести наступні складові:

- відсутність шкідливих звичок (до них відносяться тютюнова, алкогольна, наркотична залежність, безладні та небезпечні статеві стосунки);
- усвідомлення цінності здоров'я (домінування духовного пріоритету та відповідна психічна установка);
- збалансоване харчування (оптимальна кількість питної води, вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів та харчових добавок);
- побут (якість житла, наявність умов для пасивного та активного відпочинку, рівень комфорту для психічної та фізичної безпеки);
- умови праці (наявність на роботі умов для професійного розвитку, наявність стимулів для професійного розвитку, забезпечення безпеки у фізичному та психічному аспекті);
- рухова активність (включення в життя фізичної культури, спорту, різноманітних систем оздоровлення та застосування відновлення після фізичних та психічних навантажень).

Було визначено, що поняття «здоровий спосіб життя» включає в себе розгляд різних аспектів та факторів, які впливають на здоров'я та загальний

стан людини. Це багатоплановий підхід, який охоплює різні аспекти фізичного, психологічного та соціального благополуччя. Відповідно до цього вивчення «здорового способу життя» детермінується різними аспектами, зокрема:

- вивчення фізичних аспектів, таких як харчування, фізична активність, відпочинок, сон, гігієна та заборони. Важливо досліджувати вплив різних факторів на фізичне здоров'я, такі як хвороби, дієта, регулярна фізична активність і таке інше;

- аналіз факторів, які впливають на психічний стан і емоційний стан людини. Це включає в себе вивчення стресу, депресії, адаптації до негативних життєвих обставин, психологічного підтримання та психологічної рівноваги;

- Розгляд аспектів взаємодії людини з соціальним оточенням, включаючи відносини з родиною, друзями та спільнотою, а також аспекти суспільства, які можуть впливати на здоров'я (наприклад, вплив оточуючого середовища на здоров'я);

- дослідження того, як різні культури та соціальні групи сприймають та практикують «здоровий спосіб життя»; і які особливості можуть бути в різних частинах світу;

Проведено аналіз еволюції культури здорового способу життя від найбільш ранніх цивілізацій до сучасності. Було проаналізовано уявлення про поняття «здоровий спосіб життя» в історії українського народу, та зазначено важливість слідування здоровому способу життя для нашого народу.

Виокремлено основні чинники психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя до яких були віднесені:

- Мотивація;
- Самоконтроль;
- Воля;
- Психологічний комфорт;
- Психологічна стійкість до стресу;
- Спільність та підтримка;
- Психосоціальний статус і освіта;

- Матеріальні умови життя;
- Здоров'я;
- Сімейні відносини та виховання;
- Особливості професійної діяльності;
- Звички.

Мотивація до здорового способу життя являє собою систему ціннісних орієнтацій, внутрішньої потреби до збереження та зміцнення свого здоров'я. Бажання зберегти та використати отриманий від природи потенціал свого організму за допомогою дотримання стилю здорового способу життя.

Наступним психологічним аспектом ми можемо виділити самоконтроль та волю.

Самоконтроль це здатність людиною контролювати свої емоції, реакції та дії в залежності від різних ситуацій.

Воля розглядається як вміння людини приймати рішення та діяти відповідно до цих рішень, не дивлячись на важкість ситуації [9].

Це вміння брати під контроль своє життя, здатність ставити мету й докладати зусилля для досягнення цієї мети.

У дослідженнях О. С. Васильєвої та Ф. Р. було виділено п'ять узагальнених показників, які сигналізують про порушення внутрішньої психічної рівноваги особистості, погіршення душевного благополуччя та психологічного комфорту:

1. Страх або тривога.
2. Немотивована агресія та деструктивність.
3. Локалізований біль або розмиті больові відчуття за відсутності соматичної причини.
4. Надмірна вираженість певної орієнтації або установки свідомості при повному запереченні альтернативних орієнтацій та установок.
5. Фіксація свідомості на певних психічних змістах (фіксовані ідеї, нав'язливі повторювані переживання тощо).

В житті психологічну стійкість людини ми можемо охарактеризувати наявністю здібностей, умінь та навичок адаптування при тривалих навантаженнях, здатність людини зберігати рівний та спокійний настрій. Психологічна стійкість забезпечує вчасне реагування на складнощі, оптимальним зниженням тривоги та напруги.

Спільність - особистість, яка відчуває себе частиною спільноти чи групи, швидше за все, має більшу схильність до підтримки здорового способу життя..

Підтримка оточення - підтримка сім'ї, друзів і колег може відігравати важливу роль у розвитку прихильності здорового способу життя.

Психосоціальний статус людини включає в себе такі аспекти, як економічний статус, соціальний вплив і оточення. Люди з високим соціальним та економічним статусом частіше мають значно більше можливостей для підтримання здорового способу життя.

Освіта також грає ключову роль у формуванні людиною прихильності до здорового способу життя.

Сімейні стосунки мають значний психологічний вплив на людей. Підтримуючі та здорові сімейні стосунки можуть сприяти психологічному благополуччю та стійкості. Відчуття підтримки та причетності з боку родини може допомогти подолати стрес і створити позитивний психологічний фон для ведення здорового способу життя.

Професійна діяльність визначає багато аспектів нашого життя, включаючи спосіб життя та наше ставлення до власного здоров'я.

Деякі професії також вимагають незвичного для організму графіку роботи, чи нічних змін. Це може ускладнити дотримання регулярного харчування, підтримку фізичної активності і завадити вчасному відпочинку, які впливають на здоровий спосіб життя.

Є професії які вимагають постійного професійного розвитку та навчання. Такий спосіб роботи може підвищити вимоги до здорового способу життя.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

2.1. Організація та етапи дослідження.

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури щодо вивчення здорового способу життя, дозволяє розглядати даний феномен, як особливу систему компонентів, що є запорукою покращення здоров'я та якості життя людей через науковий аналіз та розробку рекомендацій щодо здорового способу життя. Саме тому, розв'язання проблеми щодо вивчення психосоціальних аспектів прихильності до здорового способу життя, є одним із головних завдань у сучасній психологічній науці. У зв'язку з цим, важливим аспектом розвитку рівня прихильності до здорового способу життя, є розгляд даного явища відповідно до його базових компонентів.

Проведення констатувального експерименту передбачало вирішення таких завдань:

1. Виокремити критерії та рівні розвитку психосоціальних аспектів прихильності до здорового способу життя у пацієнтів неврологічного відділення, київської міської лікарні № 3.

2. Здійснити діагностику рівня сформованості психосоціальних аспектів прихильності до здорового способу життя у пацієнтів неврологічного відділення, київської міської лікарні № 3.

3. Провести аналіз отриманих результатів констатувального експерименту.

Реалізація даних завдань здійснювалась у декілька етапів.

Основні етапи емпіричного дослідження включають в себе:

1. Підбір методик дослідження та побудова моделі дослідження.

На даному етапі відбувся підбір, аналіз та структурування теоретичного матеріалу, в відповідності до поставленого завдання дипломної роботи. Був проведений аналіз психодіагностичного інструментарію.

Також відбувся підбір психодіагностичних методів та методик, були підібрані критерії для математичної обробки даних. Для дослідження були використані

наступні методи: теоретичні методи – методи аналізу, узагальнення та інтерпретації; емпіричні методи – методи тестування та методи математичної статистики.

У своєму дослідженні ми використовували методики як опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО), в адаптації В. П. Зайцева, Метод портретних виборів Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик та «Опитувальник для пацієнтів».

«Опитувальник для пацієнтів» включає в себе наступні методики: опитувальник "Отношение к семье" Бобченко Т.Г; опитувальник з депресії

PHQ-9; Методика (УСК); опитувальник SF-36 (анкета оцінки якості життя); КОП – 25 (опитувальник оцінки прихильності до лікування).

Також було застосовано математичні методи обробки даних.

2. Організація та проведення дослідження.

На даному етапі ми виконували практичну частину дослідження. На цьому етапі відбувалась детальна підготовка до дослідження та його безпосереднє проведення на вибірці досліджуваних серед пацієнтів неврологічного відділення, київської міської лікарні № 3.

Вибірку досліджуваних складала пацієнти неврологічного відділення київської міської лікарні № 3.

У дослідженні брали участь 42 пацієнти, з них 8 жінок та 34 чоловіки, віком від 38 до 75 років.

Серед опитуваних був проведений короткий інструктаж, були надані інструкції по кожній методиці, далі респонденти отримали самі методики.

3. Обробка результатів дослідження, інтерпретація отриманих результатів та їх оформлення.

На цьому етапі відбувалась первинна обробка сирих даних за кожною методикою, та занесення даних до таблиць, а також графічне представлення отриманих результатів.

Після цього нами було проведено обрахунки для знаходження кореляційних зв'язків між шкалами за допомогою критеріїв математичної обробки даних. Всі отримані результати аналізувались та також заносились до таблиць.

Також, на даному етапі нами були проінтерпретовані та структуровані отримані дані за кожною із методик. Кожний статистично значимий показник інтерпретувався згідно з описом шкал, що поданий у використаних методиках.

2.2 Опис психодіагностичних методик.

У дослідженні нами було використано наступні методики:

1. Опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості «СБОО») в адаптації В.П. Зайцева.
2. Метод портретних виборів Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик
3. «Опитувальник для пацієнтів» в який входять:
 - Опитувальник «Ставлення до здоров'я» автора Р.А. Березовської
 - Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9 – Patient Health Questionnaire)
 - Методика діагностики рівня суб'єктного контролю (ЗСК) Дж. Ротера за адаптації Бажина Є.Ф., Голинкіна С.А., Еткінда А.М.)
 - Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)
 - Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25) за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості «СБОО») в адаптації В.П. Зайцева. Ця методика використовується для скрінінгу на предмет виявлення, які будуть потребувати медичної допомоги і застосовується для психосоматичних досліджень.

Дана методика надає змогу оцінити рівень нервово-емоційної стійкості людини, ступінь інтеграції її особистісних властивостей, а також рівень адаптації особистості до соціального оточення в якому знаходиться особистість.

Методика розрахована на обстеження дорослих людей, а саме віком від 16 до 80 років, а також з освітою не нижче 6-7 класу середньої школи, з збереженим інтелектом.

Опитувальник міні-мульти являє собою скорочений варіант тестування ММРІ.

Опитувальник містить 71 питання та 11 шкал, з яких 3 – оцінні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють щирість досліджуваного, ступінь достовірності результатів опитування та величину корекції, що визначається надмірною обережністю.

Інші 8 шкал є базисними та створені для оцінки властивостей особистості.

Час визначений для проведення тестування не обмежується.

Оціночні шкали опитувальника Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості «СБОО») в адаптації В.П. Зайцева:

- 1) шкала брехні (L) – оцінює щирість респондента;
- 2) шкала достовірності (F) – виявляє недостовірні відповіді: чим більше отримане значення за даною шкалою, тим менша достовірність результатів;
- 3) шкала корекції (K) – шкала корекції дозволяє виявити більш тонкі види захисного реагування досліджуваних, які не дозволяє виявити шкала брехні. Шкала K виявляє "хибнопозитивні" аспекти відповідей враховуючи різні аспекти психологічного захисту. Високі показники за цією шкалою свідчать про неусвідомлений контроль за поведінкою. Шкала (K) використовується для корекції базисних шкал.

Базисні шкали опитувальника Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості «СБОО») в адаптації В.П. Зайцева:

- 1) Іпохондрія (Hs) – включає в себе твердження, які вказують на увагу до власного здоров'я, безпідставну тривогу щодо фізичних захворювань, зниження активності та проблеми в міжособистісних стосунках. Високий показник за

даною школою може свідчити про фіксацію суб'єкта на своїх фізичних процесах, песимістичні погляди на особисте життя та обмежену здатність контролювати емоції. Іноді це виражає підсвідоме відчуття наявності прихованої фізичної патології, що розвивається. Високий бал на цьому показнику часто свідчить про підвищену тривожність та егоїзм.

- 2) Депресія (D) – ця шкала відображає виражені відчуття дискомфорту та тривоги, болісно негативної самооцінки свого стану, перспектив, а також прихованих суїцидальних намірів. Індикатори цієї шкали можуть варіювати від панічного настрою у здорової людини до важкої депресії з психомоторною загальмованістю хворих у депресивній фазі маніакально-депресивного психозу. Ізольоване підвищення профілю на цій шкалі вказує на розвиток стану тривоги, що означає внутрішнє відчуття невизначеної загрози, неблагополуччя, а також тривожне очікування. Дуже високі показники на цій шкалі іноді вказують на почуття страху, а в складних випадках - на підсвідоме відчуття невідворотності катастрофи, що наближається.

Комбінація високого профілю на цій шкалі разом з піднятими показниками на шкалах 7 і 6, а також його стрімким зниженням на шкалі 9 свідчить про перехід від тривоги до депресії з характерними для неї ознаками, такими як зменшення мотивації, активності, втрата інтересів, відчуття байдужості та ускладнення міжособистісних зв'язків.

Люди, які перебувають у стані тривоги, і для яких характерне підвищення переважно показників 2-ої шкали, часто виявляють зовнішню песимістичність, замкнутість, сором'язливість та прагнення уникати контактів, віддавати перевагу самозаглибленню. Часто вони мають приховану, але сильну потребу в соціальних контактах, прагнення привертати увагу та потребу в допомозі, але при цьому вони бояться розчарування.

- 3) Істерія (Hy) – особи характеризуються неадекватною екстравертованістю, недорізненістю при вирішенні життєвих проблем, ускладненою соціальною адаптацією та відмовою вчиняти відповідно до прийнятих норм поведінки. Вони мають тенденцію привертати до себе увагу, виділятися навіть у звичайних

ситуаціях, проявляти схильність до самолюбівання та артистичного вираження свого "Я". Іноді вони охоче розповідають про свої тяжкі захворювання, щоб продемонструвати свою винятковість.

У таких людей внутрішній світ може бути збідненим, їхні емоції орієнтовані на зовнішнього спостерігача, і їм складно спиратися на попередній досвід через сильне емоційне порушення, яке часто призводить до неадекватних дій. Іноді, для того щоб хоча б тимчасово привернути увагу, ці особи можуть втягувати інших у неопозитивний психологічний клімат.

4) Психопатія (Pd) – відображає незадоволення життям, соціальним положенням, дезадаптацію, внутрішню дисгармонію, зневагу до соціальних моральних норм та конфліктність. З вираженим профілем за цією шкалою оцінюють схильність до асоціальних вчинків. Такі особи мають психопатичні риси характеру, які можуть виявлятися як у агресивних реакціях та діях, так і в прагненні порушити реальність. Асоціальна поведінка такої особистості може обмежуватися сім'єю, найближчим оточенням або набувати генералізованого характеру. Патології характеру іноді можуть поєднуватися з високою успішністю у вузькій сфері діяльності, наприклад, серед акторів чи спортсменів. Особистісні стосунки таких людей можуть бути ситуативними, поверхневими контактами без глибокої прихильності, вони можуть бути ненадійними, часто виявляють невмотивовану агресивність та асоціальну поведінку, таку як розпуста чи пияцтво. Зазвичай такі особи виправдовують свої вчинки власною винятковістю.

5) Паранояльність (Pa) - високі показники свідчать про характеристику особистості, пов'язану з незадоволеною потребою, ригідністю мислення та невіддатливістю емоціям. Це може починатися від невблаганного прагнення до досягнення поставленої мети і стійкої психологічної установки (навіть при наявності аргументів проти), і закінчуватися патологічною ригідністю афекту, хворобливою підозрілістю та тенденцією утворення маревних надцінних ідей чи відносин.

6) Психастенія (Pt) – спрямована переважно на виявлення психологічних станів, таких як фобії (стійкі необґрунтовані страхи, невмотивовані побоювання) та нав'язливі думки і вчинки, що супроводжуються постійною готовністю до виникнення тривожних реакцій. Проте за допомогою цієї шкали можна також отримати інформацію про деякі психологічні особливості. У клініці, пік профілю за цією шкалою спостерігається у хворих з тривожно-фобічним синдромом, таким як страх смерті, висоти, обмеженого простору, самотності, гострих предметів тощо. Психастенічні реакції часто поєднуються з вираженою інтровертованістю (усі переживання усередині, приховані від оточення) та депресією або високою тривогою. Такі люди часто виявляють прагнення уникнути небезпеки, страх перед можливими помилками та обмежену активність у випадках, коли існують хоча б невеликі сумніви в успіху.

У здорових людей високі показники за шкалою можуть свідчити про відносну слабкість збуджувального процесу, нерішучість, занепокоєння, напруженість та розгубленість при зустрічі перешкод. Такі особи мають індивідуальний стиль діяльності, що включає ретельне планування дій, підготовку безпомилкових стандартизованих відповідей та ритуальну обмежувальну поведінку. Особи з низьким рівнем профілю за цією шкалою можуть володіти рішучістю, гнучкістю поведінки, низьким рівнем тривожності та готовністю приймати сміливі рішення в складній обстановці.

7) Шизоїдність (Sc) - призначена для виявлення неадекватного мислення, спотвореного сприйняття оточення та втечі від реальності в неадекватний внутрішній світ суб'єкта.

8) Гіпотонія (Ma) - шкала зазвичай відображає ейфоричний настрій, підвищену маломотивовану активність та схильність до побудови нереальних планів, поверховість інтересів і контактів. Різко виражені піки на цій шкалі можуть вказувати на погіршення виконуваної діяльності через зайву, маломотивовану активність на фоні недостатньої стриманості та емоційного порушення.

У здорових людей, які показали високі результати за цією шкалою, спостерігається радість до життя, вони не схильні до схематизму, мають

реалістичне мислення, легко стають "душею компанії", швидко адаптуються до нових обставин і навіть прагнуть до них. У таких осіб відзначається відносно висока рухливість основних нервових процесів та високі показники сили нервових процесів з переважанням збудження. Різке зниження профілю за цією шкалою часто вказує на розвиток депресивних тенденцій.

Метод портретних виборів (МПВ) або Методика восьми потягів Леопольда Сонді. Дана методика являє собою проєктивний особистісний тест, який був розроблений психоаналітиком та психологом Леопольдом Сонді у середині ХХ століття.

За допомогою тесту Сонді, ми маємо змогу отримати відповіді на багато питань, серед них питання вибору людини у коханні, дружбі, професії та вказує на схильність до певних захворювань.

Тест Сонді використовується психіатрами та психологами, протягом багатьох років, як проєктивний особистісний тест. Він дозволяє знаходити як соціальні, так і асоціальні, як здорові, і патологічні тенденції досліджуваних.

Сонді говорив про те, що риси інших людей, які дратують нас самих – є тими рисами які людина не може прийняти в собі, а симпатія яка поширюється на інших людей, визначається спільністю світосприйняття між людьми.

Матеріалом для тестування являються 48 портретів душевнохворих людей, які мають розлади в 8 різних категоріях. До цих категорій входять: епілепсія, істерія, садизм, содомія, кататонія, параноя, депресія, манія. В запитання тесту додано по одному зображенню з кожної категорії. Загалом у тесті наявно 6 питань по 8 зображень у кожному. Завданням респондента є вибір двох портретів, які здаються йому найприємнішими та двох портретів які є найменш приємними.

В обґрунтування свого тесту, Сонді висловлює припущення, що найбільш виражену силу та психодіагностичне значення мають портрети, які відповідають найбільш значущим потребам індивіда та відповідають його генетично обумовленим нахилам.

За Л. Сонді, різні особистісні структури людини можуть бути представлені поєднанням восьми основних потягів:

1. Фактор «h» - сексуальна недиференційованість ("ерос-фактор"):
 - Позитивні вибори: тенденція до персонального кохання та ніжності.
 - Негативні вибори: тенденція до любові до людства, гуманізму.
2. Фактор «s» - садизм (фактор мужності або "танатос-фактор"):
 - Позитивні вибори: мужність, активність, агресивність, садизм.
 - Негативні вибори: цивілізованість, пасивність, покірність, готовність до самопожертви, шляхетність.
3. Фактор «e» — епілептоїдні тенденції («етос-фактор»):
 - Позитивні вибори: доброта, справедливість, терпимість, м'якість, готовність допомогти іншому.
 - Негативні вибори: накопичення гніву, ревності, нетерпимість, ненависть.
4. Фактор «hu» — істеричні прояви ("фактор моралі"):
 - Позитивні вибори: демонстративність, прагнення справити враження на оточуючих, артистизм.
 - Негативні вибори: скромність, моральна цензура, схильність до фантазування.
5. Фактор «k» — катотонні тенденції (матеріальний фактор Я):
 - Позитивні вибори: егоцентризм, педантизм, уразливість, схильність до логічно розумових процесів.
 - Негативні вибори: самопожертва, прагнення пристосуватися до колективу.
6. Фактор «p» — паранояльні тенденції (духовний фактор Я):
 - Позитивні вибори: прагнення до лідерства, суперництва, завищеної самооцінки.
 - Негативні вибори: занижену самооцінку, обережність, підозрілість, вразливість.
7. Фактор «d» — депресивно-меланхолійні риси.
8. Фактор «m» — маніакальні прояви:
 - Позитивні вибори: прагнення насолоди, веселощі, присутність групи.
 - Негативні вибори: тенденція до самотності та самотійності.

Так, вказані нами вісім факторів потягів визначають певні особливості особистості та їх можливі прояви в клінічних ситуаціях. Ці фактори можуть слугувати ключовими для розуміння та аналізу психічних розладів та порушень потягів. Кожен з них відображає конкретні аспекти особистості та її взаємодії з навколишнім середовищем, що може мати важливе значення для діагностики та розуміння психічних станів.

Опитувальник «Ставлення до здоров'я» Р.А. Березовської, створений для дослідження системи особистісних, виборчих зв'язків з різними явищами навколишньої дійсності, що можуть сприяти чи, навпаки, становити загрозу здоров'ю людей. Також мета полягає в визначенні того, як особа оцінює свій фізичний і психічний стан.

Здійснивши порівняльний аналіз результатів досліджуваних щодо адекватності/ неадекватності ставлення до здоров'я за основними компонентами (когнітивний, емоційний, поведінковий та ціннісно-мотиваційний), ми маємо змогу виявити характерні відмінності.

Емпірично фіксованими відмінностями до ступеня адекватності-неадекватності ставлення людини до свого здоров'я є:

- на когнітивному рівні: інформованість та компетентність людини у питанні здоров'я, усвідомлення впливу здоров'я на якість та тривалість життя і розуміння основних факторів ризику та антиризиків у питанні здоров'я.
- на поведінковому рівні: відповідність дій та вчинків людини щодо дотримання здорового способу життя.
- на емоційному рівні: оптимальний рівень тривожності стосовно здоров'я, здатність отримувати насолоду від стану свого здоров'я та вміння радіти йому.
- на ціннісно-мотиваційному рівні: висока цінність здоров'я в індивідуальній ієрархії особистості, наявність мотивації до бажання збереження та зміцнення власного здоров'я.

На формування здоров'я впливають дві групи факторів. Це зовнішні та внутрішні чинники. До зовнішніх чинників належить – навколишнє середовище

в якому знаходиться людина, до внутрішніх – індивідуальні, психологічні особливості людини.

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) є одним з основних способів діагностики депресії та моніторингу реакцій на лікування. Являє собою шкалою самооцінки депресії яка складається з дев'яти пунктів.

Опитувальник щодо стану здоров'я пацієнта, відомий як Patient Health Questionnaire або PHQ, був розроблений командою фахівців за освітнім грантом від компанії Pfizer Inc. Лікарі, такі як Роберт Шпіцер, Джанет Вільямс, Курт Кронке та інші, брали участь у створенні цієї методики для діагностики п'яти різних розладів.

PHQ виявився гнучким і отримав широке визнання. Зокрема, класифікація PHQ, спрямована на виявлення депресивних симптомів, була виокремлена у власний опитувальник, відомий як PHQ-9 або Шкала депресії PHQ.

На сьогодні кожен компонент Patient Health Questionnaire може використовуватися самостійно, і PHQ-9 часто використовується для окремого діагнозу депресії.

Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж.Ротера в адаптації Є.Ф.Бажина, С.А.Голинкіна, А.М.Еткінда. Ця експериментально-психологічна методика дозволяє оцінити сформований у випробуваного рівень суб'єктивного контролю за різноманітними життєвими ситуаціями.

Показники опитувальника РСК організовані відповідно до принципу ієрархічної структури системи регулювання діяльності — таким чином, що включають узагальнений показник індивідуального РСК, інваріантний до індивідуальних ситуацій діяльності, два показники середнього рівня спільності та ряд ситуаційних показників.

Опитувальник складається з 44 пунктів.

До опитувальника входять наступні шкали:

- 1) шкала загальної інтернальності (Із): високий індикатор за цією шкалою вказує на високий рівень особистого впливу на будь-які важливі ситуації. Індивіди з такими високими показниками вважають, що більшість ключових подій у їхньому житті виникли через їхні власні дії, і вони можуть керувати цими діями. Таким чином, вони відчують особисту відповідальність за ці події і за хід свого життя загалом. Низький індикатор за шкалою свідчить про низький рівень особистого впливу. Такі суб'єкти не розглядають зв'язку між своїми діями та суттєвими подіями у їхньому житті, не вважають себе здатними керувати їхнім розвитком і вважають, що більшість їхнього життя зумовлена випадковістю або впливом інших людей.
- 2) шкала інтернальності у сфері досягнень (Ід): Високі значення цього показника свідчать про високий рівень особистого контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Ці люди вважають, що вони самі досягли всього позитивного у своєму житті і вірять у свою здатність успішно працювати над своїми цілями у майбутньому. Знижені значення на цій шкалі свідчать про те, що особа пояснює свої досягнення, успіхи та радість зовнішніми обставинами, такими як везіння, щасливий оберт долі або допомога інших людей.
- 3) Шкала інтернальності у сфері невдач (Ін): Високі показники за цією шкалою вказують на розвинене відчуття суб'єктивного контролю щодо негативних подій і ситуацій, про що свідчить тенденція обвинувачувати самого себе у різних неприємностях і стражданнях. Знижені значення Ін свідчать про те, що дослідник нахиляється приписувати відповідальність за такі події іншим людям або розглядати їх як наслідок нещасливого випадку.
- 4) шкала інтернальності у сімейних відносинах (Іс): Високі значення Іс свідчать про те, що людина вважає себе відповідальною за події, які відбуваються у її сімейному житті. Низькі значення Іс вказують на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, що виникають в його сім'ї.

- 5) Шкала інтернальності у сфері виробничих відносин (Ів): Високий Ів свідчить про те, що особа вважає свої дії ключовим чинником в організації власної промислової діяльності, у взаємовідносинах в колективі, у професійному розвитку тощо. Знижений Ів вказує на те, що особа схильна приписувати більше значення зовнішнім обставинам, таким як керівництво, співробітники, везіння чи нещасливі обставини.
- 6) шкала інтернальності у сфері міжособистісних відносин (Ім): Високий показник свідчить про те, що особа вважає себе здатною ефективно управляти своїми офіційними та неофіційними відносинами з іншими людьми, здобуваючи їхню повагу та симпатію. Знижений показник, навпаки, вказує на те, що людина не може активно формувати свій соціальний оточуючий світ і має тенденцію розглядати свої міжособисті відносини як результат дії інших.
- 7) шкала інтернальності щодо здоров'я та хвороби (Із): Високі показники Із вказують на те, що тестована особа вбачає в собі значну відповідальність за своє здоров'я: у разі захворювання вона обвинувачує себе і вважає, що процес одужання в значній мірі залежить від її власних дій. У людини з низькими значеннями Із здоров'я та хворобу вважають результатом випадку, і вона сподівається, що відновлення прийде завдяки зусиллям інших осіб, перш за все, лікарів.

Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)

Опитувальник складається з 11 розділів та 36 питань, результати представляються у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам.

Кількісно оцінюються такі показники:

1) General Health (GH) - Загальний стан здоров'я - оцінка випробуваним свого стану здоров'я зараз.

2) Physical Functioning (PF) - Фізичне функціонування, що відображає ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т. П.).

3) Role-Physical (RP) - Вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).

4) Role-Emotional (RE) - Вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості її виконання і т. П.).

5) Social Functioning (SF) - Соціальне функціонування, визначається ступенем, в якій фізична або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

6) Bodily Pain (BP) - інтенсивність болю і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом.

7) Vitality (VT) - життєздатність (має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим).

8) Mental Health (MH) - самооцінка психічного здоров'я, характеризує настрої (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25) Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Клініко-психологічна тестова методика опитування дозволяє оцінити як фактичну готовність хворих до лікування, так і потенційну відданість лікуванню у здорових осіб. Тест вимірює схильність до лікарської терапії, медичного супроводу, змін у способі життя та загальну готовність до лікування. Оцінка готовності може бути використана як для визначення осіб із низькою готовністю до лікування на медичних прийомах, так і як інструмент для наукових досліджень. Отриманий результат дозволяє розробити індивідуальну стратегію управління лікуванням, засновану на виявленій готовності.

Висновки до другого розділу

У нашому дослідженні психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя було використано наступні методики:

- 1) Опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості «СБОО») в адаптації В.П. Зайцева.
- 2) Метод портретних виборів Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик
- 3) «Опитувальник для пацієнтів» в який входять:
 - Опитувальник «Ставлення до здоров'я» Р.А. Березовської
 - Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9 – Patient Health Questionnaire)
 - Методика діагностики рівня суб'єктного контролю (ЗСК) Дж. Ротера за адаптації Бажина Є.Ф., Голинкіна С.А., Еткінда А.М.)
 - Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)
 - Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25) за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Перша методика використовується для скрінінгу на предмет виявлення, які будуть потребувати медичної допомоги і застосовується для психосоматичних досліджень.

Дана методика надає змогу оцінити рівень нервово-емоційної стійкості людини, ступінь інтеграції її особистісних властивостей, а також рівень адаптації особистості до соціального оточення в якому знаходиться особистість.

Методика включає в себе оцінювання по таким шкалам: іпохондрія (Hs), депресія (D), істерія (Hy), психопатія (Pd), паранояльність (Pa), психастенія (Pt), шизоїдність (Sc), гіпотонія (Ma).

Друга методика являє собою проєктивний особистісний тест.

За допомогою тесту Сонді, ми маємо змогу отримати відповіді на багато питань, серед них питання вибору людини у коханні, дружбі, професії та вказує на схильність до певних захворювань. Він дозволяє знаходити як соціальні, так і асоціальні, як здорові, і патологічні тенденції досліджуваних.

Методика орієнтована на виявлення психічних відхилень за 8 категоріями. До цих категорій входять: епілепсія, істерія, садизм, содомія, кататонія, параноя, депресія, манія.

Третя методика, яка включає в себе набір з п'яти методик, вона орієнтована на:

- дослідження системи особистісних, виборчих зв'язків з різними явищами навколишньої дійсності, що можуть сприяти чи, навпаки, становити загрозу здоров'ю людей. Також мета полягає в визначенні того, як особа оцінює свій фізичний і психічний стан.
- діагностику депресії та моніторингу реакцій на лікування. Являє собою, також, шкалу самооцінки депресії.
- оцінку сформованого у випробуваного рівня суб'єктивного контролю за різноманітними життєвими ситуаціями.
- оцінку рівня якості життя.
- оцінку готовності хворих до лікування, так і потенційну відданість лікуванню у здорових осіб. Вимірює схильність до лікарської терапії, медичного супроводу, змін у способі життя та загальну готовність до лікування.

У дослідженні приймали участь 41 особа, серед яких 33 особи чоловічої статі та 8 осіб жіночої статі, віком від 38 до 80 років. Всі досліджувані є пацієнтами Київської міської лікарні №3. У пацієнтів був поставлений діагноз – інсульт. Діагноз різнився різним ступенем тяжкості та локалізацією.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ПРИХИЛЬНОСТІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Таблиця 3.1

Описові статистики за показником віку досліджуваних

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Вік	31	38,00	83,00	59,3548	9,34719
Valid N (listwise)	31				

Серед опитуваних у дослідженні психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя, брали участь 41 особа, серед яких 33 особи чоловічої статі та 8 осіб жіночої статі, віком від 38 до 80 років. Всі досліджувані є пацієнтами Київської міської лікарні №3. У пацієнтів був поставлений діагноз – інсульт. Діагноз різнився різним ступенем тяжкості та локалізацією. Середній вік досліджуваних складає 59 років.

Проаналізувавши таблицю 3.2, ми можемо говорити, що прихильність до лікування та зміни способу життя не визначається віком досліджуваних.

Таблиця 3.2

Результати кореляційного аналізу віку і особливостей прихильності до лікування

		вік
Прихильність до лікування	Correlation Coefficient	,221
	Sig. (2-tailed)	,240
	N	30
Прихильність до лікувальної терапії	Correlation Coefficient	,160
	Sig. (2-tailed)	,397
	N	30

Прихильність до медичного супроводу	Correlation Coefficient	,093
	Sig. (2-tailed)	,626
	N	30
Прихильність до зміни способу життя	Correlation Coefficient	,200
	Sig. (2-tailed)	,289
	N	30

Серед соціальних аспектів прихильності здорового способу життя, нами були проаналізовані наступні змінні: освіта, дохід та сімейний стан (таблиця 3.3).

Проаналізувавши отримані дані, ми можемо стверджувати, що такі змінні як освіта та дохід, не мають кореляційного зв'язку з показниками прихильності до лікування, прихильності до лікувальної терапії, прихильності до медичного супроводу та прихильності до зміни способу життя.

В той же час у змінній «сімейний стан» ми можемо спостерігати позитивну кореляцію, проте вона є незначною.

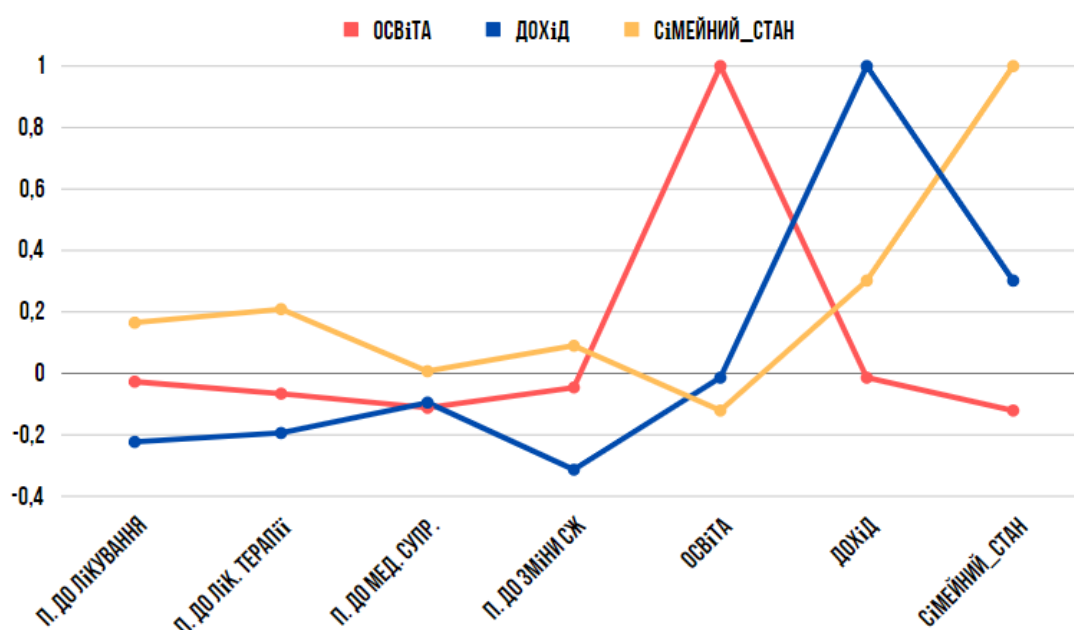
Таблиця 3.3

Результати кореляційного аналізу демографічних характеристик* і особливостей прихильності до лікування

	освіта	дохід	сімейний_стан
Прихильність до лікування	Correlation Coefficient	-,027	-,223
	Sig. (2-tailed)	,885	,229
	N	31	31
Прихильність до лікувальної терапії	Correlation Coefficient	-,066	-,194
	Sig. (2-tailed)	,726	,296
	N	31	31
Прихильність до медичного супроводу	Correlation Coefficient	-,112	-,095
	Sig. (2-tailed)	,549	,612
	N	31	31
Прихильність до зміни способу життя	Correlation Coefficient	-,046	-,313
	Sig. (2-tailed)	,885	,090
	N	31	31

	Sig. (2-tailed)	,805	,086	,630
	N	31	31	31
освіта	Correlation Coefficient	1,000	-,014	-,121
	Sig. (2-tailed)	.	,941	,510
	N	32	32	32
	Correlation Coefficient	-,014	1,000	,302
дохід	Sig. (2-tailed)	,941	.	,093
	N	32	32	32
	Correlation Coefficient	-,121	,302	1,000
	Sig. (2-tailed)	,510	,093	.
сімейний_стан	N	32	32	32

*змінні освіта, дохід і сімейний стан були перетворені у рангові шкали



Мал. 3.1. графік частотних характеристик за соціально-демографічними показниками

Отже, ми можемо говорити про те, що в нашому дослідженні соціальні аспекти, такі як «дохід», «освіта» та «сімейний стан» не впливають на прихильність до здорового способу життя, бажання змінити свій попередній спосіб життя та прихильність до лікування.

Таблиця 3.4

Описові статистики за параметрами прихильності до лікування у пацієнтів, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
Прихильність до лікування	40	11,00	92,00	57,4000	19,69225
Прихильність до лікувальної терапії	40	13,00	100,00	64,0000	23,25996
Прихильність до медичного супроводу	40	11,00	90,00	51,5250	16,45972
Прихильність до зміни способу життя	40	9,00	90,00	52,5250	20,04864
Valid N (listwise)	40				

Проаналізувавши таблицю 3.4 ми можемо зазначити, що середнє значення «прихильності до зміни способу життя» становить 52,5, що знаходиться в межах середньої норми. Найбільше значення має показник «прихильності до лікувальної терапії», що можна обґрунтувати тим, що пацієнти зацікавлені у лікуванні. Проте ми не можемо стверджувати, що пацієнти зацікавлені в зміні свого способу життя, дотриманні нових правил харчування чи фізичної активності.

Таблиця 3.5

Описові статистики за шкалами методики Mini-Mult

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hs	30	49	89	64,53	9,149
D	30	29	70	49,13	10,553
Hу	30	33	80	51,30	12,701
Pd	30	24	63	40,67	11,583
Pa	30	0	80	34,90	16,407
Pt	30	43	78	59,30	10,007
Se	30	40	88	56,17	10,719
Ma	30	24	66	40,33	10,297
Valid N (listwise)	30				

Прихильність до лікувальної терапії	Correlation Coefficient	,061	-,029	,016	,279	,132	,194	,372*	,032
	Sig. (2-tailed)	,752	,883	,935	,143	,494	,314	,047	,869
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
Прихильність до медичного супроводу	Correlation Coefficient	,189	,002	,089	,131	-,009	,252	,400*	,093
	Sig. (2-tailed)	,325	,991	,648	,498	,962	,187	,032	,630
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
Прихильність до зміни способу життя	Correlation Coefficient	,099	-,112	-,044	-,025	,034	,018	,212	,123
	Sig. (2-tailed)	,609	,562	,821	,897	,862	,927	,270	,525
	N	29	29	29	29	29	29	29	29

Проаналізувавши данні з таблиці 3.6, ми можемо відмітити, що спостерігається кореляція лише за шкалою шизоїдності (Se), яка корелює з наступними показниками: «прихильність до лікування», «прихильність до лікувальної терапії» та «прихильність до медичного супроводу».

Кореляції між шкалами та показником «прихильність до зміни способу життя» відсутня.

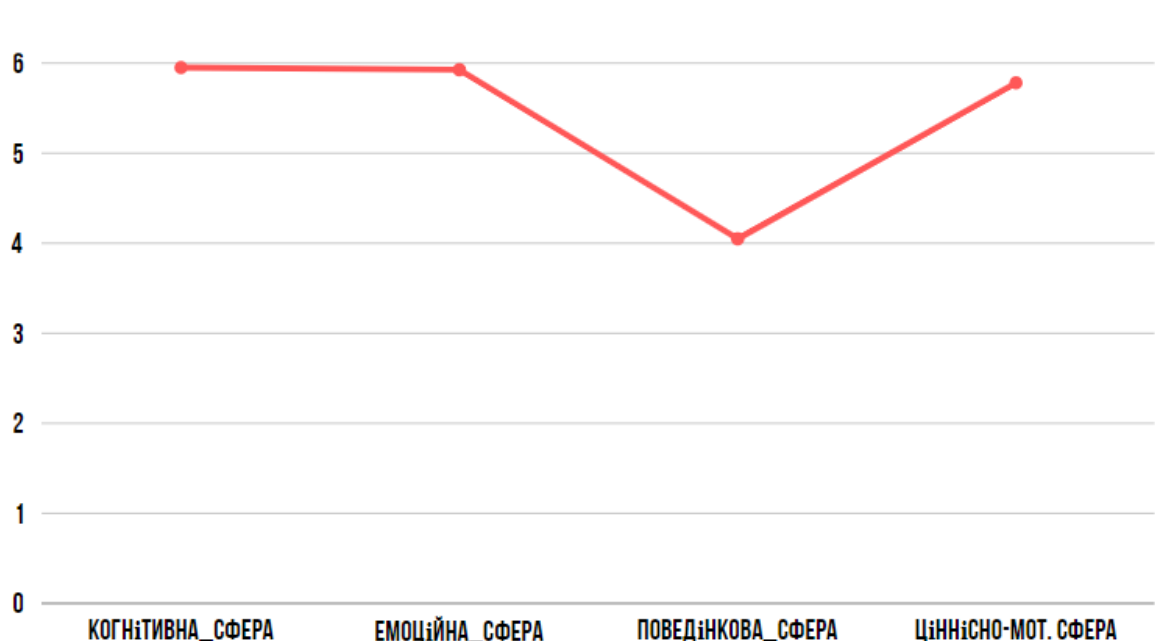
В даному випадку ми можемо говорити про те, що серед пацієнтів не виявлено бажання змінювати свій спосіб життя, не дивлячись на їх фізичний стан, проте вони виявляють зацікавленість в покращенні їх здоров'я, що можна пояснити їх перебуванням на стаціонарі в даний момент.

Таблиця 3.7

Описові статистики за шкалами методики «Ставлення до здоров'я» (автор Р. Березовська)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
когнітивна_сфера	41	1,00	7,00	5,9512	1,54841
емоційна_сфера	41	1,00	7,00	5,9268	1,76621

поведінкова_сфера	41	1,00	7,00	4,0488	2,21304
ціннісно_мотиваційна_сфера	41	1,00	7,00	5,7805	1,52500
Valid N (listwise)	41				



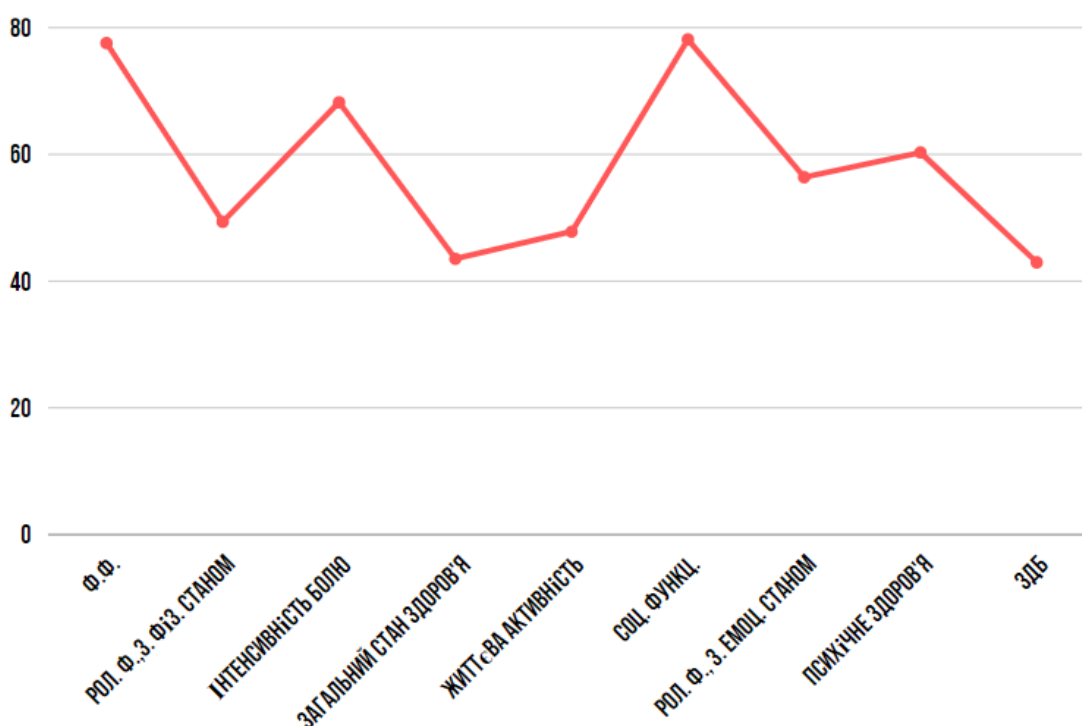
Мал. 3.3. шкала методики «Ставлення до здоров'я» (автор Р. Березовська) у вигляді графіка.

Таблиця 3.8

**Описові статистики за шкалами методики
«Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)»**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Фізичне функціонування	39	25,00	100,00	77,5641	20,70697
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	39	,00	100,00	49,3590	41,55180
Інтенсивність болю	39	,00	100,00	68,2051	32,75281
Загальний стан здоров'я	39	5,00	72,00	43,5385	14,08405
Життєва активність	39	5,00	80,00	47,8205	14,17906
Соціальне функціонування	39	,00	100,00	78,1410	24,99814

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	39	,00	100,00	56,4044	46,61321
Психічне здоров'я	39	36,00	100,00	60,3077	10,87284
Загальне духовне благополуччя	39	26,40	57,00	42,9615	7,36084
Valid N (listwise)	39				



Мал. 3.4. за шкала методики «Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)» у вигляді графіка.

Таблиця 3.9

Результати кореляційного аналізу показників опитувальника якості життя і ставлення до здоров'я

		Когнітивна сфера	Емоційна сфера	Поведінкова сфера	Ціннісно-мотиваційна сфера
Фізичне функціонування	Correlation Coefficient	-,014	,312	,252	,196

ння	Sig. (2-tailed) N	,934 39	,053 39	,121 39	,233 39
Рольове функціонува ння, зумовлене фізичним станом	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,149 ,364 39	,150 ,361 39	-,081 ,624 39	,221 ,176 39
Інтенсивніст ь болю	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,075 ,650 39	,214 ,190 39	-,024 ,883 39	,141 ,392 39
Загальний стан здоров'я	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,187 ,253 39	-,218 ,183 39	,007 ,964 39	-,060 ,718 39
Життєва активність	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,320* ,047 39	-,150 ,362 39	-,051 ,756 39	-,125 ,448 39
Соціальне функціонува ння	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,012 ,940 39	,535** ,000 39	-,196 ,231 39	,294 ,069 39
Рольове функціонува ння, зумовлене емоційним станом	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,020 ,902 39	,101 ,542 39	,093 ,571 39	,154 ,349 39
Психічне здоров'я	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,286 ,050 39	-,163 ,322 39	,041 ,803 39	-,160 ,331 39
Загальне духовне благополучч я	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,030 ,858 39	,101 ,542 39	-,039 ,815 39	,043 ,793 39

Проаналізувавши результати методики «ставлення до здоров'я» (автор Р. Березовська) та методики «Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)», ми

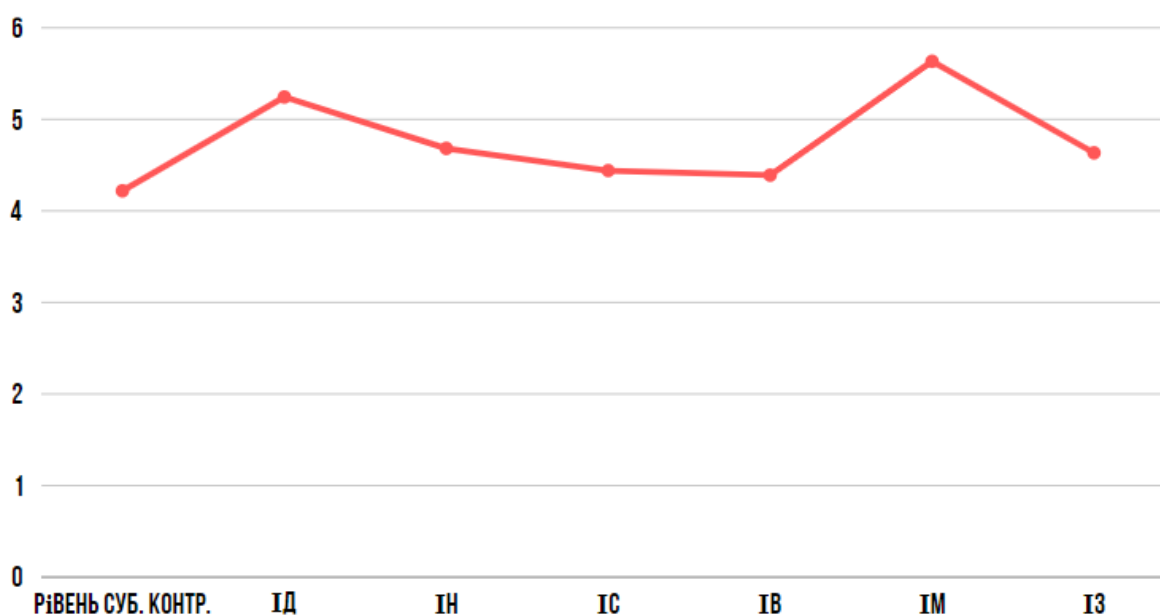
можемо відмітити наявність кореляції між показниками «когнітивної сфери» та «життєва активність», а також присутня кореляція між «емоційною сферою» та «соціальним функціонуванням».

Ми можемо говорити про те, що навіть наявність хвороб у пацієнтів, не пов'язана з домінуючою значимістю здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей особистості, та сформованістю мотивації на збереження та зміцнення власного здоров'я.

Таблиця 3.10

**Описові статистики за шкалами методики
«Рівень суб'єктивного контролю»**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Рівень суб'єктивного контролю	41	1,00	10,00	4,2195	2,18532
Область досягнень (ІД)	41	1,00	10,00	5,2439	2,39563
Область невдач (ІН)	41	1,00	10,00	4,6829	2,60230
Сімейні відносини (ІС)	41	1,00	10,00	4,4390	2,06214
Виробничі відносини (ІВ)	41	1,00	9,00	4,3902	2,04790
Міжособистисні відносини (ІМ)	41	1,00	10,00	5,6341	2,37441
Здоров'я та хвороба (ІЗ)	41	1,00	10,00	4,6341	2,71805
Valid N (listwise)	41				



Мал. 3.5. Описові статистики за шкалами методики «Рівень суб'єктивного контролю» у вигляді графіку.

Ми можемо спостерігати низькі показники за усіма шкалами, що свідчить про наступне:

За шкалою загальної інтернальності (Із): низький індикатор за шкалою свідчить про низький рівень особистого го впливу. Пацієнти не бачать зв'язу між їх діями та суттєвими подіями у їх власному житті. Досліджувані не вважають себе здатними керувати своїм власним розвитком і вважають, що більшість подій в їхньому житті пов'язана з простим збігом обставин, або ж впливом інших людей.

За шкалою інтернальності у сфері досягнень (Ід): низькі значення свідчать про те, що особа пояснює свої досягнення, успіхи та радість зовнішніми обставинами, такими як везіння, щасливий оберт долі або допомога інших людей.

Питання везіння та його зв'язок з досягненнями викликало у досліджуваних жваву дискусію. Деякі пацієнти ділились власними історіями та досвідом знайомих їм людей, які слугували аргументом у випадках досягнення успіху завдяки везінню, або ж слугували причиною їх особистих невдач через вплив зовнішніх факторів, або ж інших людей.

За шкалою інтернальності у сфері невдач (Ін): знижені значення Ін свідчать про те, що досліджувані схильні приписувати відповідальність за події іншим людям або розглядає їх як наслідок нещасливого випадку.

За інтернальності у сімейних відносинах (Іс): низькі значення Іс вказують на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, що виникають в його сім'ї.

За шкалою інтернальності у сфері виробничих відносин (Ів): значення вказують на те, що особа схильна приписувати більше значення зовнішнім обставинам, таким як керівництво, співробітники, везіння чи нещасливі обставини.

Шкала інтернальності у сфері міжособистісних відносин (Ім): вказує нам на те, що людина не може активно формувати свій соціальний оточуючий світ і має тенденцію розглядати свої міжособисті відносини як результат дії інших.

Шкала інтернальності щодо здоров'я та хвороби (Із): показує нам, що досліджувані вважають все результатом випадку, і вони сподіваються, що відновлення прийде завдяки зусиллям інших осіб, перш за все, лікарів.

Таблиця 3.11

Кореляційний аналіз показників прихильності до лікування і характеристик суб'єктивного контролю пацієнтів

		ГІВЕНЬ суб'єктивного контролю	Область досягнень (ІД)	Область невдач (ІН)	Сімейні відносини (ІС)	Виробничі відносини (ІВ)	Міжособистісні відносини (ІМ)	Здоров'я та хвороба (ІЗ)
Прихильність до лікування	Correlation Coefficient	,126	,200	,011	,025	,048	,123	,077
	Sig. (2-tailed)	,439	,217	,945	,881	,769	,448	,635
	N	40	40	40	40	40	40	40
Прихильність до лікувальної терапії	Correlation Coefficient	,124	,281	-,020	,061	,013	,058	,044
	Sig. (2-tailed)	,445	,079	,904	,707	,937	,721	,789
	N	40	40	40	40	40	40	40
Прихильність до медичного супроводу	Correlation Coefficient	,066	,284	-,072	,155	,027	,076	-,012
	Sig. (2-tailed)	,686	,075	,660	,340	,870	,643	,941
	N	40	40	40	40	40	40	40
Прихильність до зміни способу життя	Correlation Coefficient	,156	,181	,121	,014	,188	,188	,045
	Sig. (2-tailed)	,335	,265	,458	,931	,245	,246	,781
	N	40	40	40	40	40	40	40

Кореляційний аналіз показників прихильності до лікування і характеристик суб'єктивного контролю пацієнтів показує нам відсутність

кореляції між прихильністю до лікування та зміни свого способу життя і особистісними рисами досліджуваних.

Під час проведення дослідження, нами була також проведена невелика бесіда, в ході якої досліджувані відповідали на питання пов'язані з їх прихильністю до здорового способу життя.

Нами було визначено, що переважна більшість не лише не дотримувалась оптимальної фізичної активності протягом життя, здорового раціону харчування і регулярної перевірки свого здоров'я та піклування про нього, а і також мала перелік певних шкідливих звичок.

Більшість пацієнтів розповідали про свій «неправильний спосіб життя», з певним соромом. Пацієнти розуміли, що недотримуються здорового способу життя, а також мають шкідливі звички які впливають на їх стан здоров'я. Вони вважають таку поведінку неправильною, та називають це причиною, чому вони опинились в лікарні. Проте більшість пацієнтів не виказують бажання змінити свій спосіб життя.

Під час бесіди, пацієнтам було поставлене запитання: «Як би ви визначили, що для вас є здоров'я, та що означає бути здоровим?».

Відповіді на це запитання мали певну різноманітність. Троє пацієнтів не змогли дати відповідь на це запитання. Серед інших відповідей спостерігались наступні: відсутність хвороб та болю, здоров'я навколишньої сім'ї та її щастя, можливість працювати, а також, що це основна цінність в житті.

Результати дослідження когнітивного компонента відносини пацієнтів до здоров'я ми можемо представити наступним чином. Аналіз визначень пацієнтами поняття «здоров'я» показує нам, що 70% досліджуваних дають формальне визначення поняття «здоров'я», а 30 % досліджуваних використовують асоціативні визначення, засновані на особистих уявленнях, власному досвіді та бачені поняття «здоров'я». Формальні визначення «здоров'я» пацієнти дають, вказуючи такі поняття як «найважливіше в житті», «не звертатися до лікарів», «не хворіти», «добре себе почувати», «мати змогу працювати». Асоціативні визначення всіх пацієнтів, містять перелік таких

характеристик, пов'язаних з емоціями: почуття захищеності, підтримка, душевний спокій, кохання, щастя, праця, життя, сила, «робити що хочеш».

Згідно з цим опитуванням та особистими бесідами, ми можемо говорити про те, що для досліджуваних, їх здоров'я несе велику цінність в житті. Вони відчують тривожний настрій з приводу своєї хвороби та мають страхи пов'язані з можливістю рецидиву. Проте результати дослідження показують, що досліджувані не мають достатньою мотивації для змін.

3.2 Методичні рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя

На основі проведеного дослідження, нами були створені методичні рекомендації підвищення прихильності до здорового способу життя для пацієнтів.

Формування здорового способу життя представляє собою системну модель. Ця системність визначається взаємодією знань, навичок і вмінь, які набувають особи, забезпечуючи їхню працездатність, мораль та духовність на відповідному рівні. Для досягнення цієї мети необхідно орієнтуватися на основні принципи фізіології, психології людини, соціології та інших суміжних наук. Всі ці знання разом дозволяють впроваджувати ефективні технології, спрямовані на збереження, зміцнення та формування здоров'я, а також на свідоме ставлення до власного здоров'я, що проявляється у позитивних вчинках і діях.

Більш детально: здоров'я – це здатність:

- адаптуватися до оточуючого середовища та власних особистих можливостей;
- протистояти зовнішнім та внутрішнім захворюванням;
- зберігати власне здоров'я, а також природне та штучне середовище проживання;
- розширювати свої можливості, умови і область проживання, а також обсяг і різноманіття доступного екологічного, інтелектуального і морально-етичного середовища;

- збільшувати тривалість повноцінної життєдіяльності;
- покращувати можливості, якість та здібності свого організму, а також якість життя і середовища проживання;
 - створювати, підтримувати і зберігати культурні, духовні і матеріальні цінності;
 - Формувати адекватну самосвідомість та етико-естетичне ставлення до себе, близьких, індивідуумів, гуманітарної сфери, а також відношення до понять добра та зла.

Здоров'я - це концепція, яка охоплює різноманітні аспекти. Це не тільки відсутність захворювань, але також високий рівень адаптації, благополуччя, комфортне психологічне самопочуття та толерантні соціальні відносини. На поточному етапі виділяються такі складові здоров'я людини: духовна, соціальна, психологічна, інтелектуальна, емоційна, фізична і особиста. Усі ці аспекти здоров'я людини вважаються однаково важливими та взаємозв'язаними.

Фізичне здоров'я людини - це стан організму, при якому показники основних систем перебувають в межах фізіологічної норми і адекватно змінюються під час взаємодії людини з навколишнім середовищем.

Інтелектуальне здоров'я включає в себе норму структурно-функціонального базису інтелекту, який проявляється в нормальному вирішенні різноманітних завдань вербально-логічної і логічно-алгоритмічної взаємодії з оточуючим середовищем.

Емоційне здоров'я – це вміння управляти своїми переживаннями.

Психічне здоров'я визначається за показниками вашого ставлення до себе, до друзів і до потреб життя.

Соціальне здоров'я визначається повагою до духовних цінностей своєї сім'ї, свого народу і всього людства.

Здоров'я особистості включає в себе процес самовдосконалення і саморозвитку, самооцінку та свободу, а також здатність бути індивідуумом.

Навчання здоровому способу життя повинно бути системним та сприяти гармонійному розвитку молоді. Ця робота передбачає кілька ключових

аспектів: по-перше, вивчення уявлень молоді про здоровий спосіб життя; по-друге, формування свідомості та культури здорового способу життя; по-третє, розробку заходів з навчання молоді здоровому способу життя.

Методологічною основою формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя є гуманістичний підхід. Сутність цього підходу полягає у створенні сприятливої ситуації для готовності людини сприймати та адекватно реагувати на виховні впливи навчального та соціального середовища.

Рівень цієї готовності визначається здатністю людей перетворювати зовнішні вимоги на внутрішні стимули та мотиви, спонукаючи до пробудження самосвідомості та відповідальності за власну культуру поведінки.

Поняття «здоровий спосіб життя» розглядається у співвідношеннях тріади: здоров'я – здоровий спосіб життя – культура здоров'я.

Так, визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) вказує на те, що здоров'я - це не лише відсутність хвороби чи фізичних вад. Здоров'я охоплює стан повного фізичного, душевного (духовного) та соціального благополуччя. В такому контексті здоров'я розглядається як не лише ресурс, але й як мета життя, вказуючи на багатоплановий характер і важливість усіх аспектів благополуччя для загального стану здоров'я людини.

Поняття «здоров'я» нерозривно пов'язане із поняттям «здорового способу життя» як сценарій життєдіяльності, спрямований на збереження та покращення здоров'я людини.

Результатом сформованості здорового способу життя є культура здоров'я як інтегративна якість особистості і показник вихованості, що забезпечує певний рівень знань, умінь і навичок формування, відтворення та зміцнення здоров'я. Культура здоров'я характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Методологічним підґрунтям є діяльнісний і системний підходи до формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

Критеріями формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у людини можна вважати:

- На рівні фізичного здоров'я виявляється бажання до досягнення фізичної відмінності, сприйняття власного здоров'я як найвищої соціальної цінності, фізична готовність, загальна фізична працездатність, стійкість організму, дотримання раціонального режиму дня, дотримання вимог особистої гігієни та правильне харчування.

- На рівні психічного здоров'я, або психологічного комфорту, виявляється відповідність пізнавальної діяльності календарному віку, розвиненість довільних психічних процесів, наявність саморегуляції, адекватна самооцінка, відсутність акцентуацій характеру та шкідливих поведінкових звичок.

- На рівні духовного здоров'я виявляється узгодженість загальнолюдських та національних морально-духовних цінностей, наявність позитивного ідеалу, працелюбність, відчуття прекрасного у житті, в природі та у мистецтві.

- На рівні соціального здоров'я, або соціального благополуччя, проявляється сформована громадянська відповідальність за наслідки способу життя, позитивно спрямована комунікативність, доброзичливість у ставленні до людини, а також здатність до самоактуалізації, саморегуляції та самовиховання.

Формування здорового способу життя, культури здоров'я, підвищення їх виховних можливостей потребує максимальної уваги до мотиваційної сфери людини у прагненні бути здоровими.

Мотивація на здоровий спосіб життя – це система ціннісних орієнтацій, внутрішніх спонук до збереження, відновлення і зміцнення здоров'я.

Серед різних форм і методів процесу формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя особливе значення приділяється активним методам, що базуються на демократичному стилі взаємодії, спрямовані на самостійний пошук істини та сприяють формуванню критичного мислення, ініціативи та творчості. До цих методів відносяться соціальне проектування, використання

відкритої трибуни, проведення ситуаційно-рольових ігор, соціально-психологічних тренінгів, інтелектуальних аукціонів, метод "мозкової атаки", аналіз соціальних ситуацій з морально-етичним відтінком та гра-драматизація.

Доцільно застосовувати традиційні методи: бесіда, диспут, лекція, семінар, роз'яснення, переконання, позитивний і негативний приклади, методи вправ, контролю і самоконтролю, створення громадської думки.

Застосування цих методів сприяє утворенню у людини адекватної моральної самооцінки, дає можливість організувати дієву роботу з формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя, знецінити і зруйнувати негативні мотиви, перебудувати і змінити негативні форми у поведінці людей на позитивні; підтримати, посилити позитивні моральні спонуки, активізувати їх прояви чи загальмувати негативні мотиви, знизити їх силу, утримати особу від прояву негативної мотивації на здоровий спосіб життя.

Вирішення проблем здоров'я людини лежить у самій людині, у її знаннях і розумінні процесів формування, збереження, зміцнення і відновлення власного здоров'я, а також у вмінні дотримуватися правил здорового способу життя. Людина повинна усвідомити, що наше майбутнє залежить від здорових людей, оскільки лише фізично і морально здорова людина здатна творити і приносити користь суспільству.

Поширення та вживання наркотичних речовин залишається актуальною та нагальною проблемою в українському суспільстві. Протягом тривалого часу ця проблема в Україні не висвітлювалася в літературі та не вивчалася належним чином, що призвело до низки негативних наслідків, таких як недостатнє усвідомлення населення щодо шкідливості наркотиків та відсутність ефективних методів профілактики.

Унаслідок дефіциту інформації про шкідливі наслідки вживання наркотиків, у багатьох молодих людей сформувалося неправильне уявлення про наркоманію як про розвагу, своєрідний "світ кайфу", де можна отримати неординарні та приємні відчуття.

Проблему наркотиків загостило складне економічне становище в країні, що призвело до зниження рівня життя, розшарування населення, особливо окремих сімей, криміналізацію суспільства та трансформацію виховної функції багатьох сімей, що в свою чергу сприяло виникненню проблеми залежностей.

Кризові явища в економіці послабили позитивний вплив сім'ї, як інституту, що має піклуватись про життя та здоров'я, забезпечити нормальні умови розумового і культурного розвитку в суспільстві. Матеріальні труднощі в сім'ї та масова пропаганда культури сили, грошей, добутих будь-яким шляхом, викликають у людей бажання протиправного збагачення та пошуку нових відчуттів.

Саме такий стан речей став фундаментом, на якому почали поширюватись алкоголізм, паління, наркоманія, токсикоманія.

Простежується тенденція до зниження середнього віку, у якому молодь починає налити, вживати алкоголь та інші психоактивні речовини (ПАР).

Досягнення мети антинаркотичної діяльності залежить від її змісту і напрямку. У сфері профілактики наркоманії вчені виділяють два основні види: загальну та індивідуальну.

Доцільним є надання інформації з конкретними прикладами, включаючи як негативні, так і позитивні сценарії. У сфері антинаркотичної роботи не існує універсального засобу, і вирішення цього питання вимагає комплексного підходу.

Основні вимоги до антинаркотичної профілактичної діяльності включають постійний характер та ведення одночасно проти вживання всіх груп психоактивних речовин, таких як тютюн, алкоголь, лікарські та нелегальні наркотичні засоби.

Формування нової ідеології та культури зміцнення здоров'я людей визначається як важливе завдання, вирішення якого є критичним для суспільства, оскільки може призвести до серйозних і невідновних втрат людського потенціалу. Аналіз практики показує, що більшість сучасних людей ставляться до культури здорового способу життя з певною обережністю, а іноді

й зі скептицизмом. Здоров'я молоді в сучасній Україні має тенденцію до погіршення, що обумовлено зростанням негативних впливів екологічних, економічних, соціальних та інших чинників.

У сучасних умовах фізична культура визнається одним з ефективних та доступних засобів профілактики захворювань, підвищення розумової та фізичної працездатності, а також проведення здорового дозвілля.

Було встановлено, що однією з причин різноманітних відхилень у фізичному розвитку і стані здоров'я людей є недостатня рухова активність, об'єм якої з кожним роком зменшується.

Таким чином, надзвичайно важливо своєчасно виробити у людини потребу в систематичній фізичній активності. Середній шкільний вік вважається найсприятливішим для цього, оскільки саме в цьому періоді відбуваються суттєві зміни у фізичному і психічному розвитку дитини. Також в цей час закладаються основи здоров'я, формуються майбутні звички, погляди на життя, інтереси, а також виражаються риси вдачі і свідомість.

Багатьма науковими дослідженнями було підтверджено факт, що загальна рухова активність дітей значно знижується з моменту вступу до школи. Для сучасних загальноосвітніх навчальних закладів надзвичайно актуальним стає питання формування у молоді культури збереження власного здоров'я та прийняття здорового способу життя.

Важливо відзначити, що фізичну культуру слід розглядати не лише як заняття руховими вправами і процедурами загартування. Поняття "фізична культура" охоплює широкий спектр розумінь, які стосуються правильного режиму раціонального харчування, дотримання правил гігієни та виховання корисних звичок. Фізична культура – це принцип відношення людини до свого здоров'я та розвитку свого організму. Цей принцип визначає повсякденне життя, а завдання зміцнення здоров'я вирішується через фізичне виховання на основі розвитку фізичних якостей, властивих кожній людині.

Принцип оздоровчої спрямованості фізичної культури полягає в організації фізичного виховання, зокрема занять фізичними вправами, таким

чином, щоб вони сприяли профілактиці захворювань та зміцненню здоров'я. Під час фізичного виховання важливо забезпечувати поєднання роз'яснювальної та виховної роботи з різними формами практичних занять фізичними вправами. Такий підхід дозволяє робити фізичну культуру свідомим та обов'язковим елементом режиму для кожного із учасників.

Регулярні заняття фізкультурою мають позитивний вплив на розвиток людини та її сім'ї, стимулюють дотримання правильного режиму і вимог гігієни.

Висновки до третього розділу

Проаналізувавши результати проведеного дослідження, ми можемо заключити, що пацієнти не виявляють прихильності до наслідування здорового способу життя.

Кореляційний аналіз не показав зв'язку між психосоціальними аспектами та прихильністю до здорового способу життя у досліджуваних.

Соціальні критерії, такі як вік, освіта, дохід та сімейний стан, серед досліджуваної вибірки, не корелюють з прихильністю до здорового способу життя, прихильністю до лікування, прихильністю до лікувальної терапії, прихильністю до медичного супроводу та прихильністю до зміни способу життя.

Результати кореляційного аналізу показників шкал методики Mini-Mult і показників прихильності до лікування показали нам, що спостерігається кореляція лише за шкалою шизоїдності (Se), яка корелює з наступними показниками: «прихильність до лікування», «прихильність до лікувальної терапії» та «прихильність до медичного супроводу».

Кореляції між шкалами та показником «прихильність до зміни способу життя» є досить низькою.

В даному випадку ми можемо говорити про те, що серед пацієнтів не виявлено бажання змінювати свій спосіб життя, не дивлячись на їх фізичний стан, проте вони виявляють зацікавленість в покращенні їх здоров'я, що можна пояснити їх перебуванням на стаціонарі в даний момент.

Результати кореляційного аналізу показників опитувальника якості життя і ставлення до здоров'я показав, що навіть наявність хвороб у пацієнтів, не пов'язана з домінуючою значимістю здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей особистості, та сформованістю мотивації на збереження та зміцнення власного здоров'я.

Проаналізувавши результати дослідження за методикою «Рівень суб'єктивного контролю», ми можемо спостерігати низькі показники за усіма

шкалами, що свідчить про низький рівень особистісного впливу на всі аспекти власного життя.

Кореляційний аналіз показників прихильності до лікування і характеристик суб'єктивного контролю пацієнтів показує нам відсутність суттєвої кореляції між прихильністю до лікування та зміни свого способу життя і особистісними рисами досліджуваних.

Методичні рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя включають в себе формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

Методологічною основою формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя є гуманістичний підхід. Сутність цього підходу полягає у створенні сприятливої ситуації для готовності людини сприймати та адекватно реагувати на виховні впливи навчального та соціального середовища.

Рівень цієї готовності визначається здатністю людей перетворювати зовнішні вимоги на внутрішні стимули та мотиви, спонукаючи до пробудження самосвідомості та відповідальності за власну культуру поведінки.

Результатом сформованості здорового способу життя є культура здоров'я як інтегративна якість особистості і показник вихованості, що забезпечує певний рівень знань, умінь і навичок формування, відтворення та зміцнення здоров'я. Культура здоров'я характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Методологічним підґрунтям є діяльнісний і системний підходи до формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

Доцільно застосовувати традиційні методи: бесіда, диспут, лекція, семінар, роз'яснення, переконання, позитивний і негативний приклади, методи вправ, контролю і самоконтролю, створення громадської думки.

Також рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя включають в себе проведення антинаркотичних заходів.

Основні вимоги до антинаркотичної профілактичної діяльності включають постійний характер та ведення одночасно проти вживання всіх груп

психоактивних речовин, таких як тютюн, алкоголь, лікарські та нелегальні наркотичні засоби.

Методичні рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя включають в себе також формування нової ідеології та культури зміцнення здоров'я людей.

Принцип оздоровчої спрямованості фізичної культури полягає в організації фізичного виховання, зокрема занять фізичними вправами, таким чином, щоб вони сприяли профілактиці захворювань та зміцненню здоров'я. Під час фізичного виховання важливо забезпечувати поєднання роз'яснювальної та виховної роботи з різними формами практичних занять фізичними вправами. Такий підхід дозволяє робити фізичну культуру свідомим та обов'язковим елементом режиму для кожного із учасників.

Регулярні заняття фізкультурою мають позитивний вплив на розвиток людини та її сім'ї, стимулюють дотримання правильного режиму і вимог гігієни.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Відповідно до поставлених завдань були отримані такі висновки.

Перше, друге та третє завдання були розкриті у першому розділі. Було розглянуте питання поняття «здорового способу життя», особливості його прояву, а також було теоретично досліджено особливості виникнення та перебігу даного явища в суспільстві.

З'ясовано, що здоров'я є основною та фундаментальною загальнолюдською цінністю.

Було зазначено, що здоровий спосіб життя це комплексний спосіб життєдіяльності людей який направлений та підтримку різних функцій особистості. До них входять: фізичні, психічні, соціальні, моральні та трудові функції.

До складових здорового способу життя, було віднесено наступні складові:

- відсутність шкідливих звичок (до них відносяться тютюнова, алкогольна, наркотична залежність, безладні та небезпечні статеві стосунки);
- усвідомлення цінності здоров'я (домінування духовного пріоритету та відповідна психічна установка);
- збалансоване харчування (оптимальна кількість питної води, вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів та харчових добавок);
- побут (якість житла, наявність умов для пасивного та активного відпочинку, рівень комфорту для психічної та фізичної безпеки);
- умови праці (наявність на роботі умов для професійного розвитку, наявність стимулів для професійного розвитку, забезпечення безпеки у фізичному та психічному аспекті);
- рухова активність (включення в життя фізичної культури, спорту, різноманітних систем оздоровлення та застосування відновлення після фізичних та психічних навантажень).

Був зроблений огляд еволюції психологічної культури здорового способу життя від найбільш ранніх цивілізацій до сучасності. Було проаналізовано уявлення про поняття «здоровий спосіб життя» в історії українського народу, та зазначено важливість слідування здоровому способу життя для нашого народу.

Та здійснений теоретичний аналіз психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя, до яких було віднесено наступні:

- Мотивація;
- Самоконтроль;
- Воля;
- Психологічний комфорт;
- Психологічна стійкість до стресу;
- Спільність та підтримка;
- Психосоціальний статус і освіта;
- Матеріальні умови життя;
- Здоров'я;
- Сімейні відносини та виховання;
- Особливості професійної діяльності;
- Звички.

Четверте та п'яте завдання було розглянуто у другому розділі.

Аналізуючи існуючі дослідження з зазначеної проблеми, ми визначили методологію та процедуру і особливості вивчення психосоціальних аспектів здорового способу життя.

У нашому дослідженні психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя було використано наступні методики:

- Опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості «СБОО») в адаптації В.П. Зайцева.
- Метод портретних виборів Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик
- «Опитувальник для пацієнтів» в який входять:
Опитувальник «Ставлення до здоров'я» автора Р.А. Березовської

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9 – Patient Health Questionnaire)

Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (ЗСК) Дж. Ротера за адаптації Бажина Є.Ф., Голинкіна С.А., Еткінда А.М.)

Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)

Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25) за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Був розроблений алгоритм експерименту з діагностики психосоціальних аспектів які впливають на прихильність до здорового способу життя.

1) Підбір методик дослідження та побудова моделі дослідження.

На даному етапі відбувся підбір, аналіз та структурування теоретичного матеріалу, в відповідності до поставленого завдання дипломної роботи. Був проведений аналіз психодіагностичного інструментарію.

2) Організація та проведення дослідження.

На даному етапі ми виконували практичну частину дослідження. На цьому етапі відбувалась детальна підготовка до дослідження та його безпосереднє проведення на вибірці досліджуваних серед пацієнтів неврологічного відділення, київської міської лікарні № 3.

У дослідженні брали участь 42 пацієнти, з них 8 жінок та 34 чоловіки, віком від 38 до 75 років.

Серед опитуваних був проведений короткий інструктаж, були надані інструкції по кожній методиці, далі респонденти отримали самі методики.

Обробка результатів дослідження, інтерпретація отриманих результатів та їх оформлення.

3) Після цього нами було проведено обрахунки для знаходження кореляційних зв'язків між шкалами за допомогою критеріїв математичної обробки даних. Всі отримані результати аналізувались та також заносились до таблиць.

Шосте та сьоме завдання було виконане у третьому розділі.

Був проведений аналіз та інтерпретація проведеного дослідження. Проаналізувавши результати проведеного дослідження, ми можемо заключити, що пацієнти не виявляють прихильності до наслідування здорового способу життя.

Кореляційний аналіз не показав зв'язку між психосоціальними аспектами та прихильністю до здорового способу життя у досліджуваних.

Також були розроблені методичні рекомендації для підвищення прихильності до здорового способу життя.

Рекомендації включають в себе формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя, себе проведення антинаркотичних заходів та формування нової ідеології та культури зміцнення здоров'я людей.

Таким чином гіпотеза про вплив психосоціальних аспектів прихильності здорового способу життя не є підтвердженою.

Список використаних джерел

1. Авдєєв Д. А. (2009). Нервовість: її духовні причини та прояви – 6-е вид., М. : МБЦ Серафима Саровського, Омега.
2. Амосов Н.М. (1987). Роздуми про здоров'я, 3-е вид., (с. 64). М.: Фізкультура и спорт.
3. Андрєєва Т.І. (2002). Допомога курцям у припиненні паління. Практичне керівництво для працівників охорони здоров'я. (с. 146). Київ: Здоров'я.
4. Артемчук А. Ф. (1985). Алкоголізм у людей молодого віку. (с. 128). Київ: Здоров'я.
5. Бабушкіна І.О. (2011) Психологічний супровід здорового способу життя у студентів педагогічних напрямів. (с. 228) Психологическое сопровождение здорового образа жизни студентов педагогических специальностей.
6. Баланов М. О. (1997). Безпека життєдіяльності : навч. посібник / За ред. М. Назарука. (с. 275). Львів : За вільну Україну.
7. Болесниченко П. Л. (2017). Безпека життєдіяльності. ГЭОТАР-Медиа.
8. Белюмов В.М., Костенко О.Р. (1989) Шкода алкоголю, нікотину та наркотиків. (с. 192). Київ.
9. Бех І. Д. (1995). Від волі до особистості. Київ: Україна: Віта.
10. Бобрицька В.І. (2005). Питання збереження здоров'я в освітніх курсах «Валеологія» та «Безпека життєдіяльності».
11. Васильова О. С. (2001). Психологія здоров'я людини: еталони, уявлення, установки. (с. 352). М. : видавничий центр “Академія”.
12. Галецька Інна, Сосновський Титус. (2006) Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка.
13. Гаркуша Н.С. (2014). Виховання культури здоров'я школярів, психологічний аспект. Дискуссія № 1 (42).
14. Горашук В.І. (2005). Теоретичні підходи до формування культури здоров'я школярів № 5.

15. Делікатний С. К. (1999). Формування психологічної готовності співробітників ОВС до забезпечення особистої безпеки в екстремальних ситуаціях оперативно-службової діяльності Вісник ХНУВС № 8.
16. Дубровина І. В. (2009). Психічне та психологічне здоров'я в контексті культури особистості. Вісник практичної психології – № 3.
17. Димова А.В. (2016). Психологічна культура і психологічне здоров'я особистості в інформаційному суспільстві. Молодий вчений №27.
18. Желібо Є.П. (2007). Безпека життєдіяльності : підручник. Київ: Каравела.
19. Запорожченко В.Г. (1984) Спосіб життя та шкідливі звички.
20. Карасєва Т.В, Лощаков А.М. (2008). Основи медичних знань та здорового способу життя. Шуя : Вісник.
21. Карпов О.О. (2013). Педагогічні умови формування здорового способу життя у молоді. Педагогічний процес: теорія і практика.
22. Копа В. М. (2004). Механізм реалізації соціокультурного ідеалу здоров'я Мультиверсум. Зб. наук. Пр. Київ: Центр духовної культури.
23. Лях М.В. (2012). Види мотивів учбово-професійної діяльності, їх розвиток в студентському віці.
24. Надточаєв А.С. (1990). Філософія і наука в епоху античності. М.: Видав-во МГУ.
25. Олександр Ф. (1995). Людина і її душа: пізнання і лікування від старовини до наших днів. М.: Прогрес-Культура.
26. Пістун І. П. (2000). Безпека життєдіяльності : навчальний посібник. Суми : Видавництво «Університетська книга».
27. Платонов К.К. (1986). Структурата розвиток особистості. М.: Наука.
28. Психологія здоров'я людини за ред. І. Я. Коцана. (2009). Луцьк: РВВ «Вежа»:Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки.
29. Правдина Л.Р., Васильєва О.С. (2013). Психологія здоров'я та безпека життєдіяльності. Северо-Кавказский психологический вестник. 2013. № 11/1. С. 39-43.

30. Рачкова С.О. (2012). Система роботи школи щодо формування навичок здорового способу життя : методичний посібник Хмельницький.
31. Рудніцька І. (2004). Формування здорового способу життя молоді: підлітковий вік. Психолог.
32. Сайков Д. В. (2004). Алкогольна депресія : монографія. Харків. : Колегіум.
33. Січинський В.Ю. (1992). Чужинці про Україну. Київ.: Довіра.
34. Суценко Л.П. (1999) «Соціальні аспекти культивування здорового способу життя людини». Запоріжжя: Запорізький державний університет.
35. Суценко Л.П. (1999). Соціальні технології культивування здорового способу життя людини. Запоріжжя: ЗДУ.
36. Aldwin C. M. (2017). Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives. Springer Publishing Company, Incorporated.
37. Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3).
38. Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (2018). Handbook of Health Psychology. In Routledge eBooks.
39. Becker M. H. (1976). Health Belief Model and Personal Health Behavior. Slack, Inc.
40. Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Minicucci, D. S., Ory, M. G., Ogedegbe, G., Orwig, D., Ernst, D., & Czajkowski, S. M. (2004). Enhancing treatment fidelity in health Behavior change Studies: best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology*.
41. Brocki, J. M., & Wearden, A. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health*
42. Coreil J., Bryant C. A. (2001). Henderson J. N. Social and Behavioral Foundations of Public Health. (360 p.). Sage Publications, Inc.

43. Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Measuring stress: A guide for health and social scientists. In Oxford University Press eBooks.
44. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4).
45. Davis, A. K., Maney, D. L., & Maerz, J. C. (2008). The use of leukocyte profiles to measure stress in vertebrates: a review for ecologists. *Functional Ecology*.
46. Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. H., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*
47. Frazier L. D. (2020). *Health Psychology & Launchpad for Health Psychology*. Worth Publishers.
48. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (1992). Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice. *Annals of Internal Medicine*, 116(4), 350.
49. Mehling, W., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F. M., & Stewart, A. L. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLOS ONE*
50. Miller, G. E., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). Health Psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60(1)
51. Ockene J. K., Riekert K. A., Pbert L. (2014). *Handbook of Health Behavior Change*. Springer Publishing Company, Incorporated.
52. Ogden J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham : Open University Press.
53. Prochaska J. O., DiClemente C. C., Norcross J. C. (2010). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. HarperCollins Publishers.
54. *Psychosocial Aspects of Healthcare (2002)* / N. Sharby et al. Prentice Hall.

55. Psychosocial factors affecting health / ed. by L. Mack, K. K. M. D. (1982).
New York : Praeger Publishers.
56. R M. W. (2013). Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed.
New York, NY : Guilford Press.
57. Sarafino E. P., Smith T. W. (2016). Health Psychology : Biopsychosocial
Interactions, Ninth Edition: Biopsychosocial Interactions. Wiley.
58. Scriven A. (2010). Promoting health: A practical guide. 6th ed. Edinburgh :
Bailliere Tindall.
59. Social determinants of health: The solid facts. / ed. by W. R. G. (2003). 1943-
M. M. G, World Health Organization. Regional Office for Europe. 2nd ed.
Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
60. Schabracq, M. J., Winnubst, J., & Cooper, C. L. (2003). Handbook of work
and health psychology. In Wiley eBooks.
61. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and
modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied
Psychology.
62. Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology:
Psychological adjustment to chronic disease. Annual Review of
Psychology, 58(1)
63. Straub R. O. (2019). Health Psychology: A Biopsychosocial Approach. Worth
Publishers, Incorporated.
64. Suls, J., & Rothman, A. J. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model:
Prospects and Challenges for health Psychology. Health Psychology.
65. Talbot L., Verrinder G. (2009). Promoting Health: The Primary Health Care
Approach. Elsevier Australia.
66. The Canon of Medicine of Avicenna [Sadykov AC, Nurmukhamedov MK,
Aripov UA, et al (Eds.)]. - Tashkent: FAN. (1981).
67. The Health belief model and personal health behavior. San Francisco : Society
for Public Health Education, (1974).

68. Underwood L. G., Gottlieb B. H., Cohen S. (2000). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford University Press.
69. *Violent behavior* / ed. by O. H. P. Network. (1992). Columbus, Ohio : Ohio Health Promotion Network, Ohio Dept. of Health, Bureau of Health Promotion and Education.
70. Williams, P., Holmbeck, G. N., & Greenley, R. N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3).