

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА

---

Факультет психології та соціальної роботи

---

Кафедра соціальної психології

---

**Кваліфікаційна робота**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

---

**«Психологічні особливості підтримки здорового способу життя в умовах кризи»**

**«Psychological features of maintaining a healthy lifestyle in crisis conditions»**

Виконала: здобувачка заочної форми навчання спеціальності 053 Психологія

Освітня програма Психологія

Терлецька Олена Олександрівна

Керівник: к. психол.н., доцент Амплєєва О.М.

Рецензент: д. психол.н., професор Астремська І.В.

Рекомендовано до захисту:  
Протокол засідання кафедри  
№ 4 від 21.11.2025 р.

Завідувачка кафедри

\_\_\_\_\_  
(підпис)

О.І. Кононенко  
(ПІБ)

Захищено на засіданні ЕК  
протокол № \_\_ від \_\_\_\_\_ 2025 р.  
Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Голова ЕК

\_\_\_\_\_  
(підпис)

О.І. Кононенко  
(ПІБ)

**Одеса – 2025**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ КРИЗИ.....	7
1.1. Основні принципи та складові поняття «здоровий спосіб життя».....	7
1.2. Криза як психосоціальний феномен.....	17
1.3. Психологічні особливості підтримки здорового способу життя в умовах кризи.....	22
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ КРИЗИ.....	31
2.1. Основні методологічні підходи до дослідження особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи .....	31
2.2. Методичне забезпечення дослідження особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи .....	33
Висновки до другого розділу .....	37
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ КРИЗИ .....	39
3.1. Аналіз результатів психологічної діагностики психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи .....	39
3.2. Якісна та кількісна обробка результатів емпіричного дослідження.....	54
3.3. Рекомендації щодо підтримки здорового способу життя в умовах кризи .....	76
Висновки до третього розділу.....	86
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	94
ДОДАТКИ.....	109

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасні кризові умови, зумовлені воєнною агресією проти України, економічною нестабільністю, масовою вимушеною міграцією, підвищеним рівнем невизначеності та стресу, суттєво впливають на стан фізичного та психічного здоров'я населення. На тлі зростання психоемоційної напруги та поширення негативних поведінкових стратегій (гіподинамії, порушень харчової поведінки, зловживання психоактивними речовинами) підтримка здорового способу життя набуває стратегічного значення для збереження життєздатності особистості та суспільства в цілому.

Психологічні ресурси людини до яких ми можемо віднести стресостійкість, самоефективність, позитивне мислення та здатність до саморегуляції, виступають ключовими чинниками підтримки здоров'язбережувальної поведінки в умовах кризових ситуацій. Доведено, що саме здоровий спосіб життя сприяє стабілізації психоемоційного стану, зниженню рівня тривоги та депресивних проявів, посиленню адаптаційного потенціалу та відновленню внутрішнього контролю над життям.

Разом з тим, незважаючи на зростаючий інтерес науковців до проблеми здоров'я та здорової поведінки, питання психологічних особливостей підтримки здорового способу життя саме в умовах кризових впливів є недостатньо дослідженим в українському науковому просторі. Окремої уваги потребує аналіз того, які саме психологічні механізми допомагають людині зберігати або відновлювати здорову поведінку під впливом стресових подій, які чинники сприяють адаптації, а які, навпаки, її ускладнюють.

У зв'язку з цим актуальність теми зумовлюється необхідністю збереження фізичного та психічного здоров'я населення України в умовах тривалих криз, соціальним запитом на розробку ефективних психологічних програм підтримки здорового способу життя, потребою в науковому обґрунтуванні психологічних механізмів, що забезпечують адаптацію до стресу через здоров'язбережувальну поведінку.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи є важливим як з наукової, так і з прикладної точок зору, оскільки спрямоване на підвищення якості життя, психологічної стійкості та функціонування особистості у складних соціально-політичних реаліях сьогодення.

Аналізуючи проблематику підтримки здорового способу життя слід відмитити, що, «дослідженням цієї проблеми займалися Г.Л. Апанасенко, Т.Є. Бойченко, О.В. Вакуленко, В.П. Петленко, І.І. Галецька, В.П. Горащук, Л.І. Гриценко, О.В. Губенко, О.Д. Дубогай, І.А. Зязюн, О.М. Кокун, С.В. Кириленко, Н.М. Колотій, С.В. Лапаєнко, А.Е. Лічко, С.Д. Максименко, Г.С. Нікіфорова, Ю.М. Орлова, В.Г. Панок, О.І. Петрик, О.В. Ревуцька, В.В. Рибалко, С.О. Свириденко, Р.І. Сірко, Л.П. Сущенко, Т.М. Титаренко, Т.Є. Федорченко, Б.Й. Цуканова, Т.С. Яценко та багато інших, праці яких включають аналіз ключових категорій, наукове обґрунтування зумовленості способу життя людини і стану її здоров'я, а також узагальнення й аналіз напрацювань учених з досліджуваної проблеми [76, С. 352].

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості підтримки здорового способу життя в умовах кризи.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні **завдання:**

1. Проаналізувати основні принципи та складові поняття «здоровий спосіб життя».
2. Розкрити сутність кризи як психосоціального феномена та її вплив на поведінку людини.
3. Підібрати методи для дослідження психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи.

4. Провести діагностику та описати результати емпіричного дослідження психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи.
5. Розробити психологічні рекомендації щодо підтримки здорового способу життя в умовах кризових ситуацій.

**Об'єкт дослідження** – психологічні аспекти здорового способу життя особистості.

**Предметом дослідження** є психологічні особливості підтримки здорового способу життя в умовах кризи.

**Методи дослідження.** Для реалізації поставленої мети та розв'язання визначених завдань було застосовано комплекс дослідницьких методів, серед яких: теоретичні методи (аналіз теоретико-методологічних засад проблематики, класифікація й систематизація наукових публікацій, порівняння й узагальнення результатів попередніх теоретичних та емпіричних досліджень), емпіричні методи (анкетування та інші види опитувань з метою отримання фактичного матеріалу), методи обробки результатів (систематизація й узагальнення якісних і кількісних показників, отриманих у ході емпіричного етапу роботи, методи описової статистики).

Діагностичний комплекс психологічних методик склали наступні: методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка, методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС», методика «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone.

**Організація і база проведення емпіричної роботи.** Експериментальною базою дослідження виступив Одеський національний університет імені І.І. Мечникова. У дослідженні приймали участь 48 респондентів жіночої та чоловічої статі, віком від 18 до 21 р. Вибірку склали студенти. Дослідження здійснювалося протягом грудня 2024 р. – вересня 2025 р.

**Практичне значення роботи.** Отримані результати кваліфікаційної роботи можна використовувати для психологічного супроводу та розробки

профілактичних програм, спрямованих на підтримку здорового способу життя у кризових умовах. Також для розроблення тренінгів та освітніх заходів із формування стресостійкості, здорових звичок, психоемоційної стабільності та відповідального ставлення до здоров'я у цільових групах, удосконалення роботи психологічних служб в освітніх установах та соціальних організаціях. Для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури з дисциплін «Психологія спорту», «Психологічне консультування», «Акмеологія», «Основи психології здоров'я» та ін.

**Структура роботи** складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 112 сторінок, основний зміст викладено на 93 сторінках. Робота містить 17 таблиць, 29 рисунків та 3 додатки. Список використаних джерел складає 104 праці українських та зарубіжних авторів, з них 8 – англомовні.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ КРИЗИ

### 1.1. Основні принципи та складові поняття «здоровий спосіб життя»

Поняття «здоровий спосіб життя» є багатовимірним явищем, що охоплює систему поведінкових, когнітивних та ціннісних орієнтацій особистості. Вони спрямовані на збереження, зміцнення і відтворення фізичного, психологічного і соціального благополуччя людини. У науковій літературі дане поняття визначається як усвідомлена активність, яка включає формування корисних звичок, профілактику захворювань та підтримку оптимального рівня життєдіяльності. Здоровий спосіб життя формується протягом усього життя під впливом індивідуальних установок, сімейного виховання, соціального середовища та державної політики у сфері здоров'я.

«З поняттям «здоров'я» тісно пов'язане та часто вживається поняття «спосіб життя». Спосіб життя включає в себе такі складові, як рівень життя, якість життя та стиль життя. Рівень життя - більш економічна категорія, виражається ступенем задоволення матеріальних, культурних та духовних потреб. Якість життя характеризує комфорт і задоволення людських потреб. Це визначення належить до соціологічних категорій, хоча, останнім часом, все більше привертає увагу психологів, щодо аналізу поняття «суб'єктивна якість життя». Стиль життя треба розуміти як стандартні форми поведінки, під які підпорядковується психологія та психофізіологія особистості. Це соціально-психологічна категорія» [38, С. 332-333].

Дослідниця О. Дмитрієва зазначає, що «у роботі К. Едельмана та К. Менделя [99] виділені основні типи концепцій здоров'я та представлені у вигляді чотирьох моделей:

- клінічна модель здоров'я розуміється як відсутність симптомів хвороби, має відношення до медицини,

- модель рольової презентації здоров'я розуміється як здатність грати соціальні ролі (у родині, на роботі), а хвороба – це поважна причина утриматися від участі в соціальній грі,

- адаптивна модель як здатність позитивно адаптуватися до соціологічних, психічних і психологічних змін, це ознака гарного здоров'я. Широко прийнята у Сполучених Штатах,

- інтеграційна модель як взаємодія фізичних, психологічних, соціальних і духовних аспектів життя та навколишнього середовища, яка веде до благополуччя й успіху в життєдіяльності особистості» [21, С. 146].

«Американські вчені (Д. Маркс, М. Мюррей) розуміли процес формування здорового способу життя, як „будь-яку подію, процес або діяльність, яка сприяє захисту або зміцненню здоров'я особистості, громади або населення» [103].

В «Американському журналі щодо формування здорового способу життя» («American Journal of Health Promotion») подано таке визначення зазначеного поняття – «вид мистецтва, який покликаний допомогти людям змінити власний спосіб життя і досягти оптимального стану здоров'я, гармонічної єдності його складових: фізичної, емоційної, духовної та інтелектуальної. В такому контексті зміна стилю життя стає можливою лише за умови повної інформованості індивіда щодо проблеми важливості збереження здоров'я, зміни поведінки та створення умов, які б сприяли чіткому дотриманню здорового способу життя» [100; 21].

«Сьогодні проблеми формування здорового способу життя посідають провідне місце серед наукових досліджень. Погіршення загального стану здоров'я у молодих людей є причиною розвитку багатьох захворювань.

Однією з причин погіршення рівня здоров'я вважають зниження рухової активності, невиконання регулярних дозованих фізичних навантажень, порушення режиму праці та відпочинку, а також нераціональне харчування, наявність шкідливих звичок. У нинішній час від загального стану здоров'я людини та використання фізичної активності у сферах життєдіяльності залежить успішність реалізації сучасної молоді. Для можливого формування здорового способу життя, покращення інтелектуальної працездатності, творчої діяльності, фізичної витривалості сприятиме рухова активність» [72, С. 285].

«У сучасній парадигмі знань під способом життя розуміють стійкий, що склався під дією соціальних, культурних, матеріальних та професійних обставин, спосіб життєдіяльності, який проявляється в нормах спілкування, поведінці, складі мислення традиціях. При цьому виділяють економічну, соціологічну, соціально-психологічну складові категорії «спосіб життя» [38].

До основних складових поняття «здоровий спосіб життя» ми можемо віднести такі взаємопов'язані компоненти:

- ✓ Фізична складова містить раціональне харчування, достатня фізична активність, дотримання режиму сну, відмова від шкідливих звичок (паління, надмірне вживання алкоголю тощо).
- ✓ Психологічна складова включає позитивне мислення, стресостійкість, емоційна стабільність, вміння розслаблятися, внутрішня мотивація до розвитку.
- ✓ Соціальна складова як підтримка здорових міжособистісних стосунків, залучення до суспільно корисної діяльності, участь у спільнотах, що сприяють розвитку особистості.
- ✓ Духовно-ціннісна складова – це усвідомлення сенсу життя, формування моральних орієнтирів, прийняття життєвих цінностей, серед яких здоров'я посідає провідне місце.

Науковець К.О. Приліпка зазначає, що «офіційно за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України оприлюднено дані від 20.02.2024 р. про

погіршення стану здоров'я у воєнний період серед населення стрімко зростає. Через погіршення психологічного стану здоров'я, у зв'язку з воєнними подіями велика кількість людей використовували заходи відволікання від негативних подій, підвищеної тривожності ними обирались такі способи як: проведення часу в інтернеті серед 39% опитаних, а 33% опитаних обрали перегляд телевізора. У порівнянні заняття спортом серед 11% опитаних і тільки 16% - обрали прогулянки на свіжому повітрі, як спосіб уникнення негативної дії несприятливих факторів» [72; 100].

«Характеризуючи категорію стилю життя, для його виміру й опису Ю.Швалб будує соціально-психологічний простір способу життя та пропонує використовувати такі вектори, як вектор можливостей, вектор захищеності, вектор відповідальності, вектор вимушеності, які в сукупності утворюють цілісний простір соціокультурної ситуації. Об'єктивна або суб'єктивна неможливість самореалізації та досягнення значимих цілей, почуття соціальної й економічної незахищеності або втрата відповідальності і контролю над ситуацією переводять стиль життя в площину «вимушеності», що є показником негативної адаптації до несприятливих рівнів життя» [93, С. 16].

Дослідники В. Підлісна і М. Гуска вивчали принципи здорового способу життя та зазначали, що «сучасна людина грамотна та інформована про те, що корисно і що шкідливо для її здоров'я, навіть занадто інформована про різні хвороби і засоби лікування, але зовсім не освічена в питанні, як бути здоровим. Кожна людина, як це зазначалося вище, є поєднанням трьох компонентів: психологічного, соціального та біологічного. Соціальний компонент виявляється в особистості завдяки включенню його у середовище, виконання соціальних функцій, передбачених процесом навчання та виховання. Психологічний компонент є єдністю психічних процесів, станів та властивостей особистості. Головне у ньому – психічні властивості, спрямованість, темперамент, характер, здібності тощо, від яких залежить протікання психічних процесів. Біологічний компонент охоплює тип вищої

нервової діяльності, будову аналізаторів, функціональний стан, фізичне здоров'я тощо. Біологічний компонент здебільшого зумовлений генетично, але у певних межах змінюється під впливом умов життя і цілеспрямованого виховання та самовиховання [81; 67].

Формування здорового способу життя ґрунтується на низці принципів, які визначають його психологічний і поведінковий зміст:

1. Принцип усвідомленості. Людина свідомо обирає поведінку, що сприяє здоров'ю, розуміючи наслідки своїх дій. Усвідомленість проявляється у відповідальному ставленні до харчування, фізичної активності, психоемоційного стану та соціальної взаємодії.
2. Принцип системності. Здоровий спосіб життя — це комплексна взаємодія фізичних, психологічних і соціальних факторів. Неможливо підтримувати здоров'я лише за рахунок одного компонента (наприклад, спорту) без уваги до психічного чи емоційного балансу.
3. Принцип індивідуального підходу. Кожна особистість має власні фізіологічні, психологічні та соціальні особливості, тому система здорового способу життя повинна враховувати індивідуальні потреби, можливості та життєві обставини.
4. Принцип гармонійності. Передбачає узгодженість між тілесним і духовним, раціональним і емоційним, працею та відпочинком. Гармонійна людина прагне до рівноваги в усіх сферах життя.
5. Принцип активності. Здоров'я зберігається не пасивно, а через цілеспрямовану діяльність – фізичні вправи, саморозвиток, соціальну участь. Активність виступає проявом життєвої енергії та внутрішньої мотивації.
6. Принцип саморегуляції та самовиховання. Людина здатна контролювати свої емоції, поведінку, режим дня, формувати позитивні звички та позбавлятися шкідливих. Це свідчить про високий рівень особистісної зрілості.

7. Принцип соціальної відповідальності. Здоров'я окремої людини тісно пов'язане із соціальним середовищем. Тому підтримка здорового способу життя включає не лише турботу про себе, а й дотримання етичних, екологічних і культурних норм.

Так, «рівень здоров'я людини визначається умовами життєдіяльності: навчання, праці та побуту, добробутом та гігієнічною культурою, а найбільше – способом життя. Спосіб життя включає в себе такі категорії, як рівень життя, якість життя та стиль життя. Урахування важливості способу життя, поведінки у сфері здоров'я, як найважливіших детермінант здоров'я не викликає сумніву. Питання, пов'язані з дослідженням якості життя, способу життя, стилю життя, здорового способу життя та його формування, розглядаються в різноманітних соціологічних, педагогічних та соціально-психологічних дослідженнях як закордонних так і вітчизняних дослідників. Як показує аналіз досліджень, проблема здоров'я людини, як фізичного так і психічного, збереження та підвищення їх рівня, а також урахування важливості способу життя, поведінки у сфері здоров'я, як найважливіших детермінант здоров'я є актуальною соціально-психологічною проблемою, яка потребує подальшого вивчення» [38].

«У сучасних гуманітарних уявленнях здоров'я представлено як «здоров'я для», що дає можливість говорити про ті можливості, які здоров'я надає людині. Здоров'я в рамках цього підходу є одним з найважливіших ресурсів, які необхідні людині для того, щоб реалізовувати свій потенціал, свої можливості в усіх сферах життєдіяльності. В основу гуманітарних досліджень покладено цілісну людину в своєрідності її фізичного, психічного, соціального та духовного прояву. Критерієм здоров'я є розвиток та самореалізація людини у сучасному світі. Такий підхід визначає особистісну відповідальність людини за своє здоров'я та благополуччя. Людина має право обирати стратегії збереження та зміцнення свого здоров'я. Сьогодні здоров'я визначається як гармонійне поєднання фізіологічних,

психологічних (особистісних, душевних) та соціальних факторів, які забезпечують внутрішнє благополуччя індивіда» [38, С. 334].

«Фізичне здоров'я є фундаментом загального здоров'я людини, та передбачає гарне самопочуття, бадьорість, наявність енергії, працездатність та відсутність патологічних симптомів. Соціальне здоров'я будується на взаємовідносинах із соціумом та визначається тими моральними принципами, що є основою соціального життя людини в суспільстві» [38].

С. Седашева та Я. Седашев досліджували тему психологічних аспектів здорового способу життя та акцентували на тому, що «здоров'я на психологічному рівні пов'язане з особистістю людини. Психічне здоров'я може бути порушене домінуванням негативних за своєю сутністю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо. Перехід від психічного до соціального рівня дуже умовний. Психічні властивості особистості не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена. Людина розглядається на цьому рівні насамперед як істота суспільна. І, відповідно, тут на першому плані – питання впливу соціуму на здоров'я особистості [76; 15].

«У сучасній науці існує декілька підходів до проблеми здоров'я: нормоцентричний, феноменологічний, холістичний, дискурсивний, інтегративний та ін. Поняття здоров'я розглядаємо як взаємодію, взаємозалежність певних аспектів життя: фізичного, інтелектуального, емоційного, соціального, морального, особистісного; рівень повного фізичного, психічного, соціального здоров'я й благополуччя людини; як потребу та вимогу часу; умову й основу гармонійного життя та щастя; діяльність людини в напрямі укріплення індивідуального й суспільного здоров'я» [74].

«Соціальне здоров'я відображається через такі характеристики, як адекватне сприйняття соціальної реальності, інтерес до навколишнього світу, адаптація до фізичної та суспільної сфер, спрямованість на суспільно корисну працю; альтруїзм, емпатія, відповідальність перед іншими,

демократизм у поведінці. Фізичне здоров'я – один із важливих компонентів у структурі здоров'я людини. Він зумовлений властивостями організму як біологічної системи, що має здатність зберігати індивідуальне існування за допомогою самоорганізації. До проявів самоорганізації належать здатність до саморегуляції, самовідновлення. Факторами фізичного здоров'я є рівень фізичного розвитку, фізичної підготовки, готовності організму до виконання фізичних навантажень, здатність до мобілізації адаптаційних резервів організму. Під психологічним здоров'ям людини треба розуміти, за А. Маслоу, спрямованість до самоактуалізації. Для цього необхідні такі дві умови, як правильне уявлення людини про саму себе та прагнення до гуманістичних цінностей. Духовне здоров'я грецькі філософи визначали як характеристику людини, уміння індивіда вирішувати складні ситуації, зберігаючи оптимальний емоційний фон, адекватну поведінку. Під терміном «духовне здоров'я» вони розуміли ідеальний і нормальний стан психіки особистості, що давало підґрунтя ототожнювати поняття психічного та духовного здоров'я» [74].

«З метою здійснення комплексного дослідження сутності і змісту поняття здоров'я наведемо декілька дефініцій «здоров'я» та «здоровий спосіб життя» в зарубіжній науковій літературі. Дослідники Д. Маркс, М. Мюррей, Дж. Макензі, Є. Вайл [103] зазначають, що генезис слова здоров'я («health») походить від англосаксонського слова “hælf”, що означає „цілісний” (“whole”), „міцний” (“hale”), „святий”, „благочестивий” (“holy”). Історично та культурно склалося, що такі поняття як гігієна й оздоровлення, чистота та краса, розсудливість і благочестя, стриманість і помірність асоціюються з концепцією здоров'я [21].

Мусхаріна Ю.Ю. подає дану тематику в такому контексті «здоров'я розглядається як якість, стан або процес. Аналіз понятійно-змістовного складу цієї категорії, представленої в науковій літературі, дав нам змогу сформулювати визначення: здоров'я – системний багаторівневий процес

розвитку адаптивних і компенсаторних, психічних і соціальних механізмів, що забезпечує повноцінну взаємодію особистості і середовища.

«Здоров'я як основа життєдіяльності людини являє собою цілісний багаторівневий стан, що включає соматичні, психічні, соціальні, моральні та педагогічні компоненти. На соматичному, психічному і соціальному рівні забезпечення життєдіяльності відбувається за допомогою двох основних механізмів – збереження здоров'я і підвищення його резервів. Основу морального аспекту здоров'я людини становить її ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших людей. Системоутворююче значення в забезпеченні здоров'я має психолого-педагогічний компонент, сутність якого полягає у формуванні в людини з раннього віку індивідуального способу здорового способу життя» [57, С. 192].

«Певний стан здоров'я характеризує і зумовлений потенціал особистості, показує, як особистість може справлятися з безліччю ролей (функцій), – це функціональний (динамічний) підхід. Здоров'я виступає умовою і засобом вільного розвитку і тому є її об'єктивною потребою [57].

«Порівняння наведених визначень свідчить, що до ознак поняття «здоровий спосіб життя» науковцями віднесені такі його компоненти: здоров'я, спосіб життєдіяльності, умови життя, соціальні і природні чинники, фізичні і духовні зусилля, спеціальні знання і вміння, цілісна система життєвих проявів особистості, чинники ризику, усвідомленість та відповідальність, соціальне середовище, раціональна організованість, моральність та інші. Центральний компонент поняття «здоров'я». Він є головним у всіх визначеннях незалежно від їхнього об'єму (широти чи вузькості) та змісту. Поняття «здоров'я» виступає смислоутворюючою основою здорового способу життя, його метою, що досягається завдяки функціонуванню різних сприятливих умов та комплексу засобів її досягнення (матеріальних, духовних, організаційних, наукових тощо)» [49].

Науковець О. Логвиненко пише про те, що «фізичне здоров'я пов'язується наукою з індивідуальними особливостями

анатомічної будови тіла, фізіологічними функціями організму, рівнями фізичного розвитку його органів і систем, відсутністю хвороб і ін. Психічне здоров'я виявляється в індивідуальних особливостях реакцій людини на різні життєві ситуації, вірогідність стресів, афектів, що обумовлюється особливостями характеру людини, її мисленням. Духовне здоров'я невіддільне від загальної духовної культури особистості впливу на неї освіти, науки, мистецтва, етики, релігії, ставлення до сенсу життя. Спосіб життя обґрунтовується як здоровий, якщо він характеризує його високоякісний характер, виходячи щодо цього з усталених у науці і повсякденному житті позицій. Слід враховувати і те, що життєдіяльність людини відбувається в соціальному середовищі і формування здорового способу її життя відбувається під його впливом [49, С. 62].

«Наука розглядає соціальне середовище в широкому (макросередовище) і вузькому (мікросередовище) значенні. До макросередовища входить загалом все суспільство, вся суспільноекономічна система: виробничі сили, сукупність різних сфер діяльності, суспільних інститутів, суспільної свідомості. До мікросередовища – безпосереднє оточення людини, в якому вона перебуває і діє: сім'я, навчальний і трудовий колективи, об'єднання за інтересами, громадські організації тощо. У соціальному середовищі відбувається процес соціалізації особистості, який означає засвоєння нею знань, цінностей, норм, традицій, звичок, відношень, які притаманні суспільству або певній соціальній групі. Соціалізація може бути первинною, відтворюючи вікові періоди дитинства, юності, і вторинною, стосуючись дорослих. Соціалізація – процес динамічний, пов'язаний зі змінами в суспільному житті. Соціальне середовище повинно створювати для людей різних вікових груп належні умови для їх соціалізації, в тому числі – формування здорового способу життя, зміцнення здоров'я. Воно, як свідчить буття, може цілеспрямовано, активно, позитивно, з дотриманням наукових засад впливати

на ці процеси або, навпаки, не створювати належних умов, що призводить до розвитку різних негативних явищ у формуванні здорового способу життя» [49, С. 63].

«Таким чином, здоровий спосіб життя – це не лише сукупність правил поведінки, а система цінностей, яка визначає стиль мислення та життєву філософію особистості. Він базується на усвідомленому прагненні людини до гармонії між тілом, психікою й соціальним буттям. У психологічному контексті ЗСЖ є важливим чинником самореалізації, внутрішньої рівноваги та життєвої ефективності» [38].

## **1.2. Криза як психосоціальний феномен**

Криза є складним багатовимірним явищем, що охоплює як індивідуальний психологічний вимір, так і широкий соціальний контекст. У науковій літературі термін криза визначають як переломний момент розвитку, у якому звичні способи адаптації перестають бути ефективними, що призводить до необхідності радикальних змін. З одного боку, криза асоціюється із загостренням проблем і зростанням вразливості, а з іншого – відкриває можливість для трансформації особистості та суспільних систем.

Науковець В.Л. Зливков зазначає, що «криза (від грецького *kreses* - рішення, поворотний пункт, результат) у психології визначається як важкий стан, викликаний будь-якою причиною або як різка зміна статусів персонального життя. Синоніми поняття «криза» в психологічній літературі є «критичний період» (Т. Шибутані), «перелом», «перехід» (Г. Шихі), «поворотний етап життєвого шляху» (С. Рубінштейн), «розрив» (Л. Виготський), «критична ситуація» (Ф. Василюк) [29, С. 59].

«Кризовою називають ситуацію, коли людина стикається із перешкодами у реалізації важливих життєвих цілей і не може впоратися з цією ситуацією за допомогою звичних засобів. Виділяють два типи кризових ситуацій: обумовлені змінами в природному життєвому циклі або травмуючими

подіями життя. Психологічний аспект кризи виявляється у порушенні емоційної стабільності, почутті втрати контролю, зниженні самооцінки, появі тривожності та дезорганізації поведінки. Особистість стикається з необхідністю переосмислення власних цінностей, цілей життя, ідентичності. Саме тому кризи нерідко розглядають як етапи розвитку – вікові (підліткова, криза середнього віку), життєві (втрата роботи, розлучення), екзистенційні (пошук сенсу життя) (Erikson, 2018)» [29].

Криза є особливим психосоціальним станом, що виникає на межі між стабільністю та змінами. Вона пов'язана з розривом між попереднім досвідом та новими життєвими вимогами, які потребують суттєвої трансформації поведінки, когнітивних процесів та емоційної сфери (Cummings & Hofstede, 2021). У кризову ситуацію особистість потрапляє тоді, коли звичні стратегії подолання стресу перестають забезпечувати ефективну адаптацію.

«Реалії сьогодення – соціально-психологічна напруженість в умовах політичної нестабільності та економічної кризи роблять особливо актуальним питання про практичну діяльність соціальних працівників. Загальновідомими є чинники, що призвели до значної дестабілізації життя широких мас населення України. Збройне протистояння на південному сході країни, значне зубожіння населення, відсутність зрозумілої загальнодержавної політики в інтересах населення – все це і багато інших факторів піднімають питання стресостійкості та подолання життєвих криз особистості із суто теоретичних міркувань у безпосередню проблему, від вирішення якої в остаточному підсумку залежатиме доля самої нації» [78].

Соціальний вимір кризи пов'язаний зі змінами у суспільних структурах: економічна нестабільність, воєнні дії, політична турбулентність, масові міграції населення, інформаційний тиск. Такі явища впливають на колективну психологію — зростає рівень соціальної напруги, поляризації, невизначеності щодо майбутнього. Криза торкається міжособистісних стосунків, трансформує соціальні ролі та очікування, змінює доступ до ресурсів життєзабезпечення.

З погляду психосоціальної парадигми, криза розуміється як наслідок взаємодії зовнішніх умов і внутрішніх можливостей особистості. Вона виникає тоді, коли вимоги середовища перевищують доступні психологічні ресурси (АРА, 2022). Проте характер розвитку подій залежить від здатності людини мобілізувати підтримку, адаптивні копінг-стратегії та смислові орієнтири. Успішне подолання кризи може сприяти зміцненню стресостійкості, життєстійкості та формуванню нових компетенцій.

«Зіткнення людини з непереборною перешкодою – втрата близької людини, роботи, здоров'я, породжує кризу. Процес подолання цієї кризи психолог Ф.Є. Василюк назвав переживаннями, наповнивши цей термін новим сенсом. досі переживання пов'язувалося з емоцією, що віддзеркалювала ставлення людини до події, що сталася. Василюк розглядає переживання як внутрішню роботу з відновлення душевної рівноваги, наповнення новим змістом людської діяльності після подолання критичної ситуації» [56, С.62].

Дослідник Ф.Є. Василюк аналізуючи психологію діяльності у кризових ситуаціях «виділяє чотири типи переживань. Гедоністичне переживання ігнорує доконаний факт і заперечує його – «нічого страшного не трапилось», «ну звільнили і звільнили, знайду нову роботу», формує і підтримує ілюзію благополуччя і схоронності порушеного змісту життя. Реалістичне переживання підкоряється принципу реальності. Людина тверезо ставиться до того, що відбувається, приймає те, що трапилось, пристосовуючи свої інтереси до нового способу і змісту життя. при цьому змінюється ставлення до речей, людина безповоротно відкидає минуле і повністю знаходиться в сьогоденні і майбутньому. Ціннісне переживання повністю визнає наявність критичної ситуації, але відкидає пасивне прийняття ударів долі. Ціннісне переживання будує новий зміст життя з урахуванням понесеної втрати. наприклад, людина, яка втратила близьких, намагається не порушувати докорінно попередній уклад життя – зберегіє сімейну справу, продовжує традиції тощо» [56].

Кризи суспільного масштабу (зокрема, пов'язані з війною та вимушеним переселенням) спричиняють складну комбінацію індивідуальних і колективних психологічних реакцій: травматизацію, втрату соціальних зв'язків, водночас – зростання взаємодопомоги, солідарності, громадянської активності. У таких умовах роль професійної психологічної підтримки, соціальних інститутів та державної політики є вирішальною для забезпечення психологічного благополуччя й збереження здоров'я населення. В межах нашої магістерської роботи нас цікавлять кризи саме суспільного масштабу.

«На рівні термінологічного апарату психологів, соціологів, соціальних працівників можна визначити широкий спектр відповідних термінів: «духовна криза», «екзистенційна криза», «життєва криза», «складні життєві обставини», «моральна криза», «криза смислу життя», «криза ідентичності», «вікова криза», «криза професійного розвитку», «особистісна криза», «криза смислу», «криза безглуздості» і т. п. Крім того, існують поняття, що позначають феномени, нерозривно пов'язані з проблемою кризи особистості: «внутрішній конфлікт», «внутрішньоособистісний конфлікт», «екзистенційний вакуум», «переживання», «кризова ситуація» та ін. Робота з кризовими станами повинна стати загальноновизнаним і загальноприйнятим предметом у практиці соціальної роботи з індивідами, сім'ями і групами, а особистісні кризи – об'єктом пильної наукової та практичної уваги з боку соціальної роботи та прикладної практичної психології» [78].

У кризову ситуацію особистість потрапляє тоді, коли звичні стратегії подолання стресу перестають забезпечувати ефективну адаптацію. У психології кризу описують як процес, що проходить через кілька етапів:

1. Усвідомлення загрози через виникнення емоційної дестабілізації, занепокоєння.
2. Пошук рішень як активація внутрішніх ресурсів, спроби впоратися з викликом.

3. Кульмінаційний момент як максимальна напруга, можливість зриву адаптації.
4. Розв'язання або дезорганізація як відновлення рівноваги або поглиблення кризи.

Негативний сценарій розвитку кризи часто супроводжується формуванням психосоматичних порушень, тривожно-депресивних станів та проблем у міжособистісних стосунках. Криза впливає не лише на особистість, але й на соціальні групи та суспільство загалом. Колективні кризи — війна, економічні потрясіння, пандемії — змінюють структуру соціальної взаємодії, підсилюють відчуття невизначеності, знижують передбачуваність майбутнього. У суспільстві може спостерігатися зростання агресії й соціального відчуження, поляризація поглядів, руйнація традиційних соціальних інститутів, формування нових способів згуртування та взаємодопомоги. Тому однакові події можуть викликати різні наслідки у різних людей. Саме психологічні ресурси визначають, стане криза руйнівним чи зростаючим фактором.

Попри високий рівень стресу, криза має потенціал конструктивної трансформації. Поняття *post-traumatic growth* пояснює, що після тяжких подій людина може переосмислити цінності, покращити стосунки, підвищити рівень відповідальності за життя, відкрити нові смисли.

Сучасні дослідження свідчать, що населення України демонструє зростання згуртованості, взаємопідтримки, волонтерської діяльності під час війни. Це підтверджує, що криза активує не лише механізми вразливості, а й процеси колективної стійкості та оновлення.

У сучасному суспільстві криза майже завжди супроводжується інформаційним перевантаженням, включаючи фейки, пропаганду, маніпуляції. Це формує інфострес як стан виснаження через надмір новин, викривлення реальності, підвищену тривожність та почуття безсилля, порушення довіри до інституцій. Соціальні мережі одночасно виступають джерелом підтримки і фактором емоційної турбулентності.

Криза може містити потенціал психологічної травми, коли подія становить реальну або уявну загрозу життю. Унаслідок цього виникають посттравматичні реакції, дисоціативні симптоми, фрустрація базових потреб, втрата почуття безпеки. Водночас не кожна криза призводить до травматизації важливими є соціальна підтримка та індивідуальні ресурси.

Воєнні події в Україні з 2014 року та повномасштабне вторгнення 2022 року стали тривалим психосоціальним шоком. Найпоширеніші наслідки це вимушене переселення та зміна соціальних зв'язків, втрата ідентичності, соціальна невизначеність як зростання тривожності майбутнього, втрата близьких як переживання горя, постійна загроза фізичній безпеці – хронічний стрес, трансформація сімейних ролей – адаптаційні конфлікти.

Попри це, дослідження демонструють підвищення рівня колективної життєстійкості серед українців: волонтерство, підтримка військових, популяризація здорового способу життя як ресурсу стійкості.

Криза може стати основою для зміни системи смислів, розвитку суб'єктності та особистісної автономії, підвищення цінності здоров'я як життєвої необхідності, розвитку емоційної зрілості та емпатії. У психосоціальній парадигмі підкреслюється, що криза є точкою росту, якщо забезпечена соціальна підтримка, залучені адаптивні копінг-стратегії, зберігається доступ до ресурсів та формується позитивне бачення майбутнього.

### **1.3. Психологічні особливості підтримки здорового способу життя в умовах кризи**

Війна є потужним дестабілізуючим чинником, який впливає на всі сфери життєдіяльності людини – фізичну, психологічну, соціальну та духовну. В умовах постійної небезпеки, втрати соціальної підтримки, зміни життєвого укладу та травматичного досвіду підтримка здорового способу життя стає не

просто рекомендацією, а необхідною умовою збереження життєздатності та психологічного благополуччя.

Під час воєнних дій різко зростає рівень стресу, тривожних і депресивних розладів, порушень сну, загострень хронічних хвороб. Виникають ризики обмеження доступу до медичних послуг та здорового харчування, зниження фізичної активності, порушення режиму дня, збільшення вживання алкоголю, психоактивних речовин як способу «самолікування» стресу, соціальної ізоляції та втрати почуття контролю над життям.

Здоровий спосіб життя розглядається як сукупність свідомих дій і звичок, спрямованих на збереження та зміцнення фізичного, психічного і соціального благополуччя особистості. У психології здоровий спосіб життя визначається через систему цінностей, мотивацій і поведінкових стратегій, що забезпечують гармонійний розвиток людини.

Дослідження свідчать, що тривала дія сильного стресу впливає на імунну, ендокринну та нервову системи, підвищуючи ризики психосоматичних розладів.

«Здоровий спосіб життя – це такий стиль існування, за якого через застосування певних методів впливу на організм і його оточення, рівень життєздатності організму стає оптимальним, знаходить вияв постійне вдосконалення і використання потенціалу організму без завдання йому шкоди, причому активність організму і його можливості зберігаються до самої старості. Таким чином, здоровий спосіб життя є комплексним способом життєдіяльності людей, спрямованим на гармонічну підтримку фізичних, психічних, моральних, соціальних та трудових функцій. У сучасному розумінні уявлення про здоровий спосіб життя відходить від вузького поняття феномена здоров'я, набуває поширення розуміння його як психосоматичного феномена, обов'язково пов'язаного з людськими взаємовідносинами, соціальним самовизначенням, з рівнем саморегуляції людини, її способами виходу з конфліктних і психотравмуючих ситуацій» [76].

«Формуючі елементи здорового способу життя об'єднані у великий комплекс соціально-значущих, цілеспрямованих методів та засобів життєдіяльності, які повністю відповідають потребам, функціональним можливостям організму людини, відповідно людина сама дотримується цих вказівок з ціллю зміцнення власного здо-ров'я та народження здорових дітей» [72].

Під час кризових ситуацій (війна, економічна нестабільність, особисті потрясіння) людина стикається із підвищеним рівнем стресу, невизначеністю та емоційним виснаженням. Збереження здорового способу життя допомагає підсилити психологічну стійкість і зменшити негативні наслідки кризи.

«Ключове значення під час створення умов здорового способу життя у студентів відіграє етап навчання у навчальних закладах, де саме викладачі беруть на себе відповідальність за навчання студентів основних принципів здорового способу життя, зокрема дотримання оптимального рівня фізичної активності. Правильно сформована рухова активність, починаючи від занять фізичною культурою до проведення ранкової гімнастики, посідає важливе місце серед способів загартовування організму та підтримки у рівновазі фізичної підготовки. Відповідно, сприяючи активній фізичній підготовці, необхідно дотримуватися рекомендацій щодо рухового режиму кожного дня, обравши дозовані вправи тощо» [72, С. 73; 101; 102].

К. О. Приліпка зазначає, що «на думку вчених здоровий спосіб життя – це такий стиль життя, який обумовлений не стільки генетичними даними, як прагненням бути здоровим, а отже мотивувати себе та піклуватися про власне здоров'я, також особливостями поведінки в соціумі, дотримання принципів раціонального, різноманітного, здорового харчування, заняття спортом з метою збереження здоров'я. Такий спосіб життя є активною складовою фізичної діяльності, який складається з таких елементів: правильно сформований розпорядок дня, раціональний режим праці та відпочинку, повноцінний, здоровий сон, загартовування організму, усунення імовірності виникнення шкідливих звичок» [72].

Так, вчені Седашева С. Седашев Я. досліджували тему психологічних аспектів здорового способу життя та акцентували на тому, що «слід зазначити, що людина, розуміючи значимість здоров'я для повноцінної своєї життєдіяльності, як це не парадоксально, недостатньо володіє знаннями і навичками його збереження та зміцнення. В якості основних умов збереження здоров'я висувуються рекомендації щодо ведення здорового способу життя: уникнення шкідливих звичок, травмуючих стресових ситуацій та їх впливів, дотримання правил особистої гігієни, раціональне харчування, оптимізація рухового режиму тощо. Дані фактори дозволяють людині підтримувати гомеостаз її внутрішнього середовища, фізичне здоров'я. Але всі пропоновані рекомендації носять відносний характер, так як індивіди розрізняються за статтю, індивідуальними особливостями, життєвим досвідом [76].

«Що стосується критеріїв здоров'я та здорової особистості, можна говорити про двоформатну структуру – це структурно-процесуальне психічне здоров'я і психологічне здоров'я. Структурно-процесуальне психічне здоров'я стосується психічної діяльності, характеристик процесів та властивостей когнітивної й емоційно-вольової сфер. Психологічне здоров'я є втіленням соціального, емоційного та духовного благополуччя (як ресурсу та стану), оскільки є потенційною передумовою забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної й оптимальної взаємодії з людьми. Психологічне здоров'я стосується семантичних аспектів психічного здоров'я, властивостей «Я» та охоплює сутнісні властивості ціннісно-мотиваційної та ноогенної сфер людини [38].

Науковець О.І. Кононенко зазначає, що «психіка сучасної особистості відчуває потужні негативні впливи в різних сферах своєї життєдіяльності: соціальній, економічній, політичній, екологічній тощо. Все це вимагає знаходити нові способи та ресурси для збереження свого психологічного здоров'я від різного роду травмуючих ситуацій. Адже хронічна втома, підвищена дратівливість, невротичність, емоційна

неврівноваженість, депресія, тривожність, агресивність, відчуття спустошеності – є проявами дисгармонії психологічного здоров'я. Проаналізувавши наукові підходи, ми визначили, що психологічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги людини, який може змінюватися під впливом різних травмуючих та складних стресових ситуацій» [37].

«Сукупність критеріїв основних проявів здорової психіки, що найчастіше наводиться в літературі, можна розподілити відповідно до форм прояву психічного (психічні стани, процеси, властивості, ступінь саморегуляції та ін.). Найчастіше перераховуються такі критерії психологічного здоров'я : - серед властивостей особистості: оптимізм, зосередженість, урівноваженість, етичність, адекватний рівень вимог (домагань), почуття обов'язку, впевненість у собі, невразливість до образ (вміння позбавлятися образ працелюбство (не лінивість), незалежність, безпосередність (природність), відповідальність, почуття гумору, доброзичливість, терпимість, самоповага, самоконтроль; - серед психічних станів: стійкість, зрілість почуттів, володіння негативними емоціями (страх, гнів жадоба, заздрість та ін.), вільний природний прояв почуттів та емоцій, здатність радіти, збереження звичного оптимального самопочуття; - серед психічних процесів: адекватне сприйняття самого себе; здатність до логічної обробки інформації; критичність мислення; креативність; знання себе; дисципліна розуму (управління думками)» [40; 38].

«А. Маслоу наголошував на тому, що здоровими у психологічному сенсі є люди з розвиненою здатністю до здійснення оптимальних виборів в конкретній ситуації і в житті в цілому, стійкі, стабільні, упевнені в собі» [44].

«Особливого значення серед критеріїв психологічного здоров'я особистості надається мірі інтегрованості особистості, її гармонійності, врівноваженості, а також таким складовим її спрямованості, як духовність, пріоритет гуманістичних цінностей (добра, справедливості, любові, краси та ін.), орієнтація на саморозвиток, збагачення своєї особистості» [40; 38].

Дослідниця Ленкова О.О. аналізувала тему становлення та розвитку поняття «здоровий спосіб життя» у педагогічному процесі. Вона зазначала, що «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 І. Брехмана, Ю. Лисицина, В. Ліщука, Е. Мосткова; психолого-педагогічні – 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 [46].

Аналізуючи внесок науковців в тему здорового способу життя загалом та здоров'я зокрема, можна відмітити, що «серед цілого ряду авторських позицій, переважають наукові погляди, згідно яких, психологічне здоров'я розуміється як здатність особистості до самореалізації, самоактуалізації, адекватного самоприйняття себе та світу: В.Франкл, А.Маслоу (психологічне здоров'я як здатність особистості до самореалізації, самоактуалізації); А.Адлер, Е.Фромм (міжособистісні стосунки як важливий критерій психічного та психологічного здоров'я); а також дослідження С.Московичі, К.Ерзміш у яких проблема хвороби та здоров'я розглядається в руслі теорії соціальних уявлень та інші» [38].

Також, важливо додати, що «серед найбільш відомих вітчизняних дослідників, які ґрунтовно досліджували зазначену тематику, насамперед слід назвати О.Балакіреву, М.Й. Боришевського, Є.Бородіна, М. Головатого, О. Кулініча, М. Кравченко, Н. Липовську, М. Перепелицю, Я. Радиша, І. Рожкову, Р. Сторожук, Т. Тарасенко, О. Яременка» [92, С. 76].

В умовах кризи (збройний конфлікт, надзвичайні ситуації, суспільна нестабільність) людина постійно стикається з інфопотоком, який часто має емоційно-заряджений, тривожний та неперевірений характер. Надмірне споживання новин проковує інфотоксичність, що підвищує рівень стресу, тривоги та сприяє розвитку емоційного виснаження. До психологічних ризиків інформаційного перевантаження можна віднести підсилення страху та тривоги через повторюваний негативний контент, формування відчуття безпорадності, втрати контролю, зниження концентрації та працездатності, посилення катастрофізації мислення, ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у вразливих осіб, порушення сну через емоційне збудження перед сном. Коли новини споживаються постійно, нервова система залишається в режимі «бойової готовності».

«Категорія способу життя є однією з центральних для соціальної психології. Як зазначає Ю.Швалб, проблема способу життя недостатньо розроблена у вітчизняній науці, хоча поняття способу життя має важливе прикладне значення, адже розкриває динаміку змін соціально-психологічних норм і уподобань людей та груп населення. Ним були визначені базові характеристики категорії способу життя: по-перше, спосіб життя є сукупністю стійких способів та форм організації соціокультурного життя людей; по-друге, в соціокультурному плані спосіб життя є об'єктивною характеристикою способів соціальної взаємодії у найважливіших сферах життя суспільства. В психологічному плані спосіб життя являє собою набір цінностей і норм, що детермінують поширення та передачу від покоління до покоління певних моделей поведінки; по-третє, спосіб життя являє собою певну цілісну характеристику буття індивіда та соціуму. Однак це внутрішньо диференційована цілісність, зміст якої визначається за лініями або параметрами основних відносин особистості, в яких вона отримує можливість діяльній реалізації свого бачення світу і ставлення до нього» [38; 93, С. 16].

Седашева С. та Седашев Я. досліджуючи тему психологічних аспектів здорового способу життя зазначали, що «здоровий спосіб життя як система складається з багатьох взаємозалежних та взаємозамінних елементів, які спираються на принципи культури харчування, руху, емоцій, взаємовідносин, виховання, а не тільки на дотриманні певних технологій оздоровлення. Визначення поняття здорового способу життя не експертами, а пересічними громадянами дуже різноманітне, але включає деякі спільні риси: оптимальний режим праці і відпочинку, відмова від шкідливих звичок, заняття фізичними вправами і спортом, переживання задоволення і щастя від прожитого дня, екологічна обстановка місця проживання, дотримання особистої гігієни, гігієни харчування тощо» [76].

Науковець Коробка Л. аналізувала психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя та розглядала наукові розробки вчених, які зробили значний внесок в цю тему. Зокрема, визначемо дослідника та тематику його дослідження «М.Й. Боришевський (психологія самоактивності та суб'єктного розвитку особистості як саморегульованої соціально-психологічної системи); Б.С. Братусь (аномалії особистості); І.В. Дубровіна (психологічне здоров'я учасників освітнього процесу); Л.Д. Дьоміна, І.О. Ральникова (психічне здоров'я та захисні механізми особистості); Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич, О.В. Наскова, І.В. Толкунова (психологія здоров'я людини); С.Д. Максименко (генетична психологія); Г.С. Нікіфоров (психологія здоров'я); В.М. Панкратов (саморегуляція психічного здоров'я); Д.Д. Федотов (збереження психічного здоров'я); О.В. Хухлаєва (особливості психічного здоров'я студентів); О.Я. Чебикін (проблема емоційної стійкості)та інші» [38].

### **Висновки до першого розділу**

У першому розділі нами було розглянуто питання теоретико-методологічних засад дослідження психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи.

Таким чином, ми можемо узагальнити, що у сучасних умовах кризових змін у суспільстві проблема збереження та зміцнення здоров'я людини набуває особливого значення. Здоровий спосіб життя виступає не лише як медико-біологічна, а й як психологічна категорія, що відображає свідоме ставлення особистості до власного здоров'я, здатність до саморегуляції, гармонізації життєвих процесів та подолання стресових факторів.

## РОЗДІЛ 2

# МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ КРИЗИ

### 2.1. Основні методологічні підходи до дослідження особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи

Проблематика підтримки здорового способу життя в умовах кризових подій стала предметом ґрунтовних досліджень у сучасній психологічній науці. Різні теоретичні підходи роблять можливим всебічне пояснення психологічних механізмів здоров'язбережувальної поведінки особистості.

Так, розглядаючи підходи та принципи, дослідниця Волкова О.О. зазначає про «загальні принципи системного підходу (Л. фон Берталанфі, Дж. Ван Гіга, І.В. Данилюк, Н.В. Родіни, І. Сараєвої, А. Цофнаса, А.І. Уйомов, В. Вілсон та ін.), принципи цілісності, єдності та взаємодетермінованості зовнішнього і внутрішнього в системогенезі психічної діяльності та розвитку (Г.С. Костюк, С.Д. Максименко, Н.В. Чепелева), підходи до системного дослідження психологічних феноменів (І.Ф. Аршава, О.В. Кузнєцова, Е.Л. Носенко, Н.В. Родіна, О.П. Саннікова), уявлення про стрес, адаптацію (І.В. Ващенко, Н.Є. Завацька, В.М. Заїка, О.М. Кокун, О.П. Саннікова, Л.С. Смокова, Г. Сельє) та життєві кризи (Т.М. Титаренко, Т.О. Ларіна), концепції копінгу, сформульовані в сучасній психології (С.С. Карвер, Р.С. Лазарус, С. Фолкман, М.Ф. Шеєр, С.Е. Гобфолл, А. Бандура, Р. Шварцер, Л.Дж. Еспінволл), ..., про психологічне здоров'я особистості (Ю.О. Асеєва, О.І. Василевська, І.В., Л.Л. Дворніченко, А.В. Іванова, В.Є. Луньов, О.М. Кокун, І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, Г.І. Малейчук, М.І. Мушкевич, Н.В. Піковець), про психологічне благополуччя особистості (В.І. Гаврилюк, І.В. Громова, І. В. Данилюк, Г.В. Павленко, Л. З. Сердюк, В. В. Турбан, Н.В. Тарасова Н.В.), про невизначеність та ризик (А.В. Курова, Ф. Найт, Г.В. Павленко, О.Р.

Ткачишина) [12].

Так, щодо системного підходу в нашому дослідженні, то можна розглядати складові здорового способу життя як взаємопов'язані елементи цілісної системи. Кризові ситуації в свою чергу впливають на кожен компонент і фізичний, і психічний та соціальний. Важливим є створення умов для збалансованості системи здоров'я, попередження її дестабілізації у період високого стресу.

Актуальним є також зосередження уваги на біопсихосоціальній моделі здоров'я, представники Д. Енгель та Дж.Романо, в Україні Н. В. Іваненко. В межах даного підходу щодо нашої теми кваліфікаційної роботи, наголошується на тому, що підтримка здорового способу життя залежить від комплексної взаємодії факторів біологічних (загальний фізичний стан організму, стійкість імунітету та ін), психологічних (мотивація, емоційний контроль), соціальних (підтримка оточення, доступ до ресурсів). У кризі зростає роль психологічних ресурсів, що компенсують порушення середовища.

Щодо стресово-ресурсного підходу, слід зазначити, що криза виступає стресором, який загрожує здоров'ю та здатності підтримувати здоровий спосіб життя. Захисну роль при цьому відіграють життестійкість, копінг-стратегії, соціальна підтримка, відчуття контролю та сенсу.

В рамках поведінкового підхід, зокрема в роботах А. Бандури з концепцією самоефективності підкреслюється роль формування корисних звичок, моделювання здорової поведінки, підкріплення результатів. Особливо важливий для розробки програм поведінкової корекції в кризі (скасування тренувань, емоційне переїдання тощо).

Зосередження на когнітивно-поведінковому підході в межах нашого дослідження, вказує на те, що здоровий спосіб життя пов'язаний із переконаннями щодо власної вразливості, можливостей впливу на стан здоров'я, значущості здоров'я як цінності. У кризі поширюються

дезадаптивні когніції по типу «здоров'я все одно втрачено», «немає сенсу» і т.д., які потрібно коригувати.

Гуманістично-екзистенційний підхід, представники В. Франкл, К. Роджерс, акцентують увагу на тому, що здоров'я – це результат усвідомленого вибору, турботи про себе, збереження сенсу життя. У кризі людина може переоцінити власні життєві цінності та підсилити орієнтацію на здоров'я. Можна сказати, що підтримка здорового способу життя виступає екзистенційною стратегією виживання.

Ідеї позитивної психології також є дотичними до теми підтримки здорового способу життя. В межах даного напрямку можна говорити про вплив практик направлених на підтримку здоров'я та розвиток оптимізму, психологічного благополуччя та емоційної стабільності. У кризі акцент переноситься із захворювання на ресурси розвитку.

Таким чином, нами було представлено основні методологічні підходи до дослідження особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи. Далі ми розглянемо основні методи, які були використані в межах нашого дослідження.

## **2.2. Методичне забезпечення дослідження особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи**

В першому розділі нашої кваліфікаційної роботи було розглянуто теоретичні засади теми, пов'язаної з проблемами психологічних особливостей підтримки здорового і активного способу життя в умовах кризи. В даному розділі ми зосередимо увагу на психологічних методиках, що найбільше підходять для дослідження обраної нами теми. За допомогою цих методик нами буде проведено тестування певної кількості респондентів, в результаті якого ми зможемо отримати кількісні показники, необхідні для подальшого аналізу.

Так, першою методикою, яку ми обрали для нашого дослідження стала методика «Самооцінки психічних станів» Ганса Айзенка. Згідно цієї методики існують чотири критерії, за допомогою яких визначається психологічний стан людини. Це тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність.

Під тривожністю слід розуміти емоційний стан, який проявляється такими відчуттями як напруження, занепокоєння, страх. Прояв ознак тривожності може бути як на психологічному так і на фізичному рівні, і найчастіше пов'язаний з передбаченням якихось негативних подій. Але також ці ознаки можуть носити хронічний характер і бути реакцією конкретної особи на ту чи іншу подію.

Фрустрація – це емоційний стан, що виникає під час зіттовхування з перешкодами на шляху людини до здійснення мрії, або досягнення мети. Як правило, фрустрація проявляється у вигляді розчарування, роздратування або почуття безсилля. Цей стан обумовлений неможливістю реалізувати свої бажання чи потреби внаслідок об'єктивних чи суб'єктивно сприйнятих перешкод.

Під агресивністю мається на увазі такий емоційний стан, у якому людина схильна до заподіяння шкоди іншим людям або об'єктам. Це також може проявлятися як на психологічному та і на фізичному рівні. Дуже часто агресія стає результатом перебування людини під впливом попередніх емоційних станів.

І остання шкала у даній методиці – ригідність означає такий емоційний стан, при якому людині важко адаптуватися до зміни тих чи інших умов, які впливають на її життя.

Методика Айзенка реалізована у вигляді опитувальника, який складається з 40 питань (наведені у Додатку А). Респондент повинен відверто дати одну з трьох відповідей («Так», «Ні», або «Не знаю») на кожне з запропонованих питань. Кожній відповіді присвоюється певний бал: «Так» - 2 бали, «Не знаю» - 1 бал, «Ні» - 0 балів. Методика побудована таким чином,

що за кожен з чотирьох шкал відповідають певні групи питань. Так за шкалу «Тривожність» відповідають питання №№ 1-10, за шкалу «Фрустрація» - №№ 11-20, за шкалу «Агресивність» - №№ 21-30 і за шкалу «Ригідність» - №№ 31-40. Тож, щоб визначити рівень емоційного стану респондента по кожній зі шкал, потрібно додати отриманні бали за відповіді по кожній з чотирьох груп і порівняти їх з відповідними табличними значеннями, згідно яких низькому рівню відповідають від 0 до 7 балів, середньому – від 8 до 14 балів і високому - від 15 до 20 балів. Таким чином у якості результату тестування за методикою Айзенка ми отримуємо не тільки фактичний рівень, а й його конкретне числове значення по кожній з чотирьох шкал емоційного стану.

Другою методикою, яку ми застосуємо у рамках нашого дослідження стала методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС». Ця методика включає три шкали: 1) психологічне благополуччя (під цією шкалою мається на увазі відчуття впевненості у собі, своїх думках та можливостях, здатність до саморозвитку, контролю власного життя, тощо), 2) фізичне здоров'я та благополуччя (тут мається на увазі бажання вести активний спосіб життя, займатися спортом, здатність працювати на результат, бути задоволеним власним здоров'ям та самопочуттям, бути впевненим у майбутньому), 3) стосунки (за цим терміном скривається комфортність у спілкуванні як на професійному поприщі так і у особистому житті, вміння вистроювати відносини з іншими людьми, задоволеність у особистих відносинах, тощо).

Методика представлена у вигляді опитувальника, який складається з 24 пунктів (наведені у Додатку Б). Респонденту необхідно обрати один з п'яти запропонованих варіантів відповідей, який на його думку найбільш притаманний йому. Кожному такому варіанту відповідає певна кількість балів:

- 1) «Зовсім ні» - 1 бал;
- 2) «Трохи» - 2 бали;

- 3) «Середньо» - 3 бали;
- 4) «Дуже сильно» - 4 бали;
- 5) «Надзвичайно сильно» - 5 балів.

Технологія обробки результатів тестування майже така ж сама, що й у попередній методиці. За кожен з трьох шкал відповідає певна група питань у опитувальнику. Так шкалі «Психологічне благополуччя» відповідають питання №№ 4- 15, шкалі «Фізичне благополуччя» - питання №№ 1-3 і №№ 21-24, шкалі «Стосунки» - питання №№ 16 – 20. Після присвоєння кожному пункту певної кількості балів в залежності від відповіді, відбувається сумування балів по відповідних пунктах і знаходиться загальний бал конкретної шкали (слід окремо зазначити, що пункт №4 має зворотній зв'язок).

Далі ми порівняємо отриманні бали з нормативними значеннями і таким чином зможемо визначити рівень за кожним критерієм. Так для шкали «Психологічне благополуччя» низькому рівню відповідають суми від 12 до 39 балів, середньому рівню – від 40 до 47 балів, високому рівню – від 48 до 60 балів. Для шкали «Фізичне благополуччя»: 7 – 20 балів – це низький рівень, 21 – 25 балів – середній рівень, 26 – 35 балів – високий рівень. Для шкали «Стосунки»: 5 – 16 балів – низький рівень, 16 – 20 балів – середній рівень, 21- 25 балів – високий рівень. І насамкінець, розраховується загальний показник «Суб'єктивного благополуччя» шляхом сумування балів, отриманих по кожній з трьох шкал. Низькому рівню суб'єктивного благополуччя відповідає сума балів від 24 до 76, середньому рівню – від 77 до 91 бала, високому - від 92 до 120 балів.

І третьою методикою, яка була використана у межах нашого дослідження стала методика «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone. Дана методика також реалізована у вигляді опитувальника, який складається з трьох основних блоків:

- Блок «А» - це шкала «внутрішнього локус-контролю», яка відображає рівень відчуття власного контролю над своїм здоров'ям

(мається на увазі, що людина сама може контролювати стан свого здоров'я і у разі захворювання покладається на власні сили);

- Блок «Б» - це шкала «контролю могутніми іншими». Вона указує на рівень впевненості в тому, що за здоров'я несуть відповідальність сторонні особи (людина у питаннях свого здоров'я повністю покладається на знання та досвід інших осіб, наприклад лікарів);
- Блок «В» - це шкала «контролю випадку». Ця шкала вказує рівень переконання людини у тому, що її здоров'я залежить від випадкових обставин, удачі, долі, тощо.

Кожен блок складається з 6 питань (загалом 18), на які респондент повинен обрати один з наступних варіантів відповідей:

- 1 – «Абсолютно не згоден»;
- 2 – «Не згоден»;
- 3 – «Важко відповісти»;
- 4 – «Погоджуюся»;
- 5 – «Абсолютно згоден».

Після обраних відповідей здійснюється підрахунок набраних балів у кожному блоку. Сума балів повинна складати від мінімальних 6 до максимальних 30. Залежно від набраної суми балів, респонденту присвоюється відповідний рівень по кожному блоку. 6 – 14 балів відповідають низькому рівню, 15 – 21 бал – середньому рівню і 22 – 30 балів – високому рівню. Слід також зазначити, що згідно цій методиці, респонденту можуть водночас бути присвоєні рівні за всіма трьома шкалами.

Тож, як бачимо, усі три обрані нами методики зможуть дати нам кількісні показники для подальшого аналізу.

### **Висновки до другого розділу**

У другому розділі нами було розглянуто основні методологічні підходи та методичне забезпечення до дослідження особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи.

Для діагностики було обрано комплекс психологічних методик. Його основу склали наступні: методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка, Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС, Вимірювання локус контролю здоров'я Wallstone.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ КРИЗИ

#### **3.1. Аналіз результатів психологічної діагностики психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи**

Якщо у попередніх розділах кваліфікаційної роботи нами були розглянуті теоретичні аспекти проблематики психологічних особливостей підтримки здорового способу життя, то у даному розділі ми приділимо увагу виключно практичній частині нашого дослідження, а саме сформуємо виборку респондентів, які пройшли опитування, виведемо первинні результати тестування, і, провівши статистичний аналіз, визначемо чи є різниця в отриманих даних. Також спробуємо надати деякі рекомендації, щодо покращення показників і як наслідок загального стану людей в умовах кризи.

Перш за все слід зробити стислий опис вибірки респондентів, які прийняли участь у опитуванні. Так загальна кількість респондентів склала 48 осіб. Тестування було проведене серед студентів, тож до вибірки увійшли як хлопці так і дівчата віком від 18 до 21 років, які навчаються в Одеському національному університеті ім.І.І.Мечникова. Проте, оскільки головною метою, яка відображена у темі нашої роботи є дослідження психологічних особливостей при дотримуванні здорового способу життя, ми не станемо завдання диференціювати респондентів за статевими, або віковими ознаками. Головною особливістю вибірки є те, що ми цілеспрямовано поділили респондентів на дві рівні за кількістю групи (по 24 особи у кожній) – перша група складається з респондентів, які не дотримуються здорового способу життя (далі по тексту Група 1), до другої групи увійшли респонденти, які, навпаки, ведуть активне життя і дотримуються принципів здорового способу

життя (займаються спортом, дотримуються режимів харчування та сну) (далі за текстом Група 2). На нашу думку, саме такий підхід дозволить найбільш коректно провести дослідження і визначити, чи є різниця в особливостях психологічних станів між двома групами досліджуваних.

Першою методикою, яку ми застосували під час діагностики, як було зазначено вище, стала методика самооцінки станів Айзенка. Данні, отримані під час тестування по цій методиці, представлені у Таблиці 3.1

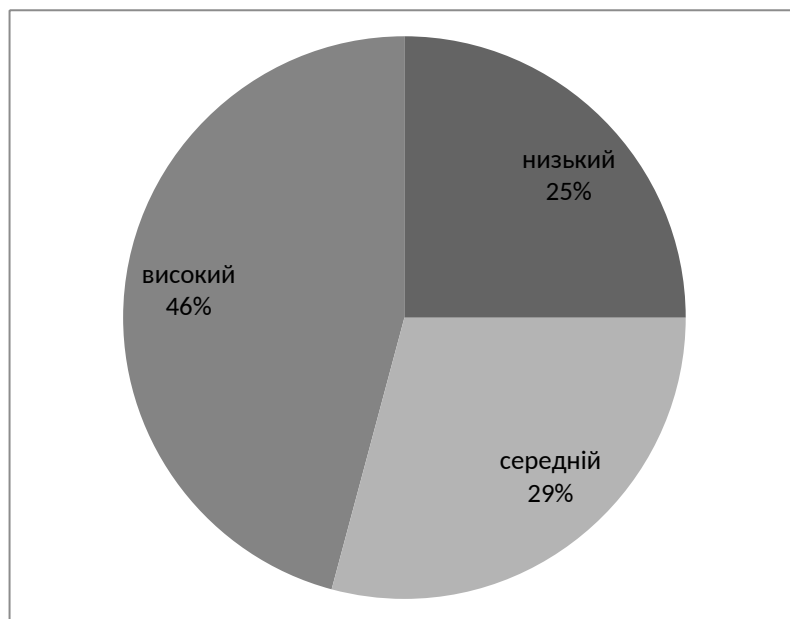
*Таблиця 3.1*

**Результати діагностики за методикою Г. Айзенка «Самооцінки психічних станів»**

<i>Загальна кількість респондентів за рівнями (група 1)</i>				
<b>Рівні</b>	<b>Тривожність</b>	<b>Фрустрація</b>	<b>Агресивність</b>	<b>Ригідність</b>
низький	6	4	3	1
середній	7	10	12	14
високий	11	10	9	9
<i>Загальна кількість респондентів за рівнями (група 2)</i>				
<b>Рівні</b>	<b>Тривожність</b>	<b>Фрустрація</b>	<b>Агресивність</b>	<b>Ригідність</b>
низький	11	12	14	14
середній	11	11	8	8
високий	2	1	2	2

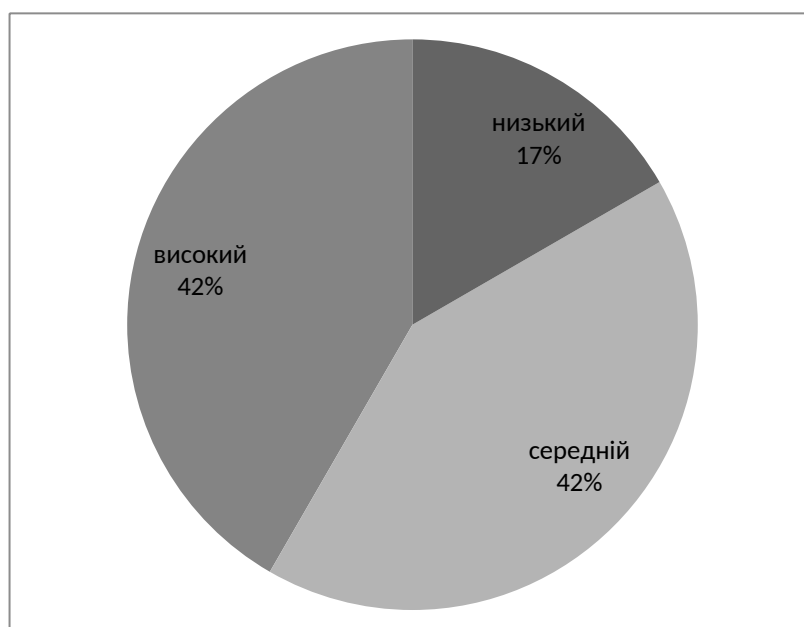
Для більшої наглядності ці данні також відображені у відсотковому співвідношенні на відповідних діаграмах. Спочатку відобразимо дані по першій групі респондентів (особи, які не дотримуються здорового способу життя)

Як бачимо, серед опитуваних групи 1 у 11 осіб зафіксовано високий рівень тривожності (що склало 46% від загальної кількості респондентів у цій групі), середній рівень виявлено у 7 осіб (29 %) і низький рівень – у 6 осіб (25% від загальної кількості).



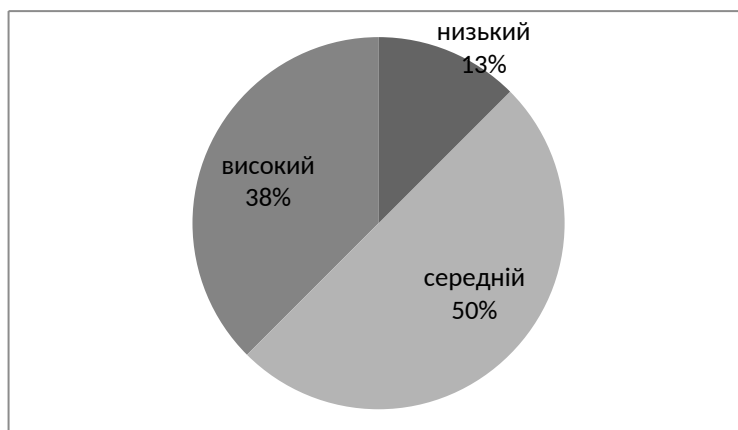
**Рис 3.1** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою «Тривожність»

Стосовно шкали «Фрустрація», то тут ситуація схожа на попередню – у більшості респондентів групи 1, а саме у 10 осіб виявився високий рівень цього показника, середній рівень притаманний також 10 особам (це склало 42 і 41 відсотки у відносних величинах відповідно). Низький рівень показали лише 4 респонденти (17% від загальної кількості). Див. рисунок 3.2.



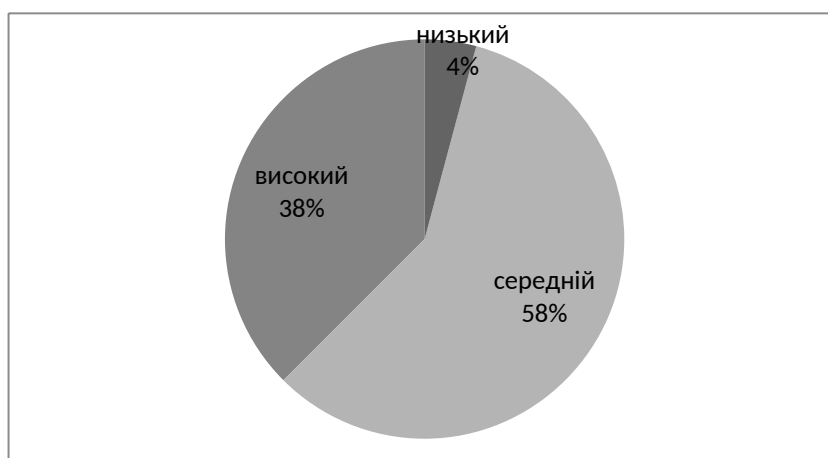
**Рис 3.2** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою «Фрустрація»

За шкалою «Агресивність» розподіл респондентів у групі 1 дещо інший. У переважній більшості опитуваних наявний середній рівень (12 осіб, що склало 50% від загальної кількості). Високий рівень показали 9 осіб (або 38%). І останні 3 особи (12%) змогли продемонструвати низький рівень агресивності. Див. рисунок 3.3.



**Рис 3.3** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою «Агресивність»

За останньою шкалою цієї методики, а саме – «Ригідність» можемо бачити, що розподіл респондентів майже однаковий з розподілом за шкалою «Агресивність». Більшість осіб (14 респондентів або 58%) показала середній рівень. У 9 осіб (38%) зафіксовано високий рівень. І тільки одна особа має низький рівень (що становить 4% від загальної кількості у відносних величинах). Див. рисунок 3.4.

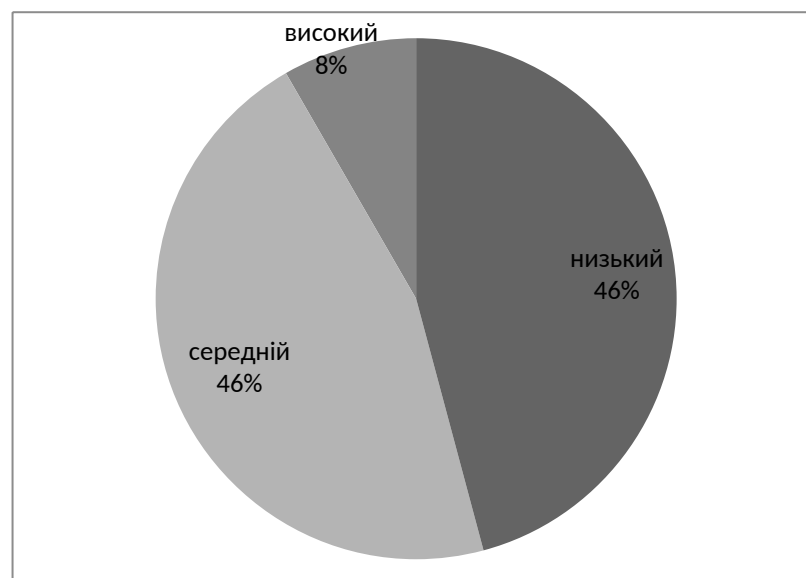


**Рис 3.4** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою «Ригідність»

Резюмуючи вищезазначене, можна констатувати, що в цілому для респондентів першої групи у більшості випадків характерні високий та середній рівень за всіма шкалами цієї методики (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність).

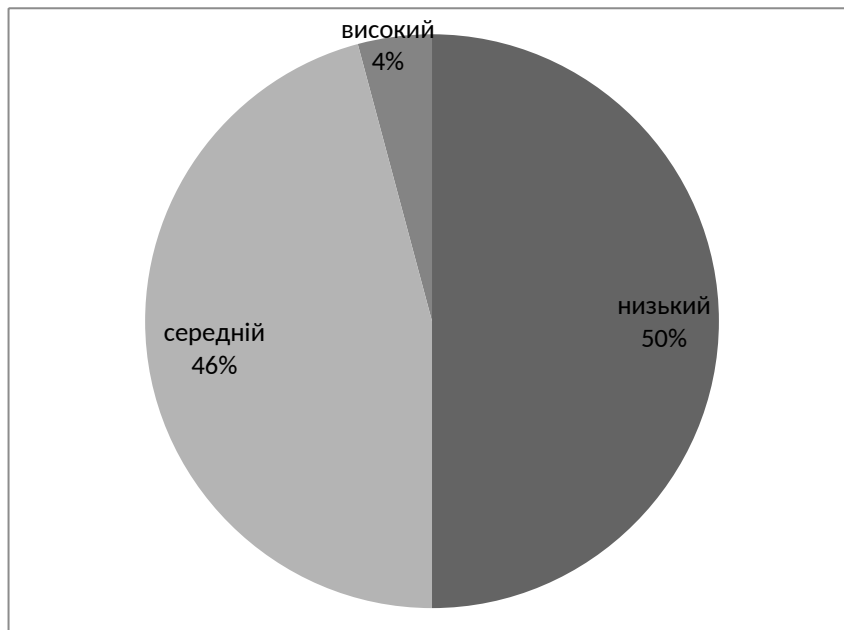
Далі будуть відображені такі ж самі дані для другої групи респондентів (особи, які дотримуються здорового способу життя).

Так на рисунку 3.5 можна побачити, що за шкалою «Тривожність» у другій групі респонденти розподілились наступним чином: по 11 осіб (або по 46% від загальної кількості) показали низький і середній рівні. Високий рівень виявився лише у 2 осіб (або 8%).



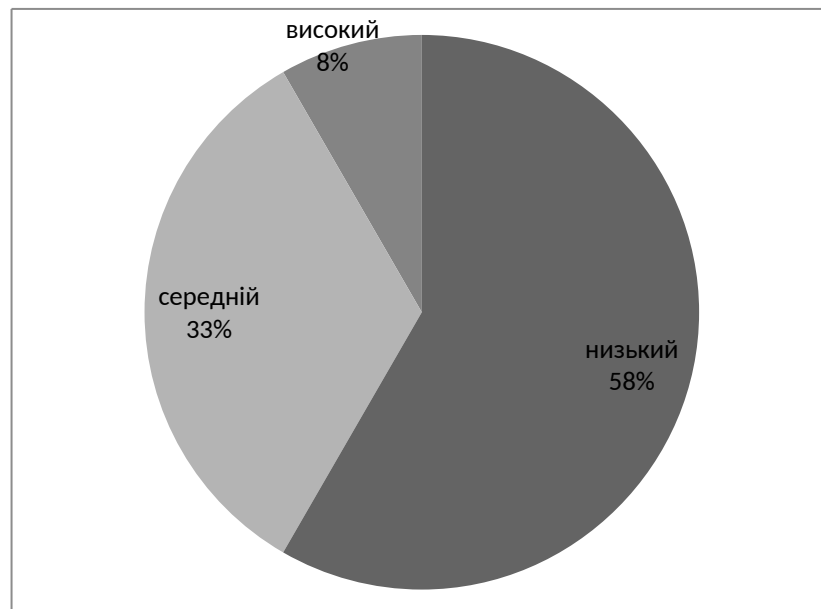
**Рис 3.5** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Тривожність»

За шкалою «Фрустрація» можна побачити майже такі ж результати як і за попередньої шкали. Низькому рівню відповідають 12 осіб (50%), середньому рівню – 11 осіб (46%) і високому рівню – тільки 1 особа (або 4% від загальної кількості у відносних значеннях). Див. рисунок 3.6.

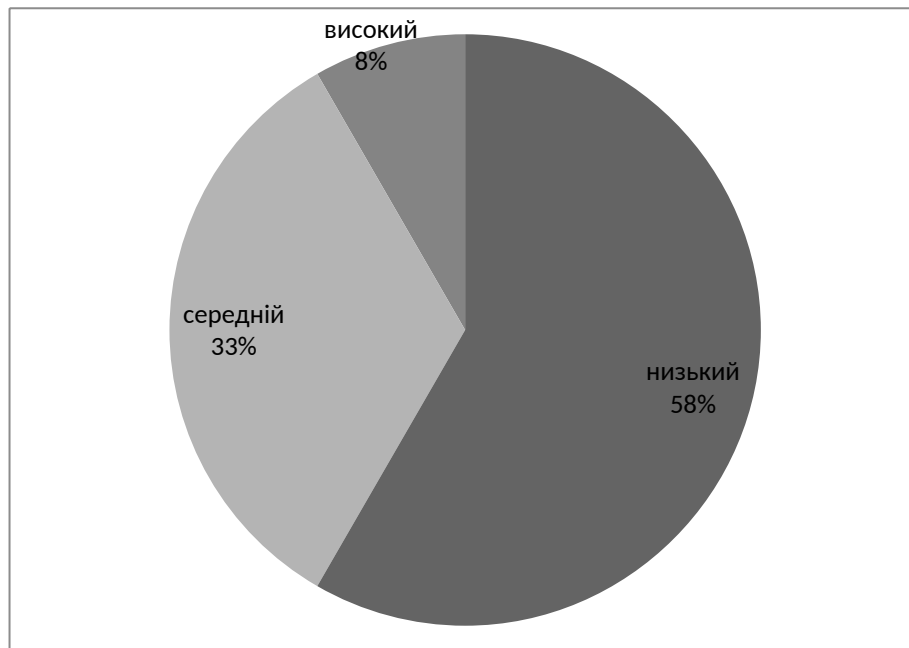


**Рис 3.6** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Фрустрація»

Така ж сама тенденція зберігається і у наступних шкалах методики Айзенка (Агресивність і Ригідність). Як можна побачити на Рисунках 3.7 та 3.8, результати розподілу респондентів за цьома шкалами ідентичні.



**Рис 3.7** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Агресивність»



**Рис 3.8** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Ригідність»

Низький рівень, як і у попередніх шкалах, зафіксований у більшості респондентів другої групи (14 осіб або 59%). Ще у 8 осіб виявлено середній рівень (33%). І, насамкінець, тільки 2 особам (8%) притаманний високий рівень агресивності і ригідності.

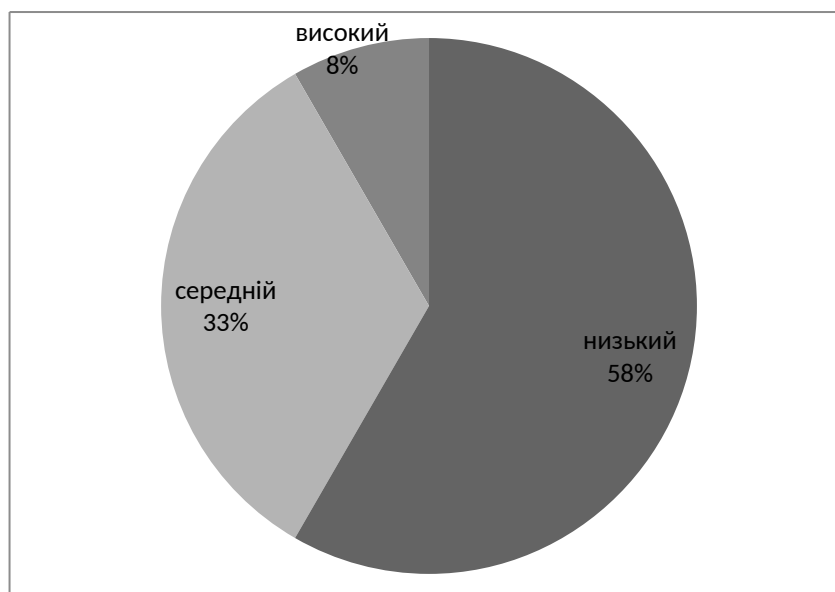
Зробивши первинне ознайомлення з отриманими даними, можна відмітити, що у представників другої групи результати відрізняються протилежним чином від результатів першої групи – у абсолютній більшості респондентів спостерігається низький і середній рівень за всіма шкалами.

Друга методика, застосована нами в межах цього дослідження стала методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСІ». Результати тестування за цією методикою наведені у табл. 3.2

**Результати діагностики за методикою «Модифікована шкала  
суб'єктивного благополуччя ВВС»**

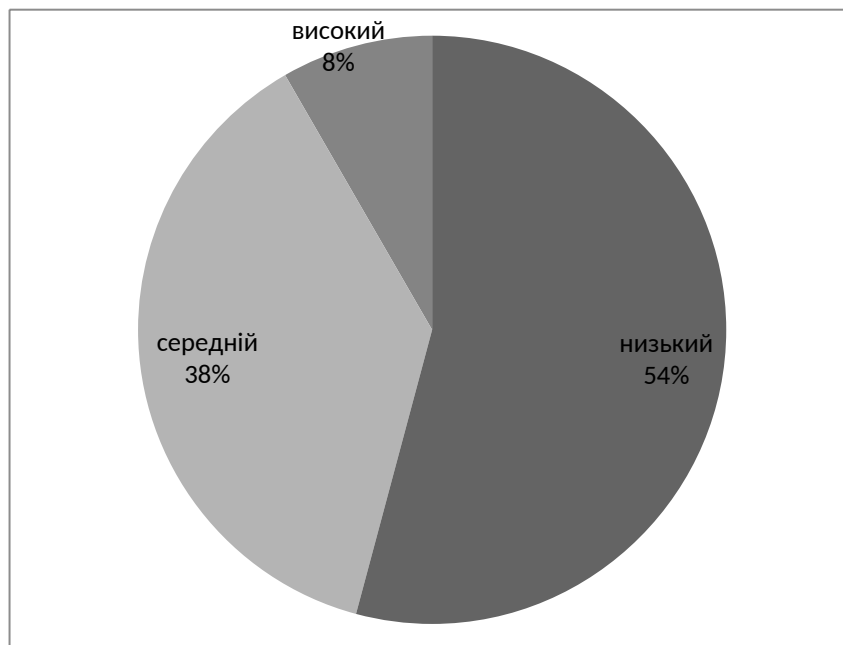
<i>Загальна кількість респондентів за рівнями (група 1)</i>				
<b>Рівні</b>	<b>Суб'єктивне благополуччя</b>	<b>Психологічне благополуччя</b>	<b>Фізичне здоров'я та благополуччя</b>	<b>Стосунки</b>
низький	14	13	13	11
середній	8	9	6	7
високий	2	2	5	6
<i>Загальна кількість респондентів за рівнями (група 2)</i>				
<b>Рівні</b>	<b>Суб'єктивне благополуччя</b>	<b>Психологічне благополуччя</b>	<b>Фізичне здоров'я та благополуччя</b>	<b>Стосунки</b>
низький	2	4	1	10
середній	10	8	2	7
високий	12	12	21	7

Також, як і при описі першої методики, ми відобразили відсоткове співвідношення розподілу респондентів по кожній шкалі на відповідних рисунках для обох груп окремо (Група 1 – респонденти, які не дотримуються здорового способу життя, Група 2 – респонденти, які дотримуються здорового способу життя). Рисунки представлені нижче (див. рис. 3.9).



**Рис 3.9** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою  
«Суб'єктивне благополуччя»

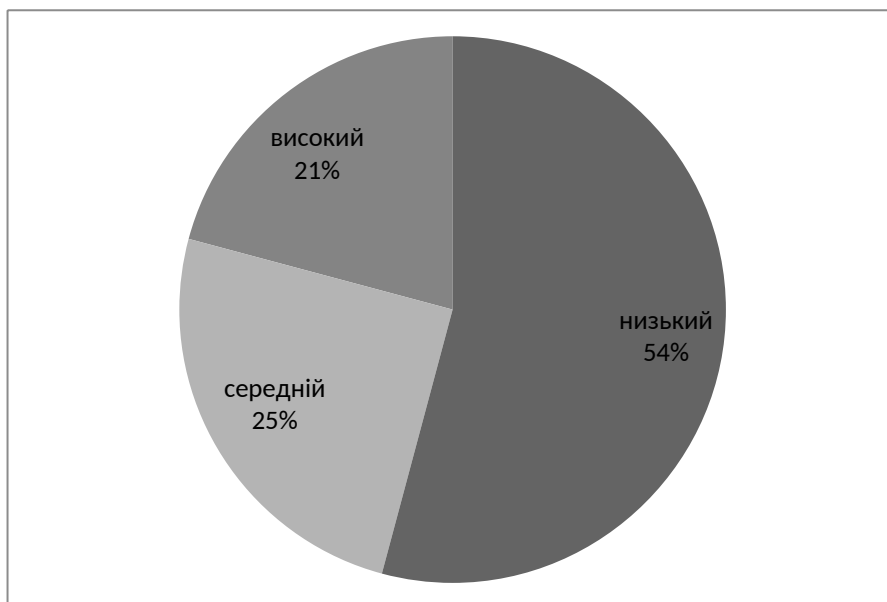
Як бачимо, по шкалі «Суб'єктивне благополуччя» у 14 осіб низький рівень (складає 59% від загальної кількості опитуваних). Ще 8 осіб показали середній рівень (33%). І лише у 2 осіб наявний високий рівень цього показника (8%).



**Рис 3.10** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою «Психологічне благополуччя»

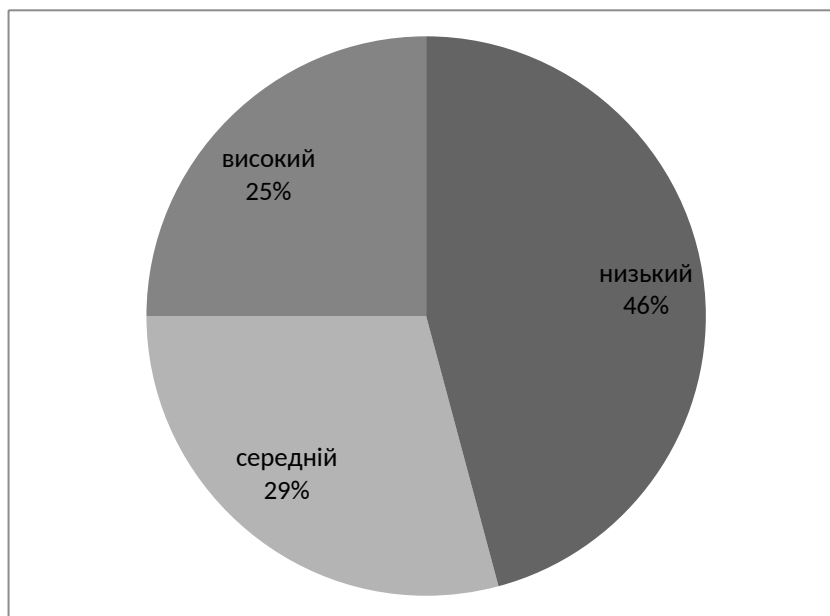
За другою шкалою методики, а саме – психологічним благополуччям, розподіл респондентів виявився майже таким же як і у попередньому випадку. У більшості опитуваних виявився низький рівень цього показника (13 осіб або 54%). Ще у 9 осіб – середній рівень (38%). Високий рівень продемонстрували знову ж таки лише 2 особи (8%). Див.рисунок 3.10.

За наступною шкалою ситуація виглядає схожою на попередні. 14 осіб показали низький рівень (54%), 6 осіб – середній рівень (25%), 5 осіб – високий рівень (21% від загальної кількості). Результати подані на рисунку 3.11.



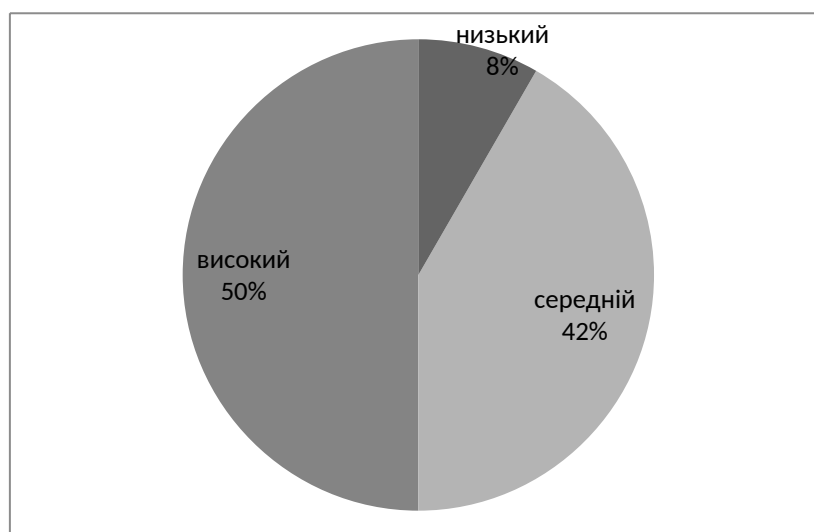
**Рис 3.11** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя»

Збереглась загальна тенденція і по останній шкалі – «Стосунки». 11 осіб (або 46%) – низький рівень, 7 осіб (29%) – середній рівень і останні 6 осіб (25%) – високий рівень цього показника.



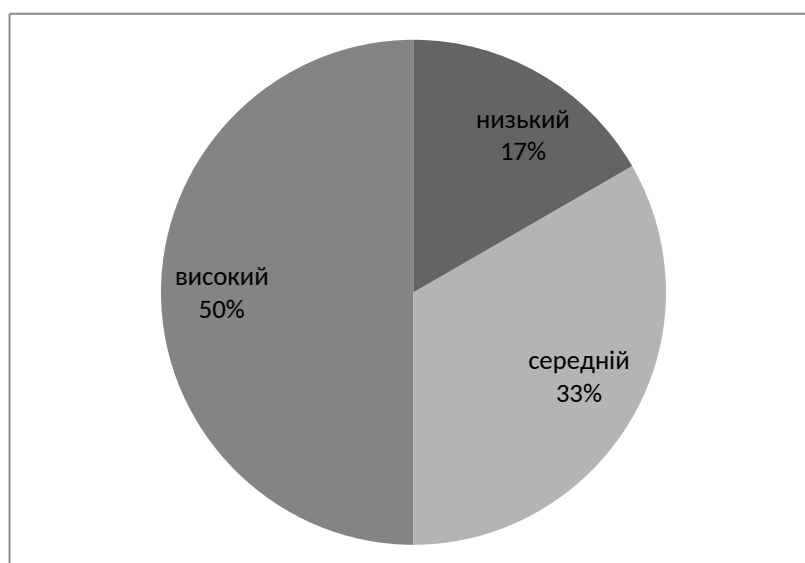
**Рис 3.12** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 1 за шкалою «Стосунки»

Тепер проаналізуємо результати тестування за цією методикою, які продемонстрували респонденти другої групи (ті, хто дотримується здорового способу життя)



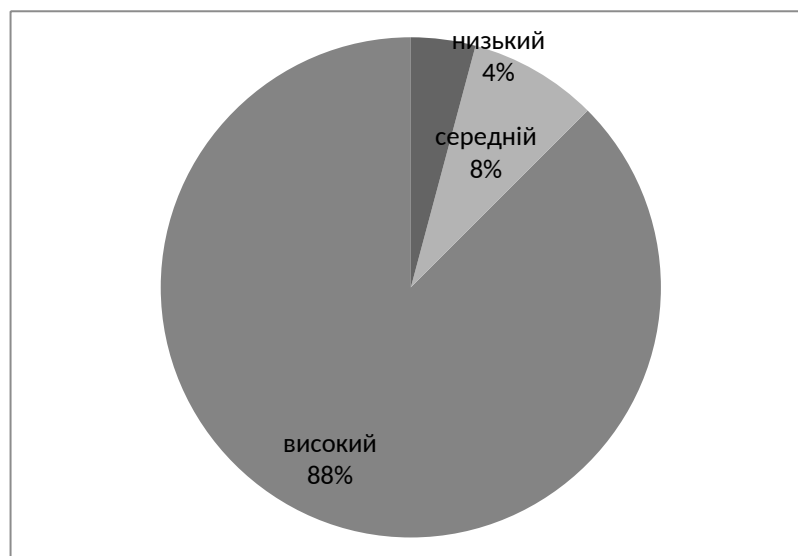
**Рис 3.13** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Суб’єктивне благополуччя»

Як можна побачити, вже за першою шкалою результати діаметрально-протилежні попереднім. 12 осіб (50%) мають високий рівень критерію суб’єктивного благополуччя. 10 осіб (42%) – середній рівень. 2 особи (8%) – низький рівень.



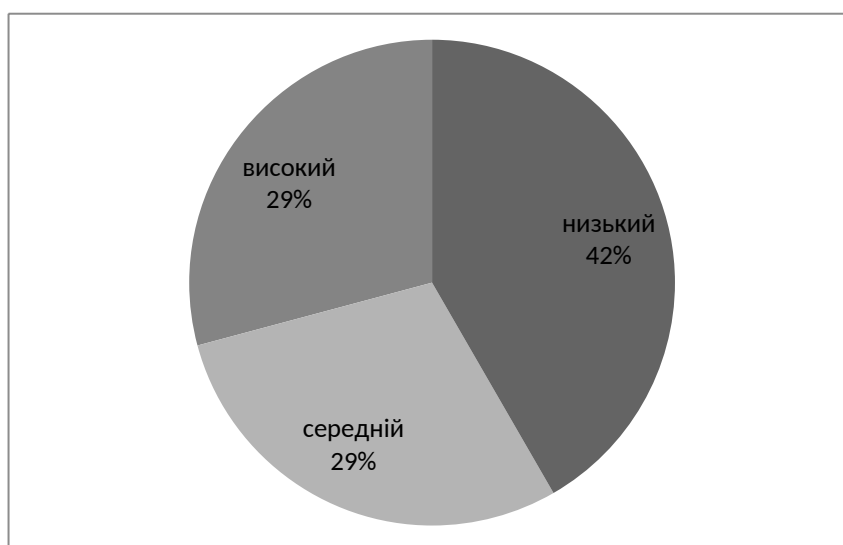
**Рис 3.14** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Психологічне благополуччя»

Аналогічні результати були отримані і по другій шкалі. У 12 осіб (50%) виявився високий рівень психологічного благополуччя. Ще 8 осіб (33%) показали середній рівень. Останні 4 особи (17%) – низький рівень.



**Рис 3.15** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя»

Особливо помітна різниця у шкалі «Фізичне здоров'я та благополуччя». За цим критерієм у абсолютної більшості респондентів високий рівень (21 особа, або 88% від загальної кількості). У 2 осіб (8%) середній рівень. І тільки 1 особа (4%) показала низький рівень критерію.



**Рис 3.16** Відсоткове співвідношення респондентів Групи 2 за шкалою «Стосунки»

За останньою шкалою методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС» результати майже однакові з результатами першої групи. 10 осіб (42%) показали низький рівень. І по 7 осіб (або по 29%) – середній і високий рівні.

Так, роблячи первинний висновок, можемо констатувати, що отримані дані по двох групах, як і у попередній методиці відрізняються один від одного протилежним чином.

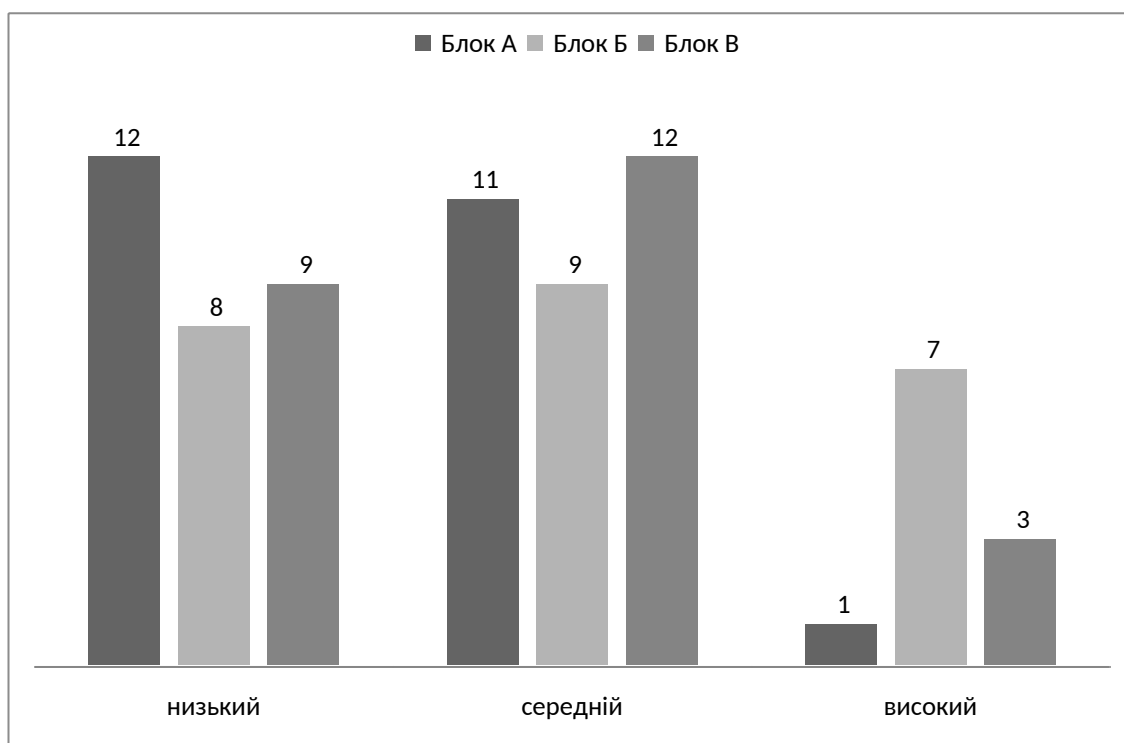
Насамкінець, результати по третій методиці, яка була застосована у даній роботі (вимірювання локус-контролю) наведені у Таблиці 3.3

*Таблиця 3.3*

**Результати діагностики за методикою «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone**

<i>Загальна кількість респондентів за рівнями (група 1)</i>			
<b>Рівні</b>	<b>Блок А</b>	<b>Блок Б</b>	<b>Блок В</b>
низький	12	8	9
середній	11	9	12
високий	1	7	3
<i>Загальна кількість респондентів за рівнями (група 2)</i>			
<b>Рівні</b>	<b>Блок А</b>	<b>Блок Б</b>	<b>Блок В</b>
низький	0	18	18
середній	7	5	5
високий	17	1	1

Для більшої інформативності ці дані також були представлені у вигляді риунків для кожної групи респондентів окремо (рисунок 3.17 для Групи 1 і рисунок 3.18 для Групи 2). Слід зазначити, що за умовами цієї методики одній особі можуть однаково бути притаманні усі три критерії у різній мірі, тому на рисунках будуть вказані лише абсолютні величини, що відображають кількість опитуваних по кожній зі шкал. Також варто нагадати, що під шкалою Блок А мається на увазі внутрішній локус-контроль, Блок Б означає контроль «могутніми іншими», Блок В – контроль випадку. Як і у попередніх методиках спочатку ми проаналізуємо результати у першій групі, а потім у другій.

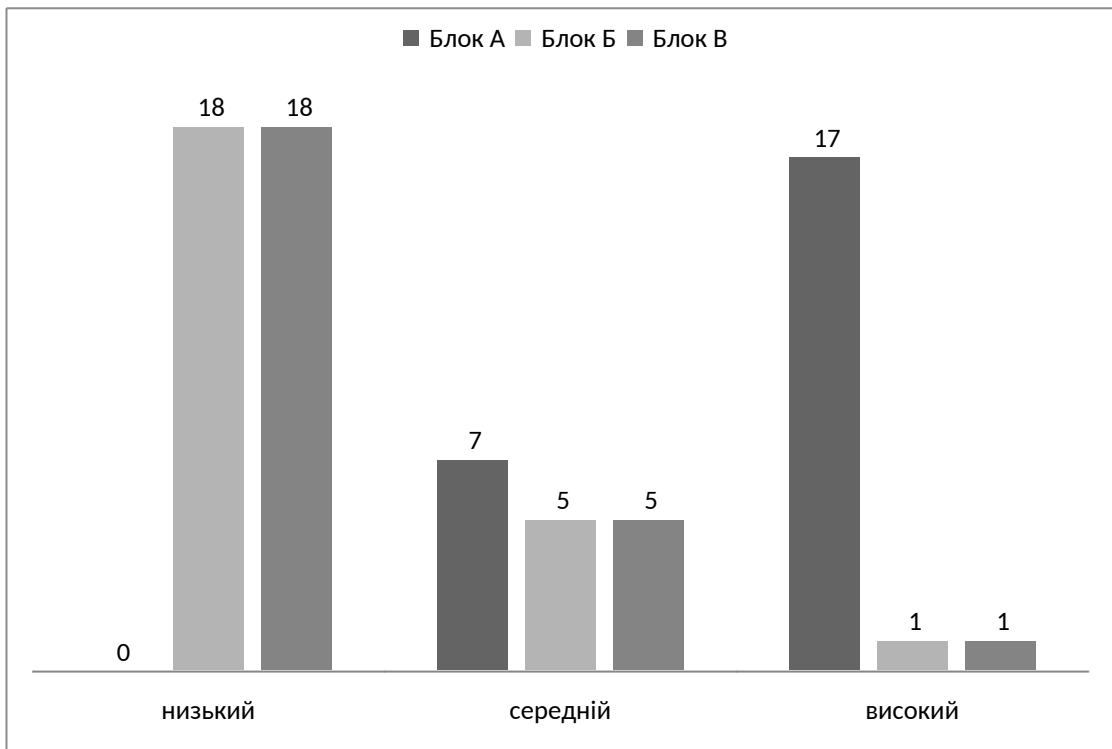


**Рис 3.17** Загальна кількість респондентів за рівнями (Група 1)

Як можемо бачити з відповідної діаграми, респонденти першої групи розподілились наступним чином. До внутрішнього локус-контролю (Блок А) схильні: 12 респондентів з низьким рівнем, 11 осіб – з середнім, і лише 1 особа з високим рівнем цього показника. Віру у «могутніх інших» поділяють за рівнями: 8 осіб – низький рівень, 9 осіб – середній рівень, 7 осіб – високий рівень. І по так званому «контролю випадку» розподіл такий: 9 осіб – низький рівень, 12 осіб – середній рівень, 3 особи – високий рівень.

Роблячи первинні висновки, можемо констатувати, що для першої групи респондентів, тобто для людей не схильних до ведення активного, здорового способу життя у більшій мірі характерні віра у те, що відповідальність за їхній стан здоров'я цілком лежить на сторонніх особах (лікарях), або все залежить від випадкового збігу обставин, чи проявів якихось зовнішніх обставин (наприклад спалах сезонної захворюваності якоїсь хвороби типу «грип»). А от віра у власні сили щодо питань контролю стану здоров'я не дуже властива представникам цієї групи.

Далі розглянемо результати, які були отримані після діагностики респондентів другої групи.



**Рис 3.18** Загальна кількість респондентів за рівнями (Група 2)

На цій діаграмі можемо побачити вже принципово інакші результати. По шкалі «власного локус-контролю» (Блок А) 17 осіб продемонстрували високий рівень, інші 7 осіб – середній рівень. Низького рівня цього критерію не було виявлено у жодної людини цієї групи. За іншими двома шкалами методики, а саме –контролю «могутніми іншими» (Блок Б) і контролю випадку (Блок В) отримані результати однакові: по 18 осіб показали низький рівень, ще по 5 осіб – середній рівень, і по 1 особі – високий рівень. Як бачимо, респонденти, які дотримуються здорового і активного способу життя, у переважній більшості розраховують на власні сили у питаннях контролю стану власного ж здоров'я, на відміно від своїх «колег» по опитуванню з першої групи.

### 3.2. Якісна та кількісна обробка результатів емпіричного дослідження

У попередньому підрозділі нами був проведений первинний аналіз результатів діагностики респондентів за трьома методиками. Під час цього аналізу були помічені певні тенденції, щодо різниці у розподілі респондентів в обох групах. Слід нагадати, що до першої групи увійшли особи, які не дотримуються здорового способу життя, а до другої, відповідно, ті, хто дотримуються. Загальна кількість вибірки склала 48 респондентів (по 24 особи у кожній групі). Тож у цьому підрозділі ми за допомогою інструментів статистичної обробки даних проведемо вже більш детальний аналіз отриманих результатів по кожній з трьох методик, який дасть змогу математично довести, що між показниками обох груп дійсно є різниця і це не випадковий збіг.

Першим кроком стане визначення базових статистичних параметрів, які будуть застосовані у подальшому аналізі. Для спрощення, всі відповідні значення занесені до табл. 3.4 для першої групи і табл. 3.5 для другої групи.

Таблиця 3.4

#### Статистично значущі показники за всіма методиками (група 1)

Група 1							
Назва методики/Шкали	Показники						
	Середнє значення	Дисперсія	Стандартне відхилення	Мода	Медіана	Мінімум	Максимум
<b>Самооцінка станів (Г.Айзенк)</b>							
Тривожність	12,83	21,97	4,69	14	14	5	19
Фрустрація	12,00	16,70	4,09	15	12,5	5	18
Агресивність	12,33	13,71	3,70	10	13,5	5	17
Ригідність	12,38	10,33	3,21	15	12,5	7	18
<b>Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС</b>							
Суб'єктивне благополуччя	70,17	373,10	19,32	38	72,5	38	107
Психологічне благополуччя	34,71	129,61	11,38	40	38	15	55

Продовження таблиці 3.4

Фізичне здоров'я та благополуччя	19,42	56,08	7,50	25	19,5	8	32
Стосунки	16,04	27,52	5,25	10	17	6	24
<b>Локус-контроль здоров'я (Wallstone)</b>							
Блок А Внутрішній контроль	14,17	23,36	4,83	9	14,5	7	24
Блок Б Контроль "могутніми" іншими	18,08	24,78	4,98	14	18,5	9	26
Блок В Контроль випадку	15,67	18,67	4,46	15	15,5	8	23

До табл. 3.5 занесені такі ж дані по базовим статистичним показникам і для другої групи респондентів.

Таблиця 3.5

**Статистично значущі показники за всіма методиками (група 2)**

Група 2							
Назва методики/Шкали	Показники						
	Середнє значення	Дисперсія	Стандартне відхилення	Мода	Медіана	Мінімум	Максимум
<b>Самооцінка станів (Г.Айзенк)</b>							
Тривожність	8,38	19,11	4,37	5	8,5	1	16
Фрустрація	7,33	12,41	3,52	11	7,5	1	15
Агресивність	7,21	16,00	4,00	6	6,5	2	15
Ригідність	7,38	15,72	3,97	7	7	1	16
<b>Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС</b>							
Суб'єктивне благополуччя	92,08	152,08	12,33	82	93	74	118
Психологічне благополуччя	45,96	49,17	7,01	50	47	33	59
Фізичне здоров'я та благополуччя	29,21	11,48	3,39	30	29,5	20	35
Стосунки	16,92	25,91	5,09	24	17,5	8	24
<b>Локус-контроль здоров'я (Wallstone)</b>							
Блок А Внутрішній контроль	23,71	13,09	3,62	25	24	17	30
Блок Б Контроль "могутніми" іншими	11,42	15,56	3,94	10	10,5	6	22
Блок В Контроль випадку	11,21	19,30	4,39	10	10	6	22

Наступним кроком у нашому статистичному аналізі стане перевірка отриманих масивів даних на відповідність нормальному закону розподілу. Ця процедура необхідна для коректного вибору критерію порівняння за допомогою якого ми зможемо зробити остаточні висновки щодо достовірності різниці результатів у двох групах. Така перевірка буде проводитись за допомогою критерію  $\chi^2$ . Для вирішення цієї задачі ми визначили декілька допоміжних параметрів (абсолютну, відносну, накопичену і теоретичну частоти) для кожної шкали по всім методикам і розрахували значення потрібного критерію за допомогою функції «ХИ2ТЕСТ» в MS Excel. Також слід окремо зазначити, що для нашого дослідження ми обрали стандартний для розрахунків такого типу рівень значущості  $\alpha = 0,05$ .

Результати розрахунків цього критерію для шкали «Тривожність» наведені у табл. 3.6

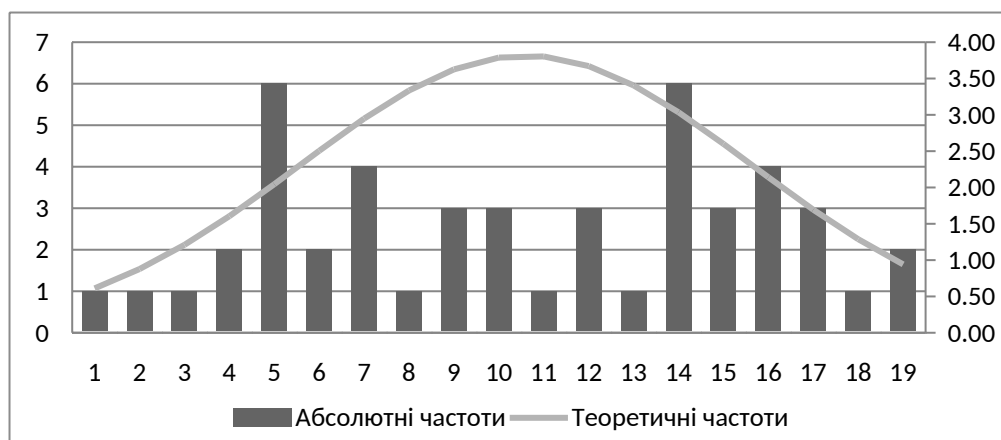
*Таблиця 3.6*

**Результати розрахунків критерію для шкали «Тривожність»**

<b>Значення</b>	<b>Абсолютні частоти</b>	<b>Відносні частоти</b>	<b>Накопичені частоти</b>	<b>Теоретичні частковості</b>	<b>Теоретичні частоти</b>
1	1	0,02	0,02	0,01	0,61
2	1	0,02	0,04	0,02	0,88
3	1	0,02	0,06	0,03	1,21
4	2	0,04	0,10	0,03	1,61
5	6	0,13	0,23	0,04	2,05
6	2	0,04	0,27	0,05	2,51
7	4	0,08	0,35	0,06	2,95
8	1	0,02	0,38	0,07	3,34
9	3	0,06	0,44	0,08	3,63
10	3	0,06	0,50	0,08	3,79
11	1	0,02	0,52	0,08	3,80
12	3	0,06	0,58	0,08	3,67
13	1	0,02	0,60	0,07	3,41
14	6	0,13	0,73	0,06	3,04
15	3	0,06	0,79	0,05	2,60
16	4	0,08	0,88	0,04	2,14
17	3	0,06	0,94	0,04	1,69
18	1	0,02	0,96	0,03	1,29

19	2	0,04	1,00	0,02	0,94
	<b>48</b>	<b>10,60</b>	<b>5,02</b>	$\chi^2 =$	<b>0,27</b>

Як бачимо, значення критерію  $\chi^2$  для шкали «Тривожність» дорівнює 0,27 що перевищує встановлений рівень значущості. Тому ми можемо зробити висновок, що розподіл значень за цієї шкали не суперечить нормальному закону розподілу. У якості додаткового доказу цього твердження ми побудували графіки фактичного розподілу і наклали на нього графік теоретичного нормального розподілу значень цієї шкали (рис. 3.19)



**Рис. 3.19** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Тривожність»

Результати розрахунків цього критерію для шкали «Фрустрація» наведені у табл. 3.7

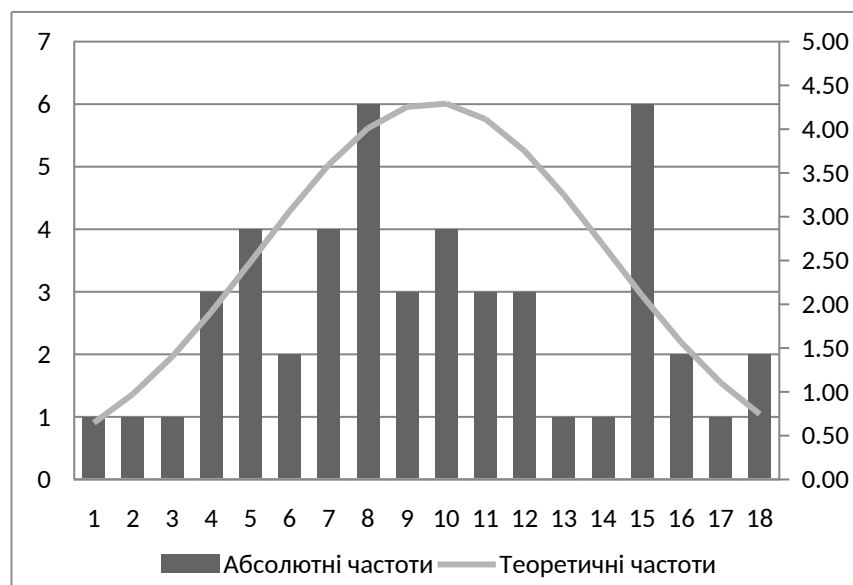
*Таблиця 3.7*

**Результати розрахунків критерію для шкали «Фрустрація»**

Значення	Абсолютні частоти	Відносні частоти	Накопичені частоти	Теоретичні частковості	Теоретичні частоти
1	1	0,02	0,02	0,01	0,65
2	1	0,02	0,04	0,02	0,98
3	1	0,02	0,06	0,03	1,40
4	3	0,06	0,13	0,04	1,91
5	4	0,08	0,21	0,05	2,48
6	2	0,04	0,25	0,06	3,06
7	4	0,08	0,33	0,07	3,60

8	6	0,13	0,46	0,08	4,01
9	3	0,06	0,52	0,09	4,26
10	4	0,08	0,60	0,09	4,29
11	3	0,06	0,67	0,09	4,11
12	3	0,06	0,73	0,08	3,75
13	1	0,02	0,75	0,07	3,25
14	1	0,02	0,77	0,06	2,68
15	6	0,13	0,90	0,04	2,10
16	2	0,04	0,94	0,03	1,56
17	1	0,02	0,96	0,02	1,11
18	2	0,04	1,00	0,02	0,75
	<b>48</b>	<b>9,67</b>	<b>4,45</b>	<b><math>\chi^2 =</math></b>	<b>0,51</b>

Для шкали «Фрустрація» значення критерію  $\chi^2$  дорівнює 0,51, що також перевищує рівень значущості. Тож фактичний розподіл значень за цією шкалою також не суперечить нормальному розподілу. Графічне підтвердження цього висновку представлено на рис. 3.20



**Рис. 3.20** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Фрустрація»

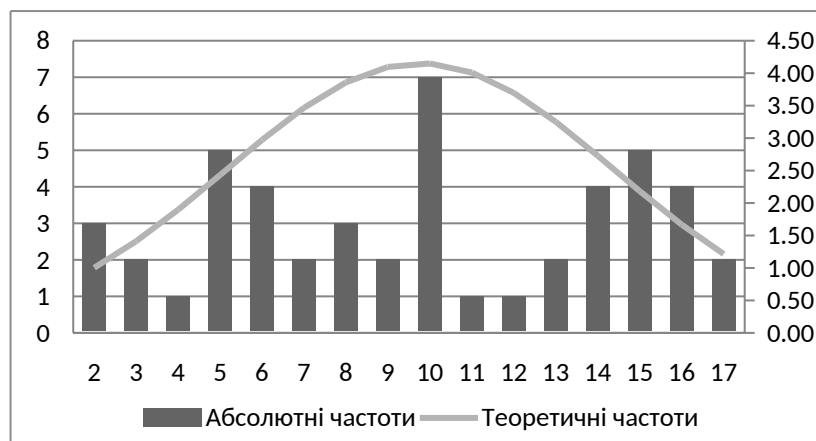
У таблиці 3.8 наведені результати розрахунків цього критерію для шкали «Агресивність».

## Результати розрахунків критерію для шкали «Агресивність»

Значення	Абсолютні частоти	Відносні частоти	Накопичені частоти	Теоретичні частковості	Теоретичні частоти
2	3	0,06	0,06	0,02	1,00
3	2	0,04	0,10	0,03	1,41
4	1	0,02	0,13	0,04	1,90
5	5	0,10	0,23	0,05	2,43
6	4	0,08	0,31	0,06	2,97
7	2	0,04	0,35	0,07	3,47
8	3	0,06	0,42	0,08	3,86
9	2	0,04	0,46	0,09	4,10
10	7	0,15	0,60	0,09	4,15
11	1	0,02	0,63	0,08	4,01
12	1	0,02	0,65	0,08	3,70
13	2	0,04	0,69	0,07	3,25
14	4	0,08	0,77	0,06	2,73
15	5	0,10	0,88	0,05	2,18
16	4	0,08	0,96	0,03	1,67
17	2	0,04	1,00	0,03	1,21
	<b>48</b>	<b>9,77</b>	<b>4,61</b>	$\chi^2 =$	<b>0,06</b>

За шкалою «Агресивність» значення критерію значно нижче, але все одно перевищує рівень значущості. Тож можемо зробити такий же висновок.

Графічно ці розподіли представлені на рисунку 3.21



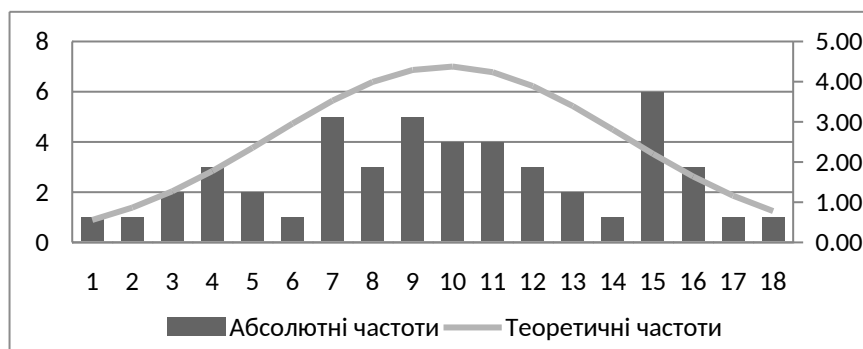
**Рис. 3.21** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Агресивність»

У таблиці 3.9 наведені результати розрахунків цього критерію для останньої шкали «Ригідність» у першій методиці.

## Результати розрахунків критерію для шкали «Ригідність»

Значення	Абсолютні частоти	Відносні частоти	Накопичені частоти	Теоретичні частковості	Теоретичні частоти
1	1	0,02	0,02	0,01	0,56
2	1	0,02	0,04	0,02	0,87
3	2	0,04	0,08	0,03	1,27
4	3	0,06	0,15	0,04	1,78
5	2	0,04	0,19	0,05	2,35
6	1	0,02	0,21	0,06	2,96
7	5	0,10	0,31	0,07	3,53
8	3	0,06	0,38	0,08	3,99
9	5	0,10	0,48	0,09	4,29
10	4	0,08	0,56	0,09	4,38
11	4	0,08	0,65	0,09	4,24
12	3	0,06	0,71	0,08	3,89
13	2	0,04	0,75	0,07	3,39
14	1	0,02	0,77	0,06	2,81
15	6	0,13	0,90	0,05	2,20
16	3	0,06	0,96	0,03	1,64
17	1	0,02	0,98	0,02	1,16
18	1	0,02	1,00	0,02	0,78
	<b>48</b>	<b>9,88</b>	<b>4,37</b>	$\chi^2 =$	<b>0,69</b>

Як бачимо з таблиці, значення критерію також сильно перевищують рівень значущості, тому можемо констатувати, що за цією шкалою розподіл значень також не суперечить нормальному розподілу. Графічне підтвердження розподілу значень за шкалою «Ригідність» представлено на Рисунку 3.22.



**Рис. 3.22** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Ригідність»

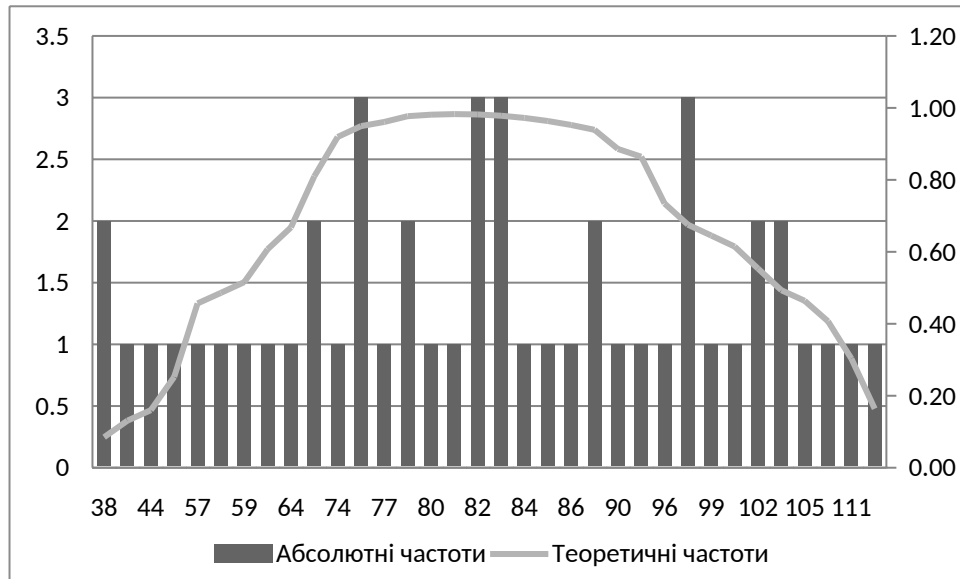
Таблиця 3.10

**Результати розрахунків критерію для шкали «Суб'єктивне  
благополуччя»**

<b>Значення</b>	<b>Абсолютні частоти</b>	<b>Відносні частоти</b>	<b>Накопичені частоти</b>	<b>Теоретичні частковості</b>	<b>Теоретичні частоти</b>
38	2	0,042	0,042	0,002	0,08
42	1	0,021	0,063	0,003	0,13
44	1	0,021	0,083	0,003	0,16
49	1	0,021	0,104	0,005	0,25
57	1	0,021	0,125	0,010	0,46
58	1	0,021	0,146	0,010	0,49
59	1	0,021	0,167	0,011	0,52
62	1	0,021	0,188	0,013	0,61
64	1	0,021	0,208	0,014	0,67
69	2	0,042	0,250	0,017	0,81
74	1	0,021	0,271	0,019	0,92
76	3	0,063	0,333	0,020	0,95
77	1	0,021	0,354	0,020	0,96
79	2	0,042	0,396	0,020	0,98
80	1	0,021	0,417	0,020	0,98
81	1	0,021	0,438	0,020	0,98
82	3	0,063	0,500	0,020	0,98
83	3	0,063	0,563	0,020	0,98
84	1	0,021	0,583	0,020	0,97
85	1	0,021	0,604	0,020	0,96
86	1	0,021	0,625	0,020	0,95
87	2	0,042	0,667	0,020	0,94
90	1	0,021	0,688	0,018	0,89
91	1	0,021	0,708	0,018	0,86
96	1	0,021	0,729	0,015	0,73
98	3	0,063	0,792	0,014	0,68
99	1	0,021	0,813	0,013	0,65
100	1	0,021	0,833	0,013	0,61
102	2	0,042	0,875	0,012	0,55
104	2	0,042	0,917	0,010	0,49
105	1	0,021	0,938	0,010	0,46
107	1	0,021	0,958	0,008	0,41
111	1	0,021	0,979	0,006	0,30
118	1	0,021	1,000	0,003	0,16
	<b>48</b>	<b>81,13</b>	<b>19,48</b>	<b><math>\chi^2 =</math></b>	<b>0,000000018</b>

Розрахунок критерію  $\chi^2$  для значень по шкалам другої методики. Результати розрахунків за шкалою «Суб'єктивне благополуччя» наведені у табл.3.10

Тут, як бачимо, значення цього критерію дорівнює 0,000000018, що значно менше за встановлений рівень значущості. Тож розподіл за цією шкалою не є нормальним. Графічно це відображено на Рисунку 3.23



**Рис. 3.23** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Суб'єктивне благополуччя»

Наступною у цій методиці є шкала «Психологічне благополуччя». По ній результати розрахунків критерію наведені у Таблиці 3.11

*Таблиця 3.11*

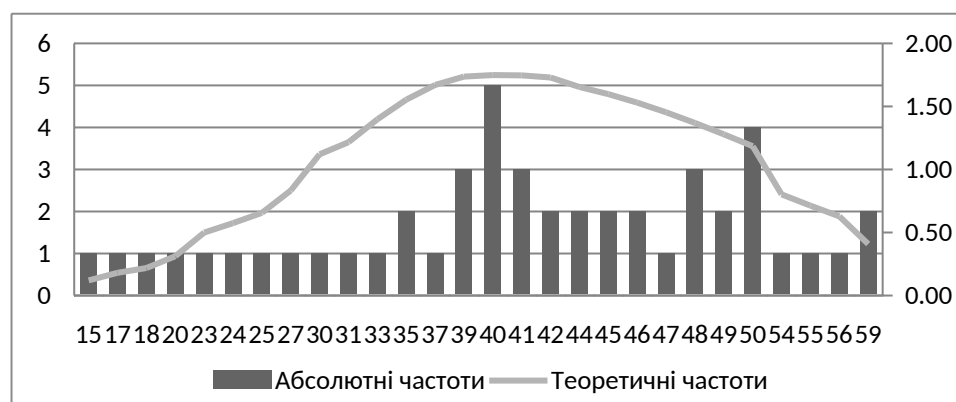
**Результати розрахунків критерію для шкали «Психологічне благополуччя»**

Значення	Абсолютні частоти	Відносні частоти	Накопичені частоти	Теоретичні частковості	Теоретичні частоти
15	1	0,021	0,021	0,003	0,120
17	1	0,021	0,042	0,004	0,180
18	1	0,021	0,063	0,005	0,218
20	1	0,021	0,083	0,006	0,312
23	1	0,021	0,104	0,010	0,499
24	1	0,021	0,125	0,012	0,575

25	1	0,021	0,146	0,014	0,656
27	1	0,021	0,167	0,017	0,833
30	1	0,021	0,188	0,023	1,120
31	1	0,021	0,208	0,025	1,216
33	1	0,021	0,229	0,029	1,398
35	2	0,042	0,271	0,032	1,554
37	1	0,021	0,292	0,035	1,670
39	3	0,063	0,354	0,036	1,737
40	5	0,104	0,458	0,036	1,749
41	3	0,063	0,521	0,036	1,746
42	2	0,042	0,563	0,036	1,729
44	2	0,042	0,604	0,034	1,654
45	2	0,042	0,646	0,033	1,598
46	2	0,042	0,688	0,032	1,530
47	1	0,021	0,708	0,030	1,453
48	3	0,063	0,771	0,029	1,369
49	2	0,042	0,813	0,027	1,279
50	4	0,083	0,896	0,025	1,185
54	1	0,021	0,917	0,017	0,802
55	1	0,021	0,938	0,015	0,713
56	1	0,021	0,958	0,013	0,628
59	2	0,042	1,000	0,009	0,409
	<b>48</b>	<b>40,33</b>	<b>10,95</b>	$\chi^2 =$	<b>0,05</b>

За цією шкалою ми отримали значення критерію  $\chi^2$  яке дорівнює 0,05.

Що в свою чергу дорівнює встановленому нами рівню значущості. В такій ситуації ми також можемо зробити висновок, що заданий розподіл значень не відповідає нормальному розподілу. Графічне представлення цих розподілів наведено на Рисунку 3.24



**Рис. 3.24** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Психологічне благополуччя»

Далі розглянемо результати розрахунків по шкалі «Фізичне здоров'я та благополуччя». Вони були занесені до табл. 3.12

Таблиця 3.12

**Результати розрахунків критерію для шкали «Фізичне здоров'я та благополуччя»**

<b>Значення</b>	<b>Абсолютні частоти</b>	<b>Відносні частоти</b>	<b>Накопичені частоти</b>	<b>Теоретичні частковості</b>	<b>Теоретичні частоти</b>
8	1	0,021	0,021	0,005	0,25
9	2	0,042	0,063	0,007	0,33
10	1	0,021	0,083	0,009	0,43
11	1	0,021	0,104	0,011	0,54
12	1	0,021	0,125	0,014	0,68
13	1	0,021	0,146	0,017	0,83
15	2	0,042	0,188	0,025	1,19
17	1	0,021	0,208	0,033	1,59
18	1	0,021	0,229	0,037	1,79
19	1	0,021	0,250	0,041	1,98
20	2	0,042	0,292	0,045	2,15
21	1	0,021	0,313	0,048	2,29
24	3	0,063	0,375	0,053	2,52
25	4	0,083	0,458	0,052	2,51
26	2	0,042	0,500	0,051	2,46
27	2	0,042	0,542	0,049	2,37
28	4	0,083	0,625	0,047	2,24
29	4	0,083	0,708	0,043	2,09
30	4	0,083	0,792	0,040	1,91
31	3	0,063	0,854	0,036	1,71
32	3	0,063	0,917	0,031	1,51
33	2	0,042	0,958	0,027	1,31
34	1	0,021	0,979	0,023	1,12
35	1	0,021	1,000	0,019	0,94
	<b>48</b>	<b>24,31</b>	<b>7,59</b>	<b><math>\chi^2 =</math></b>	<b>0,42</b>

Можемо бачити, що значення критерію у цій шкалі вище за рівень значущості, отже розподіл не суперечить нормальному. Графічне відображення розподілів значень за цією шкалою наведено на Рисунку 3.25



**Рис. 3.25** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Фізичне здоров'я і благополуччя»

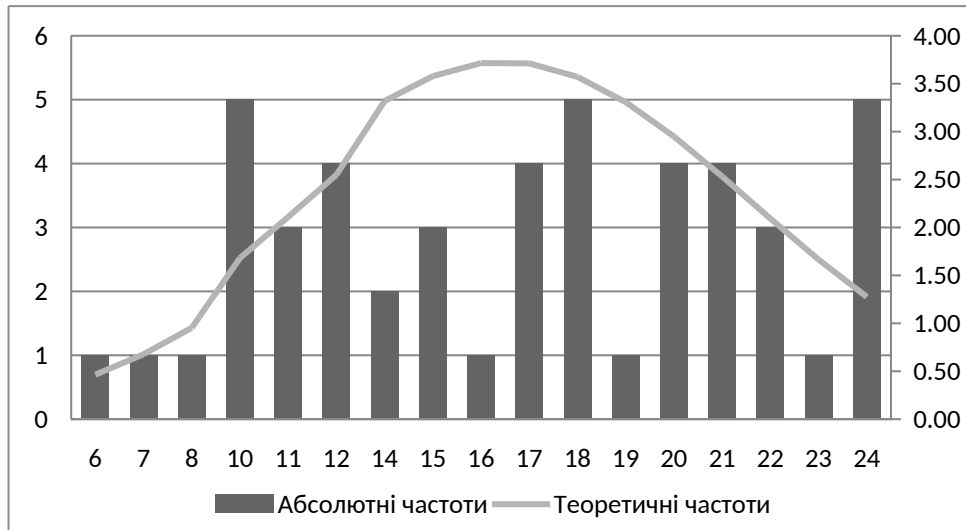
І за останньою шкалі у другій методиці, а саме «Стосунки» результати розподілу значень зведені у Таблиці 3.13

*Таблиця 3.13*

**Результати розрахунків критерію для шкали «Стосунки»**

Значення	Абсолютні частоти	Відносні частоти	Накопичені частоти	Теоретичні частковості	Теоретичні частоти
6	1	0,021	0,021	0,010	0,46
7	1	0,021	0,042	0,014	0,68
8	1	0,021	0,063	0,020	0,95
10	5	0,104	0,167	0,035	1,68
11	3	0,063	0,229	0,044	2,11
12	4	0,083	0,313	0,053	2,55
14	2	0,042	0,354	0,069	3,32
15	3	0,063	0,417	0,075	3,58
16	1	0,021	0,438	0,077	3,71
17	4	0,083	0,521	0,077	3,71
18	5	0,104	0,625	0,074	3,57
19	1	0,021	0,646	0,069	3,31
20	4	0,083	0,729	0,061	2,95
21	4	0,083	0,813	0,053	2,53
22	3	0,063	0,875	0,044	2,09
23	1	0,021	0,896	0,035	1,66
24	5	0,104	1,000	0,027	1,28
	<b>48</b>	<b>16,48</b>	<b>5,13</b>	$\chi^2 =$	<b>0,05</b>

Значення критерію  $\chi^2$  по даній шкалі дорівнює встановленому рівню значущості, як і у випадку зі шкалою «Психологічне благополуччя. Отже висновок ми робимо такий же – розподіл значень по шкалі «Стосунки» не відповідає нормальному розподілу. Графічно ці розподіли представлені на Рисунку 3.26.



**Рис. 3.26** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Стосунки»

Насамкінець розрахуємо критерій  $\chi^2$  для значень по шкалам третьої методики. Першою в ній була шкала внутрішнього контролю (Блок А). Результати обчислення критерію занесені до Таблиці 3.14

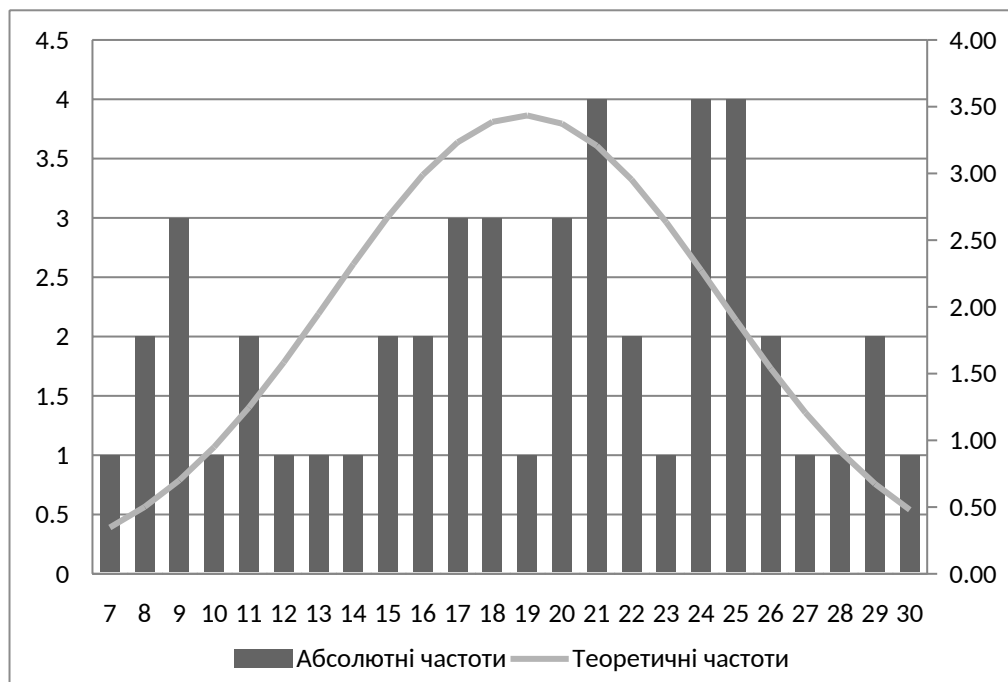
*Таблиця 3.14*

**Результати розрахунків критерію за шкалою «Внутрішній локус-контроль» методика «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone**

Значення	Абсолютні частоти	Відносні частоти	Накопичені частоти	Теоретичні частковості	Теоретичні частоти
7	1	0,02	0,02	0,01	0,35
8	2	0,04	0,06	0,01	0,50
9	3	0,06	0,13	0,01	0,70
10	1	0,02	0,15	0,02	0,95
11	2	0,04	0,19	0,03	1,25
12	1	0,02	0,21	0,03	1,58
13	1	0,02	0,23	0,04	1,95

14	1	0,02	0,25	0,05	2,32
15	2	0,04	0,29	0,06	2,68
16	2	0,04	0,33	0,06	2,99
17	3	0,06	0,40	0,07	3,23
18	3	0,06	0,46	0,07	3,39
19	1	0,02	0,48	0,07	3,43
20	3	0,06	0,54	0,07	3,37
21	4	0,08	0,63	0,07	3,21
22	2	0,04	0,67	0,06	2,95
23	1	0,02	0,69	0,05	2,63
24	4	0,08	0,77	0,05	2,27
25	4	0,08	0,85	0,04	1,90
26	2	0,04	0,90	0,03	1,54
27	1	0,02	0,92	0,03	1,21
28	1	0,02	0,94	0,02	0,92
29	2	0,04	0,98	0,01	0,67
30	1	0,02	1,00	0,01	0,48
	<b>48</b>	<b>18,94</b>	<b>5,58</b>	<b><math>\chi^2 =</math></b>	<b>0,30</b>

Оскільки значення критерію перевищує рівень значущості, розподіл за цією шкалою не суперечить нормальному розподілу. Графічно це відображено на Рисунку 3.27



**Рис. 3.27** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Внутрішній локус-контроль»

Наступна шкала цієї методики – «Контроль «могутніми іншими». По цій шкалі результати обчислення критерію внесені до табл.3.15. Як бачимо, значення критерію хоч і нижче за попереднє, але все одно перевищує рівень значущості, тому розподіл за цією шкалою також не суперечить нормальному розподілу.

Таблиця 3.15

**Результати розрахунків критерію за шкалою «Контроль «могутніми іншими» методика «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone**

<b>Значення</b>	<b>Абсолютні частоти</b>	<b>Відносні частоти</b>	<b>Накопичені частоти</b>	<b>Теоретичні частковості</b>	<b>Теоретичні частоти</b>
6	1	0,02	0,02	0,02	1,00
7	3	0,06	0,08	0,03	1,31
8	3	0,06	0,15	0,03	1,65
9	2	0,04	0,19	0,04	2,02
10	5	0,10	0,29	0,05	2,39
11	2	0,04	0,33	0,06	2,74
12	3	0,06	0,40	0,06	3,04
13	1	0,02	0,42	0,07	3,27
14	6	0,13	0,54	0,07	3,40
15	5	0,10	0,65	0,07	3,43
16	1	0,02	0,67	0,07	3,35
17	1	0,02	0,69	0,07	3,17
18	2	0,04	0,73	0,06	2,90
19	1	0,02	0,75	0,05	2,57
20	3	0,06	0,81	0,05	2,20
21	1	0,02	0,83	0,04	1,83
22	2	0,04	0,88	0,03	1,47
23	2	0,04	0,92	0,02	1,15
25	3	0,06	0,98	0,01	0,63
26	1	0,02	1,00	0,01	0,45
	<b>48</b>	<b>14,75</b>	<b>5,58</b>	<b><math>\chi^2 =</math></b>	<b>0,13</b>

Графічне представлення обчислених значень відображене на рисунку 3.28



**Рис. 3.28** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Контроль «могутніми іншими»

І за останньою шкалою – «Контроль випадку» результати обчислення значення критерію занесені до Таблиці 3.16.

*Таблиця 3.16*

**Результати розрахунків критерію за шкалою «Контроль випадку» методика «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone**

Значення	Абсолютні частоти	Відносні частоти	Накопичені частоти	Теоретичні частковості	Теоретичні частоти
6	3	0,06	0,06	0,03	1,22
7	3	0,06	0,13	0,03	1,64
8	3	0,06	0,19	0,04	2,11
9	3	0,06	0,25	0,05	2,60
10	5	0,10	0,35	0,06	3,07
11	2	0,04	0,40	0,07	3,47
12	3	0,06	0,46	0,08	3,77
13	2	0,04	0,50	0,08	3,92
14	3	0,06	0,56	0,08	3,91
15	5	0,10	0,67	0,08	3,74
16	3	0,06	0,73	0,07	3,43
17	3	0,06	0,79	0,06	3,01
18	1	0,02	0,81	0,05	2,54
19	3	0,06	0,88	0,04	2,05
20	1	0,02	0,90	0,03	1,58
21	1	0,02	0,92	0,02	1,18
22	3	0,06	0,98	0,02	0,84
23	1	0,02	1,00	0,01	0,57
	<b>48</b>	<b>13,44</b>	<b>4,86</b>	$\chi^2 =$	<b>0,57</b>

Значення критерію дорівнює 0,57 і перевищує рівень значущості, тож розподіл за цією шкалою також не суперечить нормальному розподілу. Графічне представлення відображено на Рисунку 3.29



**Рис. 3.29** Фактичний і теоретичний нормальний розподіл значень за шкалою «Контроль випадку»

Зробивши перевірку усіх шкал по трьом методикам на відповідність нормальному розподілу, ми з'ясували, що розподіли значень по шкалах першої і третьої методики (Самооцінка станів і Вимірювання локус-контролю відповідно) не суперечать закону нормального розподілу. А от розподіл по шкалах другої методики (Вимірювання суб'єктивного благополуччя) не відповідає умовам нормального розподілу. Тож для подальшого порівняння виборок значень різних груп респондентів ми, з урахуванням вищезазначених результатів, обираємо наступні критерії порівняння:

- Критерій Стьюдента (Т-критерій) – для шкал «Тривожність», «Фрустрація», «Агресивність», «Ригідність», «Внутрішній локус-контроль», «Контроль «могутніми іншими», «Контроль випадку»;
- Критерій Манна-Уїтні (U-критерій) – для шкал «Суб'єктивне благополуччя», «Психологічне благополуччя», «Фізичне здоров'я та благополуччя», «Стосунки».

Перед тим, як перейти до безпосереднього обчислення вищезазначених критеріїв, нам необхідно сформулювати, так звану, нульову ( $H_0$ ) та альтернативну гіпотези ( $H_1$ ). Отже ми робимо припущення, що значення у наших виборках дійсно відрізняються один від одного в залежності від приналежності респондента до тієї чи іншої групи – це і є наша альтернативна гіпотеза  $H_1$ . Відповідно, нульова гіпотеза  $H_0$  матиме протилежне твердження – вибірки не мають суттєвої різниці, а всі значення сформовані випадковим чином.

Суть порівняння за допомогою критерія Стьюдента полягає в тому, що обчислене значення цього критерію показує ймовірність того, що нульова гіпотеза є вірною. Якщо обчислене значення не перевищує встановлений рівень значущості, то нульова гіпотеза не підтверджується. Значення цього критерію розраховані за допомогою функції TTEST в MS Excel. Стосовно порівняння за критерієм Манна-Уїтні, то у процесі його обчислення ми спочатку проводимо процес ранжування значень за допомогою функції РАНГ в MS Excel, а потім обчислюємо фактичне значення U-рівню за допомогою відповідної форми і порівнюємо отримане значення з критичним рівнем (U критичне), який обирається з таблиці критичних значень в залежності від кількості елементів виборки та встановленого рівня значущості. Якщо обчислене значення менше за критичне значення, то ми відмовляємось від нульової і приймаємо альтернативну гіпотезу. Також слід нагадати, що встановлений нами рівень значущості для даного дослідження становить 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

Спочатку нами були проведені розрахунки T-критерію, в результаті яких ми отримали наступні значення:

- Шкала «Тривожність» -  $T = 0,00138 (<0,05)$ ;
- Шкала «Фрустрація» -  $T = 0,00011 (<0,05)$ ;
- Шкала «Агресивність» -  $T = 0,00003 (<0,05)$ ;
- Шкала «Ригідність» -  $T = 0,00002 (<0,05)$ ;
- Шкала «Внутрішній локус-контроль» (Блок А) –  $T = 0,0000012 (<0,05)$ ;

- Шкала «Контроль «могутніми іншими» (Блок Б) –  $T = 0,0000061 (<0,05)$ ;
- Шкала «Контроль випадку» (Блок В) –  $T = 0,00092 (<0,05)$ .

Як бачимо з отриманих результатів, за всіма обраними шкалами значення Т-критерію не тільки не перевищує встановлений рівень значущості, а й знаходиться на значно низькому рівні. Тож ми відкидаємо нульову гіпотезу  $H_0$  і приймаємо альтернативну гіпотезу – значення у виборках обох груп достовірно відрізняються. Інакше кажучи, в результаті проведеного тестування ми можемо спостерігати суттєву різницю між показниками вищезазначених шкал у респондентів першої групи (особи, які не дотримуються принципів здорового способу життя) і респондентів другої групи (особи, які дотримуються здорового способу життя).

Далі зробимо розрахунок U-критерію для тих шкал, розподіл значень яких не узгоджується з нормальним законом розподілу. Для цього спочатку потрібно зробити процедуру ранжування значень по кожній шкалі окремо, а потім підрахувати суми рангів по кожній групі значень окремо і обчислити фактичне значення U-критерію за відповідною формулою.

Результати обчислення необхідних значень за всіма шкалами наведені у Таблиці 3.17

*Таблиця 3.17*

**Результати обчислення показників за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС»**

Шкали	Критерії			Порівняння
	R1	R2	U факт.	U факт. і U критич.
Суб'єктивне благополуччя	411,5	764,5	111,5	<
Психологічне благополуччя	420,5	749,5	126,5	<
Фізичне здоров'я та благополуччя	369,5	806,5	69,5	<
Стосунки	560,5	615,5	260,5	>

Значення  $U_{критич.} = 207$  (було обране з таблиці критичних значень для відповідної кількості елементів виборки і встановленого рівня значущості).

Як бачимо з результатів обчислення, по трьом шкалам («Суб'єктивне благополуччя», «Психологічне благополуччя» і «Фізичне здоров'я та благополуччя») обчислене значення  $U_{факт.}$  значно менше ніж значення  $U_{критич.}$  Отже ми відмовляємось від нульової гіпотези і приймаємо альтернативну гіпотезу – є достовірна різниця у значеннях виборок різних груп респондентів. Інакше кажучи, дані по шкалах першої групи достовірно відрізняються від таких даних другої групи.

За останньою шкалою «Стосунки» ситуація протилежна – тут значення  $U_{факт.}$  перевищує значення  $U_{критич.}$  Тож по цій шкалі ми приймаємо нульову гіпотезу – між значеннями обох груп немає принципової різниці, або в контексті формування стосунків немає різниці якого способу життя дотримується респондент.

І останнім кроком у процесі статистичного аналізу буде проведення кореляційного аналізу (визначення рівня залежності одній шкали від іншої). Ця процедура буде реалізована за допомогою функції «КОРРЕЛ» в MS Excel. Розраховані коефіцієнти кореляції будуть занесені до матриці кореляції, яка представлена у табл.3.18

*Таблиця 3.18*

### Результати кореляційного аналізу

	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність	Психологічне благополуччя	Фізичне здоров'я та благополуччя	Стосунки	Внутрішній локус-контроль	Контроль "могутніми іншими"	Контроль випадку
<b>Тривожність</b>	1									
<b>Фрустрація</b>	0,8	1								
<b>Агресивність</b>	0,7	0,7	1							
<b>Ригідність</b>	0,8	0,8	0,8	1						

<b>Психологічне благополуччя</b>	-0,6	-0,6	-0,5	-0,6	1					
<b>Фізичне здоров'я та благополуччя</b>	-0,6	-0,7	-0,6	-0,6	0,9	1				
<b>Стосунки</b>	0,1	-0,1	-0,1	0,1	0,2	0,2	1			
<b>Внутрішній локус-контроль</b>	-0,8	-0,6	-0,7	-0,7	0,7	0,8	0,2	1		
<b>Контроль "могутніми іншими"</b>	0,5	0,6	0,5	0,6	-0,7	-0,8	-0,2	-0,8	1	
<b>Контроль випадку</b>	0,4	0,4	0,3	0,3	-0,3	-0,4	-0,1	-0,5	0,5	1

Як бачимо з таблиці, між показниками встановилися як прямі так і протилежні кореляційні взаємозв'язки. Між деякими показникам такі взаємозв'язки майже відсутні.

Висока прямо-пропорційна залежність (коефіцієнт кореляції  $r \geq 0,5$ ) присутня таким парам критерієв як:

- «Фрустрація» – «Тривожність»;
- «Агресивність» - «Тривожність»;
- «Ригідність» - «Тривожність»;
- «Агресивність» - «Фрустрація»;
- «Ригідність» - «Фрустрація»;
- «Ригідність» - «Агресивність»;
- «Фізичне здоров'я та благополуччя» - «Психологічне благополуччя»;
- «Внутрішній локус-контроль» - «Психологічне благополуччя»;
- «Внутрішній локус-контроль» - «Фізичне здоров'я та благополуччя»;
- «Контроль "могутніми іншими"» - «Тривожність»;
- «Контроль "могутніми іншими"» - «Фрустрація»;
- «Контроль "могутніми іншими"» - «Агресивність»;
- «Контроль "могутніми іншими"» - «Ригідність»;

Висока зворотно-пропорційна залежність (коефіцієнт кореляції  $r > -0,5$ ) визначився для наступних пар критерієв:

- «Психологічне благополуччя» - «Тривожність»;
- «Психологічне благополуччя» - «Фрустрація»;
- «Психологічне благополуччя» - «Агресивність»;
- «Психологічне благополуччя» - «Ригідність»;
- «Фізичне здоров'я та благополуччя» - «Тривожність»;
- «Фізичне здоров'я та благополуччя» - «Фрустрація»;
- «Фізичне здоров'я та благополуччя» - «Агресивність»;
- «Фізичне здоров'я та благополуччя» - «Ригідність»;
- «Внутрішній локус-контроль» - «Тривожність»;
- «Внутрішній локус-контроль» - «Фрустрація»;
- «Внутрішній локус-контроль» - «Агресивність»;
- «Внутрішній локус-контроль» - «Ригідність»;
- «Контроль "могутніми іншими"» - «Психологічне благополуччя»;
- «Контроль "могутніми іншими"» - «Фізичне здоров'я та благополуччя»;
- «Контроль "могутніми іншими"» - «Внутрішній локус-контроль»;
- «Контроль випадку» - «Внутрішній локус-контроль»

Слабка прямо-пропорційна залежність (коефіцієнт кореляції ( $r$ ) знаходиться в діапазоні 0,2 – 0,4) спостерігається між такими парами:

- «Контроль випадку» - «Тривожність»;
- «Контроль випадку» - «Фрустрація»;
- «Контроль випадку» - «Агресивність»;
- «Контроль випадку» - «Ригідність»;
- «Психологічне благополуччя» - «Стосунки»;
- «Фізичне здоров'я та благополуччя» - «Стосунки»

Слабка зворотно-пропорційна залежність (коефіцієнт кореляції знаходиться в діапазоні -0,2 – -0,4) визначена між парами:

- «Психологічне благополуччя» - «Контроль випадку»;
- «Фізичне здоров'я та благополуччя» - «Контроль випадку»;

- «Стосунки» - «Контроль могутніми іншими»

Будь який зв'язок майже відсутній (коефіцієнт кореляції (r) від -0,1 до 0,1) притаманний парам:

- «Стосунки» - «Тривожність»;
- «Стосунки» - «Фрустрація»;
- «Стосунки» - «Агресивність»;
- «Стосунки» - «Ригідність»;
- «Стосунки» - «Контроль випадку».

Таким чином, ми бачимо, що результати кореляційного аналізу непрямым чином підтвердили коректність отриманих результатів попередніх розрахунків і, відповідно, запропонованих гіпотез.

Виходячи з отриманих результатів, доцільно у наступному підрозділі надати рекомендації щодо підтримки здорового способу життя в умовах кризи.

### **3.3. Рекомендації щодо підтримки здорового способу життя в умовах кризи**

Після проведення комплексного аналізу результатів діагностики респондентів, направлених на виявлення рівня їх психологічного стану, а також факторів, які впливали на формування саме таких результатів в кризових умовах, нам вдалось виявити досить вагому різницю в показниках між респондентами з різним ставленням до дотримання здорового способу життя. Нагадаємо, що в рамках проведення дослідження даної проблематики, ми розділили респондентів на дві однакові за кількістю осіб групи. До першої групи ми віднесли респондентів, які не дотримуються здорового способу життя. Відповідно у другу групу потрапили респонденти, які, навпаки - дотримуються здорового способу життя. Обробка результатів діагностики допомогла відстежити досить чітку закономірність – респонденти другої групи мали кращі результати в порівнянні з представниками першої групи,

що в свою чергу свідчить про безпосередній вплив способу життя людини на її загальний психологічний стан.

Під час кризових ситуацій (війна, економічна нестабільність, особисті потрясіння) людина стикається із підвищеним рівнем стресу, невизначеністю та емоційним виснаженням. Збереження здорового способу життя допомагає підсилити психологічну стійкість і зменшити негативні наслідки кризи.

Слід також нагадати, що в цілому під дотриманням здорового образу життя мається на увазі такі особливості поведінки людини як підтримка фізичного здоров'я, ту ми маємо на увазі ведення активного образу життя, заняття спортом або іншими активними діями, спрямованість до подорожей, пошуку нових вражень, досвіду, тощо. З іншого боку, сюди також можна віднести здатність людини до самоорганізації, дотримання певного режиму вмотивовано, з розумінням навіщо це їй потрібно.

Також до здорового способу життя слід віднести культуру харчування та сформовані здорові харчові звички. Підсумовуючи все вище зазначене, ми можемо виділити три основні складові здорового способу життя:

- ✓ Схильність до активного життя (доступна фізична активність: ходьба, зарядка, онлайн-тренування).
- ✓ Дотримання здорових харчових звичок (Збалансоване харчування: контроль над споживанням “стресових продуктів” (солодке, фастфуд)
- ✓ Слідування правилам оптимального розпорядку дня (регулярний сон і гігієна сну, стабільний режим, відмова від гаджетів перед сном).

Як було зазначено вище кожен з цих аспектів має позитивний вплив на загальний психологічний стан людини. Вочевидь дотримання цих компонентів у комплексі буде призводити до кратного збільшення рівня такого впливу, тому основна рекомендація, щодо покращення власного психологічного стану, особливо коли на нього негативним чином впливають різні деструктивні чинники пов'язані з глобальними кризовими проявами або тяжкою соціально-економічною ситуацією, зводиться до того, щоб змотивувати себе стати на шлях здорового способу життя. Недарма кажуть

«у здоровому тілі – здоровий дух». Ця одна проста фраза якнайкраще описує ті особливості, які були нами виявлені під час нашого дослідження.

Далі ми розглянемо більш детально, що саме приховується за трьома основними аспектами здорового способу життя, які були зазначені вище і яким саме чином кожна людина може стати на шлях дотримання принципів здорового способу життя, щоб покращити не тільки свій психологічний стан, а й стан свого здоров'я в цілому.

Розпочнемо саме з першого аспекту - активного життя. Під цим принципом мається на увазі не тільки заняття певним видом спорту, а також будь яка фізична активність. Тому, задля покращення власного психічного стану, можна порекомендувати перш за все виробити звичку займатись спортом. Тут ми не маємо на увазі постійні тренування на професійному рівні з відповідними навантаженнями (навпаки – такий підхід матиме скоріше руйнівні наслідки і досить швидко призведе до повного виснаження).

Займатися спортом потрібно помірно, цей процес повинен викликати відчуття задоволення, а не дратівливості. Який саме вид спорту більш переважний – немає різниці. Будь-то командні ігри, контактні види спорту, тренування в залі на тренажерах, йога, пілатес, біг – кожен може обрати за власним бажанням. Досить цікавий варіант – комбінувати різні напрями, тому що, по-перше такий спосіб позбавить від нудьги, не буде турбувати відчуття від монотонності тренувань, що сприятиме додатковому налагодженню соціальних зв'язків, знайомству та спілкуванню з різними людьми. По-друге, у такий спосіб можна максимально ефективно опрацювати все своє тіло, що позначиться на фізичному стані найкращим позитивним чином.

Проте головна проблема, яка повстає на шляху до занять спортом перед кожною людиною на самому початку – це питання як саме правильно розпочати, та де на це знайти час. Насправді за цими питаннями у більшості випадків приховується звичайна людська лінь. Тому на самому першому

етапі після усвідомлення необхідності у початку занять спортом вкрай необхідно побороти власну ліню і зробити перші прості кроки. Розпочніть з того, що починайте кожний ранок з легкої фізичної розминки. Цей нескладний процес займає всього 10-15 хвилин часу, але коли він стане звичкою - організм буде почуватись краще як на фізичному, так і на психічному рівні, тому що одразу після сну організм знаходиться у стані стресу з одного боку і низької працездатності усіх своїх систем з іншого боку. Тому легке фізичне навантаження вкрай корисне для коректного пробудження і підготовки організму до поточних навантажень, допомагає покращити кровопостачання і стабілізує гормональний рівень. Все це медично-доведені факти. І навіть такий маленький крок, сформований у звичку гарантовано приведе до того, що через деякий час людина почне почувати себе значно краще не тільки фізично, а й психічно.

Але для того щоб максимізувати позитивний ефект від занять спортом, слід додатково виділити годину-дві свого часу два три рази на тиждень для проведення тренування з будь якого виду спорту. В даному процесі важливі два аспекти – по перше слід проявити певне зусилля, побороти власний супротив і почати займатись, по-друге зовсім необов'язково встановлювати рекорди. Слід завжди мати на увазі, що головна мета таких заходів – покращити власний стан, а не комусь, щось довести. Тому займатися важливо усвідомлено, із задоволенням і без надмірних зусиль, додавайте навантаження поступово і через місяць – другий ваш організм дякуватиме вас за це і буде вимагати ще. Навіть, коли у вас є проблеми із здоров'ям - це не повинно стати перешкодою для занять спортом, варто лише проконсультуватись з лікарем і обрати напрям який підійде саме вам.

Проте заняття тим чи іншим видом спорту – це не єдиний варіант дотримання здорового способу життя. Окремо варто відзначити такі заходи як подорожі. Якщо зробити це звичкою активного життя, це також позитивно впливатиме на психічний стан. Слід зазначити, що під подорожжю тут мається на увазі не лише поїздка десь до іншої країни. Безсумнівно, такий

варіант найбажаніший, але якщо немає такої можливості, то можна подорожувати всередині своєї країни, області, міста, району – головне це зміна оточення. Також будуть корисними візити до культурно-розважальних закладів, знаходьте можливості інколи відвідувати кінозали, театри, концерти, спортивні заходи, тощо, у крайньому випадку – дозвольте собі інколи відвідування кафе чи ресторану.

Оскільки ми плавно закінчили розгляд варіантів дотримання здорового способу життя відвідуванням закладів харчування, то саме час перейти до розгляду наступного, не менш головного аспекту здорового способу життя, а саме дотримання принципів здорового харчування. Медично-доведений той факт, що спосіб харчування напряду впливає на фізичне і психічне здоров'я. Самим простим прикладом може служити той незаперечний факт, що неправильне харчування призводить до набору зайвої ваги, а та в свою чергу не тільки негативно відображається на здоров'ї людини, але й призводить до психічних розладів (адже більшість людей з такими проблемами дуже часто мають комплекси з цього приводу).

Тому вкрай важливо навчитись підбирати свій раціон таким чином, щоб він приносив тільки користь. Тут не йдеться мова про тотальну відмову від всього некорисного і повному переході на корисне харчування. Головна мета нашої рекомендації щодо харчування полягає в досягненні балансу між харчуванням і фізичною активністю. Варто зрозуміти головний принцип – чим більші навантаження в першу чергу фізичні – тим більше їжі слід вживати і навпаки не слід вживати їжу просто так заради насолоди, від нудьги чи як інструмент подолання стресу, тощо, адже та їжа, яка не йде на перекривання енергетичних потреб організму, відкладається в ньому «про запас» у вигляді жирових відкладень. Це ключ до розуміння і вирішення проблем із зайвою вагою. Не варто наприклад знущатись з себе жорсткими дієтами, або надмірними навантаженнями на тренуваннях, це призведе тільки до погіршення психічного самопочуття, а якщо після цього «зірватись» і почати їсти все підряд і припинити тренування з метою заспокоїти свій

організм, то наслідки будуть просто катастрофічні – ви не тільки зведете до нуля всі ваші зусилля, а й ризикуєте реально погіршити стан власного здоров'я. Тому слід лише грамотно збалансувати своє харчування з фізичними навантаженнями і ви помітите як такі заходи приведуть до покращення не тільки фізичного самопочуття, а й до стабілізації психоемоційного стану. Кращим способом досягти цього є консультація з відповідним фахівцем, але якщо такої можливості з тих чи інших причин немає, то завжди можна знайти якусь інформацію в мережі інтернет або відповідній літературі.

Далі розглянемо третій, але не менш важливий аспект здорового способу життя – дотримання оптимального розпорядку дня. Тут перш за все мається на увазі режим відпочинку, адже здоровий повноцінний сон є вкрай важливим елементом гарного самопочуття як на фізичному так і на психологічному рівні. Дефіцит сну призводить до накопичення втоми, що може перейти в хронічну втому, як наслідок – страждають всі системи організму, в першу чергу нервова, і це також негативно відображається на психічному стані людини. Тому вкрай важливо мати повноцінний сон для гарного почуття. Але головна проблема полягає в тому, що немає єдиної чіткої рекомендації скільки саме часу людині необхідно на сон та повне відновлення організму. Загальна рекомендація, якої дотримуються вчені говорить про 7-8 годин, але на цей показник впливає дуже багато факторів, починаючи від індивідуальної особливості конкретного організму (вік, стать особи, стан систем її організму хвора чи здорова і так далі) і закінчуючи цілою низкою зовнішніх факторів – рівень фізичного чи емоційного навантаження кліматичні умови (температура, тиск навколишнього середовища у якому знаходилась людина, нічні тривоги та ін.). Все це впливає на час, який потрібен людині на сон, щоб повністю відновити свої сили. Тож одній людині може знадобитись 8, або навіть 10 годин сну в залежності від обставин, а іншій буде достатньо і 6. Професійні спортсмени, наприклад під час підготовки до змагань інколи можуть витратити на сон та

відновлення до 14 годин, а є навпаки випадки коли людині вистачає лише 4 – 5 годин або ще менше (наприклад відомий винахідник Tesla спав лише по 4 години на добу). Як бачимо реальна розбіжність щодо оптимальної тривалості відпочинку дуже велика, тому найбільш доцільною на нашу думку тут буде рекомендація зрозуміти скільки часу на сон необхідно саме вам. Зробити це не так важко, для початку необхідно обрати рекомендований загальний час сну (наприклад 8 годин) і дотримуватись його деякий час, спостерігаючи за власним почуттям. Якщо відсутнє враження що стан тим чи іншим чином погіршився, то можна спробувати зменшити тривалість сну на одну годину і знову спостерігати за власним почуттям, потім ще на одну і так до появи відчуттів погіршення стану (відчуття постійної втоми, напруження, роздратованості, слабкості, тощо). Коли почнете помічати такі прояви слід повернутися до попереднього часу сну – він і буде найбільш оптимальним. Головна мета тут – навчитись прислуховуватись до власного організму. Також слід дотримуватись постійного режиму сну в залежності від індивідуальних особливостей організму та зовнішніх умов (робочого графіку). Постійність режиму дуже важлива для організму людини не тільки стосовно сну, а й в питаннях харчування також.

Окрім підтримки фізичного здоров'я дуже важливою є психологічна саморегуляція та управління стресом. Сюди ми можемо віднести практики релаксації через дихальні вправи та прогресивну м'язову релаксацію. Кризові умови часто супроводжуються хронічним стресом, активацією симпатичної нервової системи та напругою м'язів. Релаксаційні техніки допомагають зменшити рівень тривоги, відновити емоційний баланс і нормалізувати фізіологічні процеси.

Дихання є одним із найефективніших інструментів саморегуляції, адже впливає на роботу автономної нервової системи. Уповільнене, глибоке дихання активує парасимпатичний відділ, що сприяє заспокоєнню. Психологічний ефект досягається через зниження активації стресових

систем, покращення концентрації і самоконтролю, підтримка якості сну та загального самопочуття.

До основних видів дихальних технік можна віднести:

- ✓ діафрагмальне (черевне) дихання, розслабляє м'язи, знижує частоту серцебиття. Техніка виконання-вдих робиться носом на 4 секунди, піднімається живіт, далі повільний видих ротом на 6 секунд.
- ✓ дихання 4–7–8, зменшує тривогу, покращує сон. Техніка виконання - вдих 4 с, затримка дихання 7 с, видих 8 с.
- ✓ дихання за квадратом (Квадратне дихання). Регулює емоції, концентрує увагу. Техніка виконання - 4 с вдих, 4 с пауза, 4 с видих, 4 с пауза (цикл повторюється 5–10 разів).
- ✓ дихання з подовженим видихом. Стабілізує нервову систему при панічних реакціях. Співвідношення: вдих коротший за видих (наприклад, 3 с / 6 с)

Щодо прогресивної м'язової релаксація, то цей метод розроблений Е. Джекобсоном та ґрунтується на циклічному напруженні та розслабленні окремих груп м'язів, що дозволяє усвідомити й зняти фізичну напругу. Техніка може виконуватися сидячи або лежачи, у тиші або під аудіосупровід. Виконання техніки сприяє зменшенню соматичних ознак тривоги, нормалізації м'язового тону та профілактиці психосоматичних розладів. Важливим тут є напруження м'язів до 5–7 секунд, відчуття різниці між напруженням і розслабленням, розслаблення на 15–20 секунд, рух від ніг догори або навпаки. Послідовність виконання:

1. Стопи й литки
2. Стегна та сідниці
3. Живіт і спина
4. Плечі й руки
5. Шия та обличчя (лоб, очі, щелепа)

Для посилення ефекту саморегуляції, коли навколо нестабільність і шумова небезпека (особливо в умовах війни) сюди можна додати елементи релаксації додаткові, такі як світло та спокійна інструментальна музика або

звуки природи, ароматерапію оліями лаванди, м'яти та цитрусу та візуалізація спокійного місця. В комплексі все це допомагає знизити рівень кортизолу, покращити роботу серцево-судинної системи, зменшити відчуття втоми та напруги, підвищити стресостійкість і адаптаційний потенціал.

Не менш важливим є усвідомлений вибір інформації через обмеження новинного контенту. В умовах кризи (збройний конфлікт, надзвичайні ситуації, суспільна нестабільність) людина постійно стикається з інфопотоком, який часто має емоційно-заряджений, тривожний та неперевірений характер. Надмірне споживання новин провокує інфотоксичність, що підвищує рівень стресу, тривоги та сприяє розвитку емоційного виснаження. До психологічних ризиків інформаційного перевантаження можна віднести підсилення страху та тривоги через повторюваний негативний контент, формування відчуття безпорадності, втрати контролю, зниження концентрації та працездатності, посилення катастрофізації мислення, ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у вразливих осіб, порушення сну через емоційне збудження перед сном. Коли новини споживаються постійно, нервова система залишається в режимі «бойової готовності».

Принципи усвідомленого інформаційного споживання:

1. Обмеження часу та частоти перегляду новин, встановлення визначених часових рамок (1–2 рази на день), вимкнення push-сповіщень та стрічки новин під час роботи/відпочинку.

2. Вибір перевірених джерел інформації через офіційні ресурси, професійні медіа, експерти, критична оцінка інформації: перевірка фактів, уникнення пропаганди.

3. Уникнення шок-контенту, фільтрація матеріалів з графічними зображеннями, драматизацією, вибір форматів з фактами та рекомендаціями замість «емоції - страх - паніка».

4. Цифрові межі та гігієна, перерви від гаджетів, цифровий детокс, збереження сну без новин перед відпочинком.

5. Усвідомленість і самоспостереження, регулярна оцінка власного стану після новин, питання до себе: «Ця інформація допомагає мені діяти? Чи просто виснажує?»

Таким чином, дотримання інформаційної гігієни допомагає в зниженні рівня тривожності та збудження нервової системи, підвищенні здатності приймати зважені рішення, покращенні психоемоційного стану та якості сну, відновлення відчуття контролю над життям, формуванні здорових інформаційних звичок.

Також ефективним буде введення щоденних ритуалів для відновлення, так звана ранкова рутина, час для себе через релакс та наповнення. Важливим також є соціальна підтримка та взаємодія, підтримка значущих соціальних контактів, навіть онлайн, участь у спільнотах, волонтерство як ресурс і відчуття значущості, звернення за професійною психологічною допомогою за потреби. Формування адаптивного мислення перефокусування через зосередження на тому, що підконтрольне, ведення щоденника вдячності або позитивних подій, прагнення до малих досяжних цілей замість глобальних. Збереження життєвих сенсів та пошук цінності у щоденних діях та взаємодії з сім'єю, в роботі та через творчість. Підтримка мотивації через усвідомлення власних потреб і цілей. Використання криз як можливості для розвитку (підхід В. Франкла). Формування навичок емоційної грамотності: розпізнавання й вираження почуттів.

Таким чином, ми бачимо, що існує багато різноманітних заходів у рамках дотримання здорового способу життя, кожен з яких може позитивно вплинути на психічний стан людини навіть в умовах кризи, а дотримання їх у комплексі гарантовано допоможе звести до мінімуму негативні впливи зовнішніх факторів і, як наслідок, проблеми погіршення психоемоційного стану, пов'язаних з таким впливом. Прийняти і дотримуватись їх чи ні – це особистий вибір кожної людини.

## **Висновки до третього розділу**

В третьому розділі нами був проведений комплексний аналіз результатів, отриманих під час діагностики, в якій взяли участь 48 респондентів, половина з яких не дотримувалась здорового способу життя, інша, навпаки, дотримувалась. Таким чином були сформовані дві рівні за кількістю людей групи. Головною задачею було визначити чи є різниця між показниками у респондентів різних груп. Для цього нами спочатку був проведений ретельний аналіз показників двох груп за кожною шкалою окремо, в результаті якого було встановлено, що загальні рівні цих показників в середньому кращі у респондентів, які дотримуються здорового способу життя. Після аналізу отриманих результатів були запропоновані рекомендації щодо підтримки здорового способу життя в умовах кризи.

## ВИСНОВКИ

У даній кваліфікаційній роботі представлено теоретико-емпіричний аналіз психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи. Відповідно до поставлених завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1. Було проаналізовано основні принципи та складові поняття «здоровий спосіб життя». Поняття здорового способу життя охоплює систему поведінкових, ціннісних і соціальних практик, спрямованих на збереження, зміцнення та відтворення фізичного, психічного і соціального здоров'я людини. Це не лише відсутність хвороб, а проактивна позиція особистості щодо власного добробуту, гармонії з собою й оточенням.

Складові поняття «здоровий спосіб життя» включає такі основні компоненти як раціональне харчування, збалансований раціон, режим харчування, якість продуктів задля забезпечення життєвої енергії, стійкої імунної системи. Рухова активність через спорт, гімнастику, ходьбу, активний відпочинок слугує профілактикою серцево-судинних, метаболічних розладів. Психічне здоров'я та емоційна грамотність – релаксація, стрес-менеджмент, позитивні соціальні зв'язки, сприяє зниженню тривожності, депресивності, покращенню когнітивного функціонування. Гігієна та догляд за тілом про правила особистої й громадської гігієни, профілактику інфекційних та хронічних захворювань, медична активність – профілактичні огляди, вакцинація, контроль здоров'я та раннє виявлення патологій, подовження тривалості життя. Відмова від шкідливих звичок через уникання алкоголю, тютюну, наркотичних. Раціональний режим праці й відпочинку через сон  $\geq 7-8$  год, планування навантаження, відновлення функціональних резервів організму. Соціальна активність через спілкування, участь у громаді, підтримка оточення, що сприяє психологічному благополуччю, відчуттю сенсу й приналежності. Екологічна культура проявляється через

відповідальне ставлення до довкілля та мінімізація впливу шкідливих факторів середовища.

Згідно з підходами ВООЗ та сучасних психолого-педагогічних концепцій, здоровий спосіб життя базується на ключових принципах. Так, виділяють принцип усвідомленості та відповідальності при якому людина бере активну участь у підтримці власного здоров'я, ухвалює інформовані рішення, відстежує стан свого організму. Принцип комплексності полягає в урахуванні взаємозв'язку фізичного, психічного, духовного та соціального аспектів життя. Принцип систематичності та послідовності акцентує увагу на тому, що здоровий спосіб життя формується та підтримується через регулярні практики, а не разові дії. Принцип індивідуалізації полягає в тому, що вибір стратегій здоров'я залежить від віку, стану, фізичних можливостей, життєвого контексту. Принцип наукової обґрунтованості про те, що дії щодо підтримки здоров'я спираються на сучасні доказові знання. Принцип превентивності – профілактика хвороб, своєчасна медична діагностика, зниження факторів ризику. Принцип гармонізації способу життя та середовища говорить про створення здорових умов праці, побуту, навчання, екологічної безпеки.

2. Було розкрито сутність кризи як психосоціального феномена та її вплив на поведінку людини. Криза – це переломний, критичний етап розвитку, коли звичні способи функціонування перестають бути ефективними, а нові ще не сформовані. У наукових підходах криза розглядається як психосоціальний феномен, що виникає внаслідок взаємодії внутрішніх (особистісних) і зовнішніх (соціальних) чинників, порушує життєву рівновагу й потребує адаптації.

Одним із найпотужніших кризогенних факторів є війна, оскільки порушуються базові потреби людини – безпека, стабільність, зв'язок із близькими, контроль над життям загалом. Така криза має комплексний характер і впливає на особистісний, сімейний та суспільний рівні. Під час такого кризового періоду наявна раптова загроза життю, відчуття

беззахисності, вимушена зміна соціальних ролей і статусу (втрата домівки, роботи, близьких), невизначеність майбутнього, руйнація життєвих планів, хронічний стрес через постійну небезпеку та травматичний досвід, що впливає на психічне здоров'я особистості. Вплив кризи на поведінкові зміни можуть проявлятися у двох напрямках через негативні (ризикові) та позитивні (адаптивні) прояви. Негативні проявляються через дезадаптацію, уникання, ізоляцію, агресивність, імпульсивні дії, залежну поведінку (алкоголь, наркотики, переїдання), порушення сну та режиму праці-відпочинку, соматизація (тілесні скарги без медичної основи). Щодо позитивних (адаптивних) проявів, то це можуть бути зміцнення внутрішньої мотивації, розвиток стресостійкості та гнучкості, формування нових навичок подолання труднощів, переоцінка життєвих цілей і сенсів, пошук соціальної підтримки, згуртованість. Отже, криза може стати ресурсом зростання, якщо людина отримує необхідні психологічні та соціальні умови підтримки. В умовах кризи особливо важливо бути в ресурсі себе через дотримання здорового способу життя.

3. Було підібрано методи для дослідження психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи. Так, першою методикою, яку ми обрали для нашого дослідження стала методика «Самооцінки психічних станів» Ганса Айзенка. В цій методиці виділяють чотири критерії, за допомогою яких визначається психічний стан людини. Це тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність.

Під тривожністю слід розуміти емоційний стан, який проявляється такими відчуттями як напруження, занепокоєння, страх. Прояв ознак тривожності може бути як на психологічному так і на фізичному рівні, і найчастіше пов'язаний з передбаченням якихось негативних подій. Але також ці ознаки можуть носити хронічний характер і бути реакцією конкретної особи на ту чи іншу подію.

Фрустрація – це емоційний стан, що виникає під час зіштовхування з перешкодами на шляху людини до здійснення мрії, або досягнення мети. Як

правило, фрустрація проявляється у вигляді розчарування, роздратування або почуття безсилля. Цей стан обумовлений неможливістю реалізувати свої бажання чи потреби внаслідок об'єктивних чи суб'єктивно сприйнятих перешкод.

Під агресивністю мається на увазі такий емоційний стан, у якому людина схильна до заподіяння шкоди іншим людям або об'єктам. Це також може проявлятися як на психологічному та і на фізичному рівні. Дуже часто агресія стає результатом перебування людини під впливом попередніх емоційних станів.

І остання шкала у даній методиці – ригідність означає такий емоційний стан, при якому людині важко адаптуватися до зміни тих чи інших умов, які впливають на її життя.

Другою методикою, яку ми застосуємо у рамках нашого дослідження стала методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС». Ця методика включає три шкали: 1) психологічне благополуччя (під цією шкалою мається на увазі відчуття впевненості у собі, своїх думках та можливостях, здатність до саморозвитку, контролю власного життя, тощо), 2) фізичне здоров'я та благополуччя (тут мається на увазі бажання вести активний спосіб життя, займатися спортом, здатність працювати на результат, бути задоволеним власним здоров'ям та самопочуттям, бути впевненим у майбутньому), 3) стосунки (за цим терміном скривається комфортність у спілкуванні як на професійному поприщі так і у особистому житті, вміння вистроювати відносини з іншими людьми, задоволеність у особистих відносинах, тощо).

Третьою методикою, яка була використана у межах нашого дослідження стала методика «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone. Дана методика також реалізована у вигляді опитувальника, який складається з трьох основних блоків:

- Блок «А» - це шкала «внутрішнього локус-контролю», яка відображає рівень відчуття власного контролю над своїм здоров'ям

(мається на увазі, що людина сама може контролювати стан свого здоров'я і у разі захворювання покладається на власні сили);

- Блок «Б» - це шкала «контролю могутніми іншими». Вона указує на рівень впевненості в тому, що за здоров'я несуть відповідальність сторонні особи (людина у питаннях свого здоров'я повністю покладається на знання та досвід інших осіб, наприклад лікарів);
- Блок «В» - це шкала «контролю випадку». Ця шкала вказує рівень переконання людини у тому, що її здоров'я залежить від випадкових обставин, удачі, долі, тощо.

4. Було проведено діагностику та описано результати емпіричного дослідження психологічних особливостей підтримки здорового способу життя в умовах кризи. Так, було встановлено, що рівень показників за першою методикою «Самооцінка психічних станів» Ганса Айзенка в середньому вищий у першій групі (респонденти, які дотримуються здорового способу життя). Щодо другої групи (респонденти, які дотримуються здорового способу життя) за шкалами першої методики в цілому демонструють приблизно на 60% кращі результати в порівнянні з представниками першої групи.

За другою методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС» маємо наступні результати – загальний рівень суб'єктивного благополуччя згідно підрахунків в середньому вищий у респондентів другої групи на 31%. Стосовно інших шкал цієї методики, то середні рівні між респондентами другої і першої групи відрізняються наступним чином: За шкалою «Психологічне благополуччя» - на 32%; За шкалою «Фізичне здоров'я і благополуччя» - на 50%; За шкалою «Стосунки» - на 5%. Тут можемо спостерігати значно кращі показники у представників другої групи за шкалами «Психологічне благополуччя» і «Фізичне здоров'я і благополуччя». А за шкалою «Стосунки» різниця у показниках обох груп майже відсутня.

За методикою «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone ми з'ясували, що показники між групами мають наступну закономірність: за шкалою «Внутрішній контроль» - у другій групі більші показники в середньому на 60%; за шкалою «Контроль могутніми іншими» - у першій групі більші показники в середньому на 63%; за шкалою «Контроль випадку» - у першій групі більші показники в середньому на 71%.

Таким чином, можемо констатувати, що респонденти, які дотримуються здорового способу життя впевнені у власних силах щодо питань здоров'я. Респонденти, які не дотримуються здорового життя частіше схильні вважати, що у проблемах з їх здоров'ям винний випадок, збіг обставин, тощо, а відповідальність за стан здоров'я у більшій мірі лежить на третіх особах (лікарях). Проведений далі статистичний аналіз допоміг математично довести правильність наведених вище висновків. За допомогою критеріїв Стюдента і Манна-Уїтні по всіх шкалах (крім шкали «Стосунки») була підтверджена достовірна різниця між показниками першої і другої групи респондентів. За допомогою кореляційного аналізу був встановлений зв'язок між значеннями усіх шкал, який також підтвердив правильність зроблених висновків.

5. Було розроблено психологічні рекомендації щодо підтримки здорового способу життя в умовах кризових ситуацій. Кризові ситуації призводять до підвищеного рівня стресу, тривожності, втрати контролю та ресурсів, що ускладнює збереження звичного способу життя. У таких умовах підтримка здоров'я набуває не лише фізичного, а й психологічного виміру, оскільки саме психоемоційна стійкість визначає здатність людини адаптуватися до нових обставин.

Так, щодо основних рекомендацій слід визначити усвідомлення та прийняття ситуації, визнання реальності подій, зосередження уваги на тому, що реально можна контролювати (власна поведінка, ставлення, реакції), формулювання короткострокових та досяжних цілей («сьогодні я зроблю три речі, які мені допоможуть»). Далі важливою є психоемоційна саморегуляція

до якої входять дихальні вправи, застосування прогресивної м'язової релаксації та використання методів усвідомленості (mindfulness). Сюди також можна віднести обмеження впливу деструктивної інформації через регулювання споживання новин та уникання надлишку негативного контенту. Необхідною є підтримка соціальних зв'язків і комунікації, збереження емоційних контактів з близькими (дзвінки, повідомлення, зустрічі), участь у волонтерських або ініціативах спільнот, що створює відчуття корисності та взаємопідтримки. Важливо навчитися просити про допомогу як професійну (психологічна підтримка), так і емоційну (друзі, сім'я).

Для того, щоб мати гарне фізичне здоров'я та стабільний психоемоційний стан важливо формувати стійкі здорові звички. Це дотримання режиму сну (7–8 годин на добу), уникання нічних перевантажень інформацією, підтримка фізичної активності, навіть короткі щоденні прогулянки знижують рівень кортизолу. Необхідно ввести правила раціонального харчування – це достатня кількість білків, овочів, води, обмеження цукру та кофеїну. Дотримання гігієни, чистоти простору, що створює відчуття контролю й безпеки. Важливо також включати в день час для відпочинку та занять, які приносять задоволення, хобі або читання, музика і т.д.

Не менш важливою є робота з сенсами та ресурсами через формулювання питання що для мене важливо зараз? Корисним є також ведення щоденника вдячності або коротких записів про позитивні моменти дня.

Таким чином, можна зробити висновок, що підтримка здорового способу життя в умовах кризи – це насамперед свідоме збереження внутрішньої рівноваги, гнучке пристосування до нових умов і турбота про себе на фізичному, емоційному та соціальному рівнях.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андріанов В.Є. Становлення творчої особистості через систему фізичної культури та здоровий спосіб життя майбутніх учителів. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2016. Вип. 47. С. 8-13. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/PVSSh\\_2016\\_47\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PVSSh_2016_47_4)
2. Бабич А. М. Здоровий спосіб життя, як основний компонент стану здоров'я населення. *Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій ім. Гжицького*. 2014. Т. 16, № 3(5). С. 240-245. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvlnu\\_2014\\_16\\_3%285%29\\_\\_34](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvlnu_2014_16_3%285%29__34).
3. Байдак Т.М. Здоровий спосіб життя як життєва цінність студентської молоді. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2018. Вип. 78. С. 76-83. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/stapttp\\_2018\\_78\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/stapttp_2018_78_11).
4. Бакіко І.В. Здоровий спосіб життя й профілактика наркоманії засобами фізичної культури та спорту. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт*. 2018. Вип. 29. С. 34-39. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnv\\_2018\\_29\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnv_2018_29_7)
5. Баштовенко О. Інноватика, фізична культура у виші та здоровий спосіб. *Молодь і ринок*. 2016. № 5. С. 45-49. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir\\_2016\\_5\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir_2016_5_10).
6. Березуєва Т.С. "Щоденник здоров'я" як засіб формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у здобувачів освіти. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2020. № 1. С. 56-64. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup\\_2020\\_1\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2020_1_8).
7. Березуєва Т.С. Формування позитивної мотивації здобувачів базової середньої освіти на здоровий спосіб життя. *Вісник Луганського*

- національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. 2019. № 4(2). С. 143-152. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup\\_2019\\_4%282%29\\_\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2019_4%282%29__17)
8. Бех І. Здоровий спосіб життя як науково-практична проблема. *Директор школи, ліцею, гімназії*. 2018. № 1. С. 10-12. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dslg\\_2018\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dslg_2018_1_4).
9. Белкова Т.О. Здоровий спосіб життя як форма активної життєвої фізичної діяльності в умовах пандемії. *Науковий вісник Льотної академії. Серія : Педагогічні науки*. 2022. Вип. 11. С. 181-187. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/sbfasps\\_2022\\_11\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/sbfasps_2022_11_27)
10. Бойко Ю. Науковий аналіз категорій "здоров'я" та "здоровий спосіб життя" з позиції педагогічної аксіології. *Психолого-педагогічні проблеми сільської школи*. 2014. Вип. 50. С. 63-71. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppps\\_2014\\_50\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppps_2014_50_12)
11. Власенко Н. Здоровий спосіб життя як фактор зміцнення здоров'я студентів в умовах профільної підготовки у ВНЗ. Імідж сучасного педагога. 2013. № 6. С. 58-61. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/isp\\_2013\\_6\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/isp_2013_6_22).
12. Волкова О.О. Копінг-поведінка моряків в умовах невизначеності та ризику. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія». Одеський національний університет імені І.І. Мечникова МОН України. Одеса, 2024.
13. Гаврилін В.О. Установка на здоровий спосіб життя через підвищення мотивації студенток ВНЗ до занять з дисципліни "Фізичне виховання". *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт*. 2017. Вип. 147(2). С. 22-25. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN\\_2017\\_147%282%29\\_\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN_2017_147%282%29__8)

14. Гаврилін В.О. Формування мотивації на здоровий спосіб життя студентів - головне завдання викладача фізичного виховання. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки.* 2017. № 3. С. 6-13. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup\\_2017\\_3\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2017_3_3).
15. Галецька Інна, Сосновський Титус. *Психологія здоров'я: теорія і практика.* Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 338 с.
16. Гарник Т.П. Звіт за результатами участі у міжнародному конгресі "Природне харчування і здоровий спосіб життя", 12 липня 2018 р., м. Анкара (Туреччина). *Фітотерапія.* 2018. № 3. С. 59-62. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fch\\_2018\\_3\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fch_2018_3_16).
17. Гладощук О.Г. Педагогічна стратегія орієнтування студентів на здоровий спосіб життя. *Педагогіка вищої та середньої школи.* 2008. Вип. 23. С. 35-39. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/PVSSh\\_2008\\_23\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PVSSh_2008_23_8).
18. Гук Н.А. Здоровий спосіб життя як основа збереження та зміцнення здоров'я сучасної молоді. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова].* Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2019. Вип. 5К. С. 89-94. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2019\\_5K\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2019_5K_22).
19. Дворник М.С. Здоровий спосіб життя українців під час війни: первинний аналіз даних опитування. *Психологічні перспективи.* 2024. Вип. 43. С. 80-102. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst\\_2024\\_43\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2024_43_8).
20. Демчук С.П. До питання сформованості ціннісних орієнтацій студентів на здоровий спосіб життя. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2016. Вип. 4. С. 18-21. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2016\\_4\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2016_4_7).

21. Дмитрієва О. Зарубіжні науковці про поняття "здоров'я" та "здоровий спосіб життя". Гуманізація навчально-виховного процесу. 2019. № 5. С. 145–153. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/gnvp\\_2019\\_5\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/gnvp_2019_5_16).
22. Добровольська Н.А. Медико-біологічні та соціальні аспекти здоров'я: "здорова родина, здорова країна: діти – наше майбутнє"; "здоров'я і здоровий спосіб життя: від рослини до людини". *Фітотерапія*. 2022. № 1. - С. 90-91. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fch\\_2022\\_1\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fch_2022_1_19)
23. Дуб М.М. Здоровий спосіб життя студентів – складова професійної компетенції. Україна. *Здоров'я нації*. 2019. № 2. С. 168–169. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2019\\_2\\_47](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2019_2_47).
24. Дудорова Л.Ю. Педагогічні умови формування ціннісної орієнтації студентів на здоровий спосіб життя. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. - 2017. - Вип. 147(2). - С. 37-40. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN\\_2017\\_147%282%29\\_\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN_2017_147%282%29__12)
25. Дуло О.А. Здоровий спосіб життя як засіб імунопрофілактики. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2010. № 3. С. 64–67. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs\\_2010\\_3\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs_2010_3_19).
26. Дутчак М. В. Спорт для всіх і здоровий спосіб життя. *Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура*. 2010. Вип. 11. С. 124-128. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpnu\\_fiz\\_kult\\_2010\\_11\\_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpnu_fiz_kult_2010_11_21).
27. Дутчак М. Перспективні напрями наукового супроводження реалізації національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація". *Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура*. 2017. Вип. 27-28. С. 89-93. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpnu\\_fiz\\_kult\\_2017\\_27-28\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpnu_fiz_kult_2017_27-28_18).
28. Зубченко Л.В. Здоровий спосіб життя студентської молоді – основна мета занять з фізичного виховання. *Вісник Чернігівського*

- національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2017. Вип. 147(2). С. 56-59. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN\\_2017\\_147%282%29\\_\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN_2017_147%282%29__17)
29. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
30. Іваненко Т.В. Здоровий спосіб життя студентської молоді. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]*. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2015. Вип. 3(1). С. 167-170. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2015\\_3%281%29\\_\\_52](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2015_3%281%29__52)
31. Ігнатів С.О. Здоровий спосіб життя як культурологічна проблема. *Культура і мистецтво у сучасному світі*. 2010. Вип. 11. С. 73-79. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kmss\\_2010\\_11\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kmss_2010_11_10).
32. Ідрісова Н.О. Вплив соціально-економічних факторів на здоров'я та здоровий спосіб життя. *Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки)*. 2013. № 2(1). С. 131-139. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znptdau\\_2013\\_2%281%29\\_\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znptdau_2013_2%281%29__17).
33. Ідрісова Н.О. Поняття "здоровий спосіб життя" як соціально-ціннісна категорія. *Наукові записки [Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова]*. Серія : Педагогічні та історичні науки. 2012. Вип. 108. С. 56-63. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzped\\_2012\\_108\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzped_2012_108_11).
34. Калиниченко І.О. Здоровий спосіб життя молоді як основа демографічного благополуччя. *Молодий вчений*. 2018. № 11(2). С. 517-520. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv\\_2018\\_11%282%29\\_\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2018_11%282%29__7).
35. Карпюк Р. Формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді в контексті вивчення шкільного предмета "Основи

- здоров'я". *Педагогічний часопис Волині*. 2016. № 2. С. 114-119. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pchv\\_2016\\_2\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pchv_2016_2_24)
36. Коломоець Г. Вплив фізичної та психофізичної підготовленості студентів на здоровий спосіб життя. *Проблеми освіти*. 2022. Вип. 2. С. 278-288. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pros\\_2022\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pros_2022_2_18).
37. Кононенко О.І., Кононенко А.О., Крошка К.І., Базика Є.Л. Життестійкість та ціннісні орієнтації особистості як психологічні ресурси її психологічного здоров'я. *Наукові перспективи: журнал*. 2023. № 9(39) 2023. С.665 (С. 565-575)
38. Коробка Л. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя. *Освіта регіону. Політологія, психологія, соціальні комунікації*. №2. С. 332-339. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719703>.
39. Корнешук В.В. Здоровий спосіб життя в аспекті професійної підготовки соціальних працівників. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського*. Педагогічні науки. 2017. № 1. С. 85-88. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdup\\_2017\\_1\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdup_2017_1_18)
40. Коцан І.Я. Психологія здоров'я людини Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
41. Кошель А.П. Здоровий спосіб життя як ціннісний складник формування культури здоров'я майбутнього вихователя закладу дошкільної освіти. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. Серія 5 : Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2020. Вип. 77. С. 122-127. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_5\\_2020\\_77\\_29](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_5_2020_77_29)
42. Круцевич Т. Здоровий спосіб життя в ієрархії мотиваційних пріоритетів юнаків і дівчат, які займаються спортом. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2023. № 1. С. 58-66. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp\\_2023\\_1\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp_2023_1_7).

43. Кузнецов А.О. Здоровий спосіб життя: погляд студентської молоді ХарPI НАДУ. *Державне будівництво*. 2013. № 1. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2013\\_1\\_41](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2013_1_41)
44. Курова А. В. Технології збереження емоційної стійкості в структурі психологічного здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2022. №2. Том 33 (72). С. 87-91
45. Кучинська І. О. Здоровий спосіб життя студентської молоді: потреби й ціннісні орієнтири. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2017. Вип. 10. С. 279-286. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkpnui\\_fv\\_2017\\_10\\_35](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkpnui_fv_2017_10_35)
46. Ленкова О.О. Становлення та розвиток поняття "здоровий спосіб життя" у педагогічному процесі. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2015. Т. 15, Вип. 1. С. 214-218. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm\\_2015\\_15\\_1\\_54](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2015_15_1_54)
47. Лисиця С.В. Типологія програм про здоровий спосіб життя на українському телебаченні. *Культура України. Серія : Мистецтвознавство*. 2016. Вип. 54. С. 266-276. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kum\\_2016\\_54\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kum_2016_54_27)
48. Литвин М. П. Здоровий спосіб життя - невід'ємний компонент особистої фізичної культури студентства. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2016. Вип. 3(2). С. 180-183. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2016\\_3%282%29\\_\\_57](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2016_3%282%29__57)
49. Логвиненко О. Здоровий спосіб життя як наукове інтегроване поняття. *Молодь і ринок*. 2014. № 5. С. 62-65. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir\\_2014\\_5\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir_2014_5_15)
50. Логвиненко О.Б. Здоровий спосіб життя майбутніх педагогів у контексті його інтегративності. *Науковий часопис [Національного*

- педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*]. Серія 15 : *Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2015. Вип. 5(1). С. 151-154. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2015\\_5%281%29\\_\\_50](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2015_5%281%29__50)
51. Логвиненко О.Б. Здоровий спосіб життя як інтегративний компонент життєдіяльності студентів. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]*. Серія 15 : *Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2017. Вип. 5К. С. 184-187. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2017\\_5K\\_48](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2017_5K_48)
52. Максимова К.В. Антропологічний підхід щодо вивчення поняття "здоров'я" та "здоровий спосіб життя" з позиції педагогічної аксіології в процесі формування фітнес-культури студентів. *Інноваційна педагогіка*. 2018. Вип. 3. С. 136-139. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped\\_2018\\_3\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped_2018_3_31)
53. Мозуль І. В. Здоровий спосіб життя як шлях формування і зміцнення здоров'я студентської молоді. *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка. Педагогічні науки*. 2014. Вип. 25. С. 126-131. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vgnpu\\_2014\\_25\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vgnpu_2014_25_16)
54. Мохоньок З. Здоровий спосіб життя учнів як педагогічна проблема. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2019. № 4. С. 299-307. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pednauk\\_2019\\_4\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pednauk_2019_4_28)
55. Моца А.А. Система формування мотиваційної установки на здоровий спосіб життя та безпеку життєдіяльності в освітньому середовищі. *Перспективи та інновації науки (Серія "Педагогіка", Серія "Психологія", Серія "Медицина")*. 2025. № 7. С. 663-673. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/prainnsc\\_2025\\_7\\_59](http://nbuv.gov.ua/UJRN/prainnsc_2025_7_59)
56. Мрака Н. М. Психологія діяльності у кризових ситуаціях. курс лекцій. Львів: ЛДУВС, 2013. 304 с.]

57. Мусхаріна Ю.Ю. Понятійно-змістовний аналіз категорії "здоровий спосіб життя". *Інноваційна педагогіка*. 2021. Вип. 36. С. 190-193. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped\\_2021\\_36\\_41](http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped_2021_36_41)
58. Наколонко І.М. Трансформація уявлень про здоровий спосіб життя в культурі України із переходом від аграрного до індустріального суспільства. *Українська культура: минуле, сучасне, шляхи розвитку. Культурологія*. 2015. Вип. 21(2). С. 51-55. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukrk\\_2015\\_21%282%29\\_\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukrk_2015_21%282%29__13)
59. Наколонко І. М. Від "реакціонізму" до інтегрального підходу. здоровий спосіб життя: світові тенденції та порядок денний для України. *Міжнародний вісник: Культурологія. Філологія. Музикознавство*. 2016. Вип. 2. С. 77-84. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/mvkfm\\_2016\\_2\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/mvkfm_2016_2_15)
60. Нестеренко Т. М. Здоровий спосіб життя студентів гуманітарних спеціальностей як сучасна домінанта вищої освіти. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2017. Вип. 3К. С. 311-315. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2017\\_3K\\_93](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2017_3K_93)
61. Нестеренко Є.О. Дайджест опитувань U-Report: IV квартал 2020 р. (кар'єрний розвиток молоді, креативний потенціал молоді, здоровий спосіб життя). *Український соціум*. 2020. № 4. С. 156-166. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Usoc\\_2020\\_4\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Usoc_2020_4_12)
62. Овсяннікова В.В. Ціннісні орієнтації студентів на здоровий спосіб життя. *Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки*. 2007. № 2. С. 123-127. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vznu\\_ped\\_2007\\_2\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vznu_ped_2007_2_25)
63. Оленев Д. Г. Здоровий спосіб життя як основна концепція студентської молоді. *Наукові записки [Національного педагогічного університету]*

- ім. М. П. Драгоманова]. Серія : Педагогічні науки. 2020. Вип. 147. С. 127-134. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzped\\_2020\\_147\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzped_2020_147_18)
64. Отравенко О.В. Підвищення мотивації студенток ВНЗ до занять фізичною культурою та установки на здоровий спосіб життя. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки.* 2017. № 3. С. 62-70. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup\\_2017\\_3\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2017_3_11)
65. Павленко О. Здоровий спосіб життя і рухова активність школярів: основні аспекти проблеми. *Обрії.* 2013. № 2. С. 17-20. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/obrii\\_2013\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/obrii_2013_2_8)
66. Пахолок О. Орієнтація на здоровий спосіб життя: до проблеми логічної формалізації об'єкта дослідження. *Соціальні виміри суспільства.* 2011. Вип. 3. С. 187-197. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/svs\\_2011\\_3\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/svs_2011_3_17)
67. Підлісна, В., і М. Гуска. «Принципи здорового способу життя студентської та учнівської молоді». *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*, Листопад 2010, doi:10.32626/2309-8082.2010-0.%p.
68. Потяженко М.М. Здоровий спосіб життя – базовий професійний принцип чи необов'язкова складова особистісної поведінки лікаря? *Світ медицини та біології.* 2017. № 2. С. 97-100. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/S\\_med\\_2017\\_2\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/S_med_2017_2_23)
69. Породько-Лях О. Концепт-ієрархія здоровий спосіб життя в сучасному спортивному дискурсі. *Спортивний вісник Придніпров'я.* 2010. № 2. С. 130-133. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp\\_2010\\_2\\_39](http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp_2010_2_39)
70. Презлята Г.В. Історична ретроспектива становлення понять "здоров'я", "здоровий спосіб життя" людини. *Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура.* 2012. Вип. 15. С. 3-12. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpnu\\_fiz\\_kult\\_2012\\_15\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpnu_fiz_kult_2012_15_3)

71. Приймак Г.Ю. Дефініційний аналіз поняття "здоровий спосіб життя". *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота.* 2018. Вип. 1. С. 195-198. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped\\_2018\\_1\\_44](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2018_1_44)
72. Приліпка К.О. Здоровий спосіб життя, як запорука здоров'я та успішного навчання під час війни у студентів медиків. *Актуальні проблеми сучасної медицини.* 2025. Т. 25, Вип. 2. С. 283-286. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm\\_2025\\_25\\_2\\_56](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2025_25_2_56)
73. Пристинський В.М. Здоров'я і здоровий спосіб життя студентів як чинники формування духовної культури особистості. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика.* 2021. Вип. 2(1). С. 149-164. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/domtp\\_2021\\_2%281%29\\_\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/domtp_2021_2%281%29__15)
74. Савчук П. Здоров'я та здоровий спосіб життя людини: погляди, думки, висновки. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві.* 2018. № 1. С. 11-17. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs\\_2018\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs_2018_1_4)
75. Свінцицька С.М. Здоровий спосіб життя як феномен здоров'я людини [Електронний ресурс]. *Молодий вчений.* 2018. № 3.3. С. 200-204. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv\\_2018\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2018_3)
76. Седашева С. Седашев Я. Психологічні аспекти здорового способу життя. *Гуманізація навчально-виховного процесу.* 2020, №1(99). DOI: [https://doi.org/10.31865/2077-1827.1\(99\)2020.198173](https://doi.org/10.31865/2077-1827.1(99)2020.198173)
77. Сендецька С. В. Соціальна реклама та її вплив на здоровий спосіб життя студентської молоді. *Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С. З. Гжицького.* Серія : Економічні науки. 2018. Т. 20, № 91. С. 42-45. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/smlnues\\_2018\\_20\\_91\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/smlnues_2018_20_91_11)
78. Смук О.Т. Криза як психосоціальний феномен. *Соціологія та соціальна робота в умовах національних та регіональних викликів : матеріали*

- доповідей та повідомлень міжнародної науково-практичної конференції*, Ужгород 27.9.2019 р. Ужгород : ТОВ "РІК-У", 2019. С. 94-95. *Бібліогр.*: с. 95.
79. Соколенко Л. Здоровий спосіб життя як умова й передумова свідомого виховання сучасного вчителя. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини*. 2014. Вип. 1. С. 263-269. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpu\\_dpu\\_2014\\_1\\_49](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpu_dpu_2014_1_49)
80. Суббота Ю.В. Здоровий спосіб життя студентів: проблеми і їх вирішення. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2007. Вип. 19. С. 211-217. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/PVSSh\\_2007\\_19\\_34](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PVSSh_2007_19_34)
81. Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації / упоряд.: Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошниченко; за заг. ред. І. Д. Зверєвої. К. : Наук. світ, 2003. 95 с.
82. Стешиц А. В. Засіб зміцнення здоров'я – здоровий спосіб життя. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]*. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2017. Вип. 4. С. 114-117. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2017\\_4\\_32](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2017_4_32)
83. Таймасов Ю.С. Здоровий спосіб життя як вияв самозбереження фахівців служби цивільного захисту. *Інноваційна педагогіка*. 2018. Вип. 4(2). С. 66-69. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped\\_2018\\_4%282%29\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped_2018_4%282%29_16)
84. Танасійчук Ю. Ієрархія понять "здоровий спосіб життя", "здоровий стиль життя". *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. 2020. Вип. 1. С. 168-175. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpu\\_mdpu\\_2020\\_1\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpu_mdpu_2020_1_23)
85. Тесліцький Ю.П. Фітнес як засіб формування ціннісно-мотиваційних установок особистості, орієнтованої на здоровий спосіб життя.

- Молодий вчений. 2018. № 2(2). С. 462-465. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv\\_2018\\_2%282%29\\_\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2018_2%282%29__9)
86. Титаренко В.М. Здоровий спосіб життя – невід’ємна складова освітнього процесу на факультеті технологій та дизайну. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5 : Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2020. Вип. 78. С. 227-231. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_5\\_2020\\_78\\_50](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_5_2020_78_50)
87. Титаренко Т.М. Формування в молоді настанов на здоровий спосіб життя: Методичні рекомендації. К.: Міленіум, 2006. 124с.
88. Третяк О.С. Вплив фізичної культури на життєдіяльність та здоровий спосіб життя викладачів вишу. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2014. Вип.118(3). С. 279-282. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN\\_2014\\_118%283%29\\_\\_69](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN_2014_118%283%29__69)
89. Труш Н. Здоровий спосіб життя у системі чинників формування здоров’я дітей дошкільного віку. Освітній простір України. 2017. Вип. 9. С. 151-155. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/oru\\_2017\\_9\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/oru_2017_9_28)
90. Туріна О. А. Здоровий спосіб життя – еталонна модель культурно-мистецького середовища. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 13 : Проблеми трудової та професійної підготовки. 2010. Вип. 7. С. 225-237. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_013\\_2010\\_7\\_48](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_013_2010_7_48)
91. Федько О. Здоровий спосіб життя як цінність: проблеми формування. Наукові записки [Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України]. 2009. Вип. 43. С. 369-379. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzipiend\\_2009\\_43\\_32](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzipiend_2009_43_32)
92. Хожило І.І. Здоровий спосіб життя як сучасна домінанта державної молодіжної політики в Україні. Аспекти публічного управління. 2014.

- № 3-4. С. 75-80. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/aplup\\_2014\\_3-4\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/aplup_2014_3-4_12)
93. Швалб Ю. Психологічні критерії визначення стилю життя. Соціальна психологія. 2003. №2. С. 14 – 20.
94. Швець Н. А. Мотивація студентів на здоровий спосіб життя в системі вузівського навчання. *Наукові записки [Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова]. Сер. : Педагогічні та історичні науки.* 2012. Вип. 102. С. 220-227. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzped\\_2012\\_102\\_36](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzped_2012_102_36)
95. Школа О.М. Вплив рухової активності на здоровий спосіб життя студентів ВНЗ. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт).* 2015. Вип. 3(2). С. 372-374. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_015\\_2015\\_3%282%29\\_\\_125](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2015_3%282%29__125)
96. Яланська С.П. Вивчення курсу "Психологія здоров'я та здорового способу життя": психолого-педагогічні аспекти. *Технології розвитку інтелекту.* 2020. Т. 4, № 2. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri\\_2020\\_4\\_2\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2020_4_2_5)
97. Ярчук Ю.Г. Здоровий спосіб життя: реальний стан і державна політика. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика.* 2012. № 3-4. С. 112-126. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/srutip\\_2012\\_3-4\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/srutip_2012_3-4_12)
98. Edelman, C., Mandle, C. (2006) *Health Promotion throughout the Life span.* 6th edition, Elsevier Mosby. P.544.
99. Herasymenko LO, Skrypnikov AM, Isakov RI. *Reaktsiia na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii. Postravmatychnyi stresovyi rozlad [Re-action to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder].* Kyuyiv; 2023. 120 s. (Ukrainian).
100. Iavorska T. *Metodyka formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia studentskoi molodi [Methods of forming a healthy lifestyle of student youth].*

- Biologichni doslidzhennia [Biological research]. Zbirnyk naukovykh prats. Zhytomyr; 2020. 493 p. (Ukrainian).
101. Ilnytska O, Popovych Z, Yarmoshuk I. Formuvannia kultury profesiinoho zdorovia maibutnykh medychnykh pratsivnykiv [Formation of the culture of professional health of future medical workers]. Act. Probl. of the Modern Med. 2021;1(21):128-32. (Ukrainian).
102. Marks, D., Murray M., Evans B., Willig, C., Sykes M. Health Psychology: Theory, Research and Practice. URL: [http://www.amazon.com/ref=rdr\\_ext\\_aut?\\_encoding=UTF8&index=books&field-author=Professor%20David%20F.%20Marks](http://www.amazon.com/ref=rdr_ext_aut?_encoding=UTF8&index=books&field-author=Professor%20David%20F.%20Marks).
103. Selye H. Stress without distress / Hans Selye. – Dallas, TX: Signet Book, 1975. – 193 p.
104. Wonnell M. (1989) Definition of Health Promotion 2.0: Embracing, passion, Enhancing motivation, Recognizing dynamic balance, and Creating opportunities American Journal of Health Promotion. num. 3, p.5. c.5

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Методика «Самооцінки психічних станів» (за Г. Айзенком)

№ з/п	Психічний стан	Так	Не знаю	Ні
1	Не почуваюся впевненим	2	1	0
2	Нерідко червонію через дрібниці	2	1	0
3	Мій сон неспокійний	2	1	0
4	Легко впадаю в тугу	2	1	0
5	Гурбуюся через неприємності, які існують поки що лише в моїй уяві	2	1	0
6	Мене лякають конфлікти	2	1	0
7	Люблю «порпатися» у власних недоліках	2	1	0
8	Мене легко переконати	2	1	0
9	Я самовразливий	2	1	0
10	Важко витримую час очікувань	2	1	0
11	Нерідко мені здається безвихідною ситуація, з якої насправді можна знайти вихід	2	1	0
12	Неприємності дуже мене засмучують	2	1	0
13	У разі великих неприємностей я схильний до самознищення	2	1	0
14	Нещастя й невдачі нічого мене не навчили	2	1	0
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною	2	1	0
16	Я часто почуваюся беззахисним	2	1	0
17	Іноді я відчуваю відчай	2	1	0
18	Зазнаю почуття розгубленості перед труднощами	2	1	0
19	Іноді, у важкі хвилини, поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожалили	2	1	0
20	Вважаю недоліки власного характеру невинними	2	1	0
21	Залишаю за собою останнє слово	2	1	0
22	Нерідко під час розмови перебиваю співрозмовника	2	1	0
23	Мене легко розсердити	2	1	0
24	Полюбляю робити зауваження	2	1	0
25	Прагну бути авторитетом для оточуючих	2	1	0
26	Не задовольняюся малим, хочу набагато більше	2	1	0
27	Коли розгніваюся, не вмію стримуватися	2	1	0
28	Люблю керувати, а не підпорядковуватися	2	1	0
29	Маю різку, грубувату жестикуляцію	2	1	0
30	Я мстивий	2	1	0
31	Мені важко змінювати звички	2	1	0
32	Важко переключаю увагу	2	1	0
33	Дуже насторожено ставлюся до всього нового	2	1	0
34	Мене важко переконати	2	1	0
35	Нерідко мене не залишають думки, яких варто було б позбутися	2	1	0
36	Важко сходжуся з людьми	2	1	0
37	Мене засмучує щонайменша зміна плану дій	2	1	0
38	Я неохоче йду на ризик	2	1	0
39	Гостро переживаю відхилення від установленого мною звичного режиму	2	1	0
40	Почуваюся на межі можливостей	2	1	0

## Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя ВВС

Пункт	Зовсім ні	Трохи	Сере- дньо	Дуже сильно	Над- звичайно сильно
	1	2	3	4	5
1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?					
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?					
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсяк денну життєву активність?					
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?					
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?					
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?					
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?					
8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?					
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?					
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?					
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?					
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?					
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?					
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?					
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?					
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?					
17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?					
18. Чи комфортно Ви почуваетесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?					
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?					
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?					
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?					

22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?					
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?					
24. Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?					

**Методика «Вимірювання локус контролю здоров'я» Wallstone(адаптація  
Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)**

<b>А</b>						
1	Коли я хворію, тільки мій настрій допомагає мені одужати	1	2	3	4	5
2	Я контролюю свій стан здоров'я	1	2	3	4	5
3	Якщо я хворію, то в цьому винен (а) я сам (а)	1	2	3	4	5
4	Найбільше на моє здоров'я впливають мої вчинки	1	2	3	4	5
5	Якщо я буду піклуватися про себе, то зможу уникнути хвороби	1	2	3	4	5
6	Якщо я не буду завдавати шкоди своєму організму, то залишуся здоровим	1	2	3	4	5
<b>Б</b>						
1	Регулярно відвідуючи свого лікаря, я зможу уникнути розвитку того чи іншого захворювання	1	2	3	4	5
2	При перших же ознаках нездужання я консультуюся з фахівцем	1	2	3	4	5
3	Про моє здоров'я повинна турбуватися моя сім'я	1	2	3	4	5
4	Лікарі піклуються про моє здоров'я	1	2	3	4	5
5	Якщо я видужую, то це завдяки турботі інших людей (лікарів, медсестер, членів сім'ї та друзів)	1	2	3	4	5
6	Що стосується мого здоров'я, то я роблю тільки те, що говорить лікар	1	2	3	4	5
<b>В</b>						
1	Неважливо, що відбувається, але якщо мені судилося захворіти, то я захворію	1	2	3	4	5
2	Хвороби звалюються на мене як сніг на голову	1	2	3	4	5
3	Наскільки швидко я одужаю, зазвичай залежить від випадку	1	2	3	4	5
4	Підтримка хорошого стану здоров'я багато в чому залежить від випадку	1	2	3	4	5
5	Що б я не робив для профілактики захворювань, я все одно можу захворіти	1	2	3	4	5
6	Якщо мені не судилося захворіти, то я не захворію	1	2	3	4	5