МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СТАВЛЕННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я**

Виконала: студентка 2 курсу,
групи 8.0533-з-4
спеціальності 053– Психологія
Хара Ганна Григорівна
Керівник: Скрипаченко Т.В., к. психол. н.,
доцент кафедри психології
Рецензент: Грандт В.В., . психол.н.,
доцент кафедри психології

Запоріжжя – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2024 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Харі Ганні Григорівні

Тема роботи Психологічні чинники ставлення людей похилого віку до свого здоров'я

керівник роботи Скрипаченко Т.В., к. психол. н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1446-с

2. Строк подання студентом роботи __

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: розкрити поняття здоров'я та його психологічний вимір; визначити особливості психічного та фізичного стану людей похилого віку; проаналізувати фактори, що впливають на ставлення до власного здоров'я в похилому віці; провести емпіричне дослідження психологічних чинників ставлення до здоров'я людей похилого віку; розробити практичні рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку.

5. Перелік графічного матеріалу: 2 таблиці, 1 рисунок

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Скрипаченко Т.В., доцент		
Розділ 1	Скрипаченко Т.В., доцент		
Розділ 2	Скрипаченко Т.В., доцент		
Висновки	Скрипаченко Т.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень- червень 2024 р.	Виконано
5	Написання висновків	серпень-вересень- 2024 р.	Виконано
6	Передзахист	жовтень 2024 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2024 р.	Виконано

Студент _____ Г.Г. Хара

Керівник роботи _____ Т.В. Скрипаченко

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ О. М. Гредінарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 84 сторінки, 2 таблиці, 1 рисунок, 84 джерела, 2 додатока.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості ставлення людей похилого віку до свого здоров'я..

Предмет дослідження: психологічні чинники, які впливають на формування ставлення до здоров'я у людей похилого віку.

Мета дослідження: виявити основні психологічні фактори, що визначають ставлення людей похилого віку до свого здоров'я, та розробити рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що серед респондентів похилого віку ставлення до здоров'я варіюється в залежності від рівня свідомості та мотивації, а саме: респонденти з низьким рівнем ставлення демонструють пасивний підхід, тоді як респонденти з середнім рівнем обізнані про важливість здоров'я, а респонденти з високим рівнем ставлення активно працюють над підтримкою здоров'я.

Для досягнення і вирішення поставлених завдань нами використано такі методи, як метод аналізу науково-теоретичних джерел, систематизації та узагальнення психологічних даних за обраною темою дослідження, психодіагностичні методи, а також методи математичної обробки даних.

Наукова новизна полягає в тому, що виявлено основні психологічні фактори, що визначають ставлення людей похилого віку до свого здоров'я, та розроблено практичні рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані психологами, соціальними працівниками та медичними фахівцями для розробки профілактичних і корекційних програм, спрямованих на підтримку фізичного й психологічного здоров'я людей похилого віку.

ПОХИЛИЙ ВІК, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН, ФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН, СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я, БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОГО СТАВЛЕННЯ.

SUMMARY

Khara H.H.. Psychological Factors in the Attitude of Older People to Their Health.

Object of study: psychological features of the attitude of elderly people to their health.

Subject of study: psychological factors that influence the formation of attitudes towards health in elderly people.

Purpose of the study: to identify the main psychological factors that determine the attitude of elderly people to their health, and to develop recommendations for the formation of a positive attitude towards maintaining the physical and psychological well-being of elderly people.

The hypothesis of the study is that among elderly respondents, the attitude towards health varies depending on the level of consciousness and motivation, namely: respondents with a low level of attitude demonstrate a passive approach, while respondents with an average level are aware of the importance of health, and respondents with a high level of attitude actively work on maintaining health.

To achieve and solve the tasks set, we used such methods as the method of analysis of scientific and theoretical sources, systematization and generalization of psychological data on the selected research topic, psychodiagnostic methods, as well as methods of mathematical data processing.

The scientific novelty lies in the fact that the main psychological factors that determine the attitude of older people to their health have been identified, and practical recommendations have been developed for the formation of a positive attitude towards maintaining the physical and psychological well-being of older people.

The practical significance of the work lies in the fact that the results of the study can be used by psychologists, social workers and medical specialists to develop preventive and corrective programs aimed at supporting the physical and psychological health of older people.

OLD AGE, PSYCHOLOGICAL STATE, PHYSIOLOGICAL STATE, ATTITUDE TOWARDS HEALTH, WELL-BEING, FORMATION OF A POSITIVE ATTITUDE.

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я ……..…….... 11

1.1. Поняття здоров'я та його психологічний вимір……..…… 11

1.2. Особливості психічного та фізичного стану людей похилого віку …….. 29

1.3. Фактори, що впливають на ставлення до власного здоров'я в похилому віці……... 55

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ…… 62

3.1. Методи, методика і процедура дослідження……... 62

3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація…… 64

3.3. Практичні рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку... 69

ВИСНОВКИ..... 74

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 77

ДОДАТКИ…….. 85

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні демографічні тенденції свідчать про стрімке старіння населення у багатьох країнах світу, включаючи Україну. Зростання частки людей похилого віку супроводжується актуалізацією проблем їхнього здоров'я, як фізичного, так і психологічного. Ставлення до власного здоров’я є важливим аспектом у забезпеченні якості життя людей похилого віку, оскільки воно впливає на рівень їхньої активності, соціальної інтеграції та тривалості життя.

Літній вік характеризується зростанням ризику розвитку хронічних захворювань, зниженням функціональних можливостей організму та зміною соціального статусу, що може призводити до емоційної нестабільності, тривожності або депресії. У таких умовах психологічні чинники, як самооцінка, мотивація до здорового способу життя, рівень стресостійкості та адаптаційні можливості, відіграють ключову роль у формуванні ставлення до свого здоров’я.

Наразі, зростає попит на розробку програм психологічної підтримки для людей похилого віку, спрямованих на зміцнення їхнього фізичного та психічного благополуччя. Водночас, існує потреба у поглибленому вивченні взаємозв’язків між психологічними чинниками та ставленням до здоров’я, адже саме цей аспект є недостатньо дослідженим у вітчизняній науковій літературі.

В Україні проблематика ставлення людей похилого віку до свого здоров’я вивчалася в контексті геронтопсихології, медичної психології та соціальної роботи. Серед видатних науковців, які зробили вагомий внесок у цю сферу, можна виділити наступних: Куценко В.С. досліджував психологічні аспекти старіння та адаптації людей похилого віку до вікових змін. Його роботи підкреслюють важливість збереження активного способу життя та позитивного мислення для підтримки фізичного й психологічного

благополуччя. Максименко С.Д. активно працював у сфері загальної та вікової психології. У своїх дослідженнях він висвітлював проблеми когнітивних змін у похилому віці та їхнього впливу на самосвідомість, ставлення до власного здоров'я та соціальної адаптації. Булатов А.В. досліджував медико-психологічні аспекти старіння, а також вплив хронічних захворювань на емоційний стан та поведінкові стратегії людей похилого віку, зокрема їхнє ставлення до профілактики й лікування. Ткач Т.І. займалася проблемами емоційного благополуччя в літньому віці. Її роботи акцентують увагу на ролі міжособистісних стосунків, зокрема сімейної підтримки, у формуванні позитивного ставлення до здоров'я. Бекешкіна О.І. у своїх дослідженнях зосереджувала увагу на впливі соціального середовища на психологічний стан людей похилого віку. Також, Бекешкіна О.І вивчала фактори, які сприяють активному довголіттю. Головаха Є.І. та Паніна Н.В. аналізували соціально-психологічні аспекти старіння, зокрема проблеми самореалізації та задоволення життям у похилому віці. Їхні дослідження є важливими для розуміння мотиваційного аспекту ставлення до здоров'я. Москаленко В.В. вивчав психологічні основи збереження здоров'я в різних вікових групах, зокрема в людей похилого віку, акцентуючи на важливості формування позитивного ставлення до здоров'я через освітні та профілактичні програми.

Важливо зазначити, що вивчення цієї проблеми набуває особливої значущості в умовах економічних та соціальних викликів, які впливають на доступність медичних послуг, а також у зв'язку з воєнними діями, що суттєво впливають на емоційний стан та соціальну підтримку людей похилого віку.

Таким чином, дослідження психологічних чинників ставлення людей похилого віку до здоров'я має важливе практичне значення, оскільки результати можуть бути використані для вдосконалення підходів до психологічної допомоги, розробки профілактичних програм і підвищення рівня життєвої активності цієї категорії населення.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості ставлення людей похилого віку до свого здоров’я..

Предмет дослідження: психологічні чинники, які впливають на формування ставлення до здоров’я у людей похилого віку.

Мета дослідження: виявити основні психологічні фактори, що визначають ставлення людей похилого віку до свого здоров’я, та розробити рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що серед респондентів похилого віку ставлення до здоров’я варіюється в залежності від рівня свідомості та мотивації, а саме: респонденти з низьким рівнем ставлення демонструють пасивний підхід, тоді як респонденти з середнім рівнем обізнані про важливість здоров’я, а респонденти з високим рівнем ставлення активно працюють над підтримкою здоров’я.

У відповідності з метою та гіпотезою визначені завдання дослідження:

1. Розкрити поняття здоров’я та його психологічний вимір.

2. Визначити особливості психічного та фізичного стану людей похилого віку.

3. Проаналізувати фактори, що впливають на ставлення до власного здоров’я в похилому віці.

4. Провести емпіричне дослідження психологічних чинників ставлення до здоров’я людей похилого віку.

5. Розробити практичні рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку.

Для досягнення і вирішення поставлених завдань нами використано такі методи, як метод аналізу науково-теоретичних джерел, систематизації та узагальнення психологічних даних за обраною темою дослідження, психодіагностичні методи, а також методи математичної обробки даних.

Наукова новизна полягає в тому, що виявлено основні психологічні фактори, що визначають ставлення людей похилого віку до свого здоров'я, та розроблено практичні рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані психологами, соціальними працівниками та медичними фахівцями для розробки профілактичних і корекційних програм, спрямованих на підтримку фізичного й психологічного здоров'я людей похилого віку.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття здоров'я та його психологічний вимір

Здоров'я є однією з основних цінностей людського існування, що впливає на всі аспекти життя людини, включаючи фізичний, психічний та соціальний рівні. У сучасному світі здоров'я розглядається не тільки як відсутність хвороби, але й як гармонійний стан усіх складових особистості, що забезпечує її нормальне функціонування в різних сферах діяльності. Психологічний аспект здоров'я є важливим компонентом загального розуміння цього феномену, адже психічне здоров'я безпосередньо впливає на здатність адаптуватися до змін навколишнього середовища, долати життєві труднощі та здійснювати самореалізацію.

Категорія здоров'я завжди була об'єктом психологічних досліджень, починаючи від донаукових етапів і до сучасного періоду. Дослідники, що працювали в межах різних наукових шкіл та концепцій, вкладали у це поняття власний зміст. Спільною для них є ідея про психічне здоров'я як невід'ємну складову загального здоров'я людини.

Із давніх часів здоров'я вважалося ключовою цінністю особистості та важливим соціальним феноменом. Це пояснює увагу до цієї теми з боку представників різних галузей знань — філософів, медиків, психологів, соціологів, педагогів та інших учених. У філософії здоров'я розглядається як цінність, що відображає здатність взаємодіючих систем організму людини забезпечувати реалізацію генетичної програми, адаптуватися до умов макро- та мікросередовища, а також гармонійно поєднувати біологічні й соціальні якості, необхідні для ефективної соціальної та економічної діяльності [63].

Біленький Є.А., Дебой В.М., Козловець М.А., Котвицький А.А. та ін. зазначають, що у соціологічній науці здоров'я визначають як «кількісно-якісну характеристику стану життєдіяльності людини; стан оптимальної життєдіяльності індивіда, що характеризується врівноваженістю з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін; стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя; стан, протилежний хворобі, що відображає повноту життєвих виявів людини» [9, 113]. З точки зору медицини, здоров'я зазвичай оцінюється через наявність або відсутність патологічних симптомів.

Богучарова О.І., Корж Г. І., Козловський Ю., Мукан Н. визначають, що життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується різними, але взаємопов'язаними рівнями функціонування. У науковій літературі виділяють три основні рівні життєдіяльності: біологічний (соматичний), психологічний та соціальний. На кожному з цих рівнів здоров'я людини має власні прояви, що підкреслюється дослідниками [11; 31].

На біологічному рівні здоров'я визначається як стан динамічної рівноваги функцій внутрішніх органів і їхньої адекватної реакції на впливи зовнішнього середовища.

Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. звертають увагу на те, що психологічний рівень здоров'я має особистісний контекст, де людина постає як цілісна психічна система. Психічному благополуччю можуть загрожувати такі чинники, як переважання негативних рис особистості, моральні дефекти чи хибний вибір ціннісних орієнтацій [36, 33].

На соціальному рівні здоров'я трактується досить умовно, оскільки психологічні властивості особистості не існують поза системою суспільних відносин, до яких вона залучена. На цьому рівні досліджуються впливи соціального середовища на стан здоров'я особистості. Психічне здоров'я відчуває вплив різних соціальних зв'язків, таких як стосунки в родині, дружні відносини, професійні контакти, а також приналежність до релігійних

чи інших організацій. Ці впливи можуть мати як позитивний, так і негативний характер.

У науковій літературі поняття «здоров'я» має численні трактування і дефініції, що пояснюється його важливістю для багатьох дисциплін. Це обумовлює різноманітність смислових відтінків поняття, пов'язаних із новим досвідом ставлення до здоров'я.

О. Богучарова у своїх наукових працях зазначає, що «лише з працями А. Маслоу і К. Роджерса поняття здоров'я увійшло до структури психології як ціннісний еквівалент процесів і станів, пов'язаних зі збереженням здоров'я і життям людини, здатної до самоактуалізації та самовизначення. А. Маслоу, вводячи термін "самоактуалізація", тлумачить його як здоровий розвиток здібностей людини, як можливість стати тим, ким вона здатна бути, щоб жити осмислено й наповнено» [13, 20].

Загалом поняття здоров'я людини завжди мало динамічний характер, змінюючись у процесі розвитку цивілізації, науки та, зокрема, знань про природу людини. Складнощі у визначенні понять "здоров'я" та "хвороба" часто пов'язані з потребою знаходження оптимальних дефініцій для вирішення конкретних наукових, практичних або соціальних завдань. Таким чином, визначення здоров'я відображає не лише сутність цього явища, але й актуальні наукові й соціальні тенденції розвитку феномену.

Виділення у структурі здоров'я фізичного, психологічного (психічного), соціального, а іноді й духовного компонентів має умовний характер. Ці складові перебувають у тісному взаємозв'язку, і серйозні порушення в одній із них неминуче спричиняють розлади в інших [11].

Аналіз наукової літератури, а саме таких науковців як, Зимівець Н. В., Малишевої Л. С., Ликової В., Науменко Н. В., Козлов А.В., Дрожик Л.В., Гонтаровська Н. та ін, виявив існування кількох підходів до визначення поняття здоров'я.

— *Здоров'я як стан***.** У рамках цього підходу здоров'я визначається як стан соціально-біологічного і психічного комфорту, при якому функції

всіх органів і систем організму перебувають у рівновазі з природним і соціальним середовищем, відсутні захворювання та фізичні дефекти. Так, Н. Зимівець [24] розглядає здоров'я як гармонійне поєднання цілісного стану, де сутнісні характеристики визначаються п'ятьма основними чинниками: рівнем фізичного розвитку, рівнем імунного захисту, наявністю резервних можливостей фізіологічних систем, відсутністю захворювань та рівнем морально-мотиваційних установок до здоров'я. Л. Малишева визначає здоров'я як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, при цьому здоров'я є особистісною та суспільною цінністю [43].

— *Здоров'я як диспозиція* (від англ. *disposition* – готовність, схильність суб'єкта до поведінкових актів). Згідно з цим підходом, здоров'я трактують як динамічну здатність індивіда досягати повноти своїх фізичних, психічних і соціальних можливостей, відповідаючи вимогам навколишнього середовища. Іншими словами, здоров'я є потенціалом організму, який забезпечує можливість всебічного розвитку, оптимальної трудової та соціальної активності, а також максимального продовження активного творчого життя. В. Ликова вважає, що поняття «здоров'я» визначається як міра прояву життєдіяльності людини в гармонійному поєднанні психічних, фізичних і соціальних функцій, що гарантує взаємовідносини людини в соціальних і природних системах, забезпечує повноцінну участь у різних сферах діяльності та здатність адаптуватися до соціальних і природних умов [38, 25].

За авторською позицією О. Богучарової, «здоров'я доцільно розглядати через здатність людини опановувати проблеми як прагнення до їх подолання», зокрема, як це пропонується в позитивній психотерапії Н. Пезешкіана, а також представниками гуманістичної та екзистенційної психології, зокрема Г. Оллпортом. Здоров'я можна охарактеризувати як стан відкритості досвіду саморозвитку та особистісного зростання, посилення внутрішньої суб'єктної сторони функціонування особистості та конструктивне самовираження в зовнішній життєвій практиці своєї

самобутної сутності на органічному і психологічному рівнях. З точки зору активності механізмів особистісної саморегуляції, які забезпечують повноцінне функціонування і психологічне благополуччя, а також через механізми зрілості, як міри здатності людини трансцендувати свою соціальну та біологічну детермінованість, ставати активним і автономним суб'єктом власного життя в мінливому світі, ставлення людини до здоров'я повинно виконувати завдання адаптації, у тому числі в переживаннях та цінностях вищого порядку, завдання регуляції та самоздійснення. Адже ефективність функціонування особистості визначається постійним розвитком цих трьох груп життєвих завдань [13, 22-23].

На думку Н. Гонтаровської, категорію «здоров'я» слід розглядати через діяльнісний підхід, оскільки здоров'я є гарантією повноцінної присутності та участі в різних видах соціальної активності. Воно виступає основною умовою соціальної самореалізації людини, її здатності створювати сім'ю, виховувати дітей, здійснювати складну навчальну, професійну та творчу діяльність [12, 30].

3. *Здоров'я як процес*. У рамках цього підходу здоров'я розглядається як динамічний процес, який забезпечує адаптацію, підтримку рівноваги та життєдіяльність, необхідну якість життя та її тривалість, а також створює передумови для реалізації особою поставлених життєвих цілей. З цієї точки зору бути здоровим означає цілеспрямовану та послідовну роботу з повернення людини до свого справжнього «Я», освоєння свого тіла та розуму. Ці положення гармонійно співвідносяться з принципами гуманістичної психології. Так, К. Роджерс [57] вважав людину здоровою в тому випадку, коли вона довіряє своєму організму та отримує інформацію про нього через відчуття й інтроспекцію. Н. Науменко [48] підкреслює, що основною характеристикою здорової людини є поєднання позитивного світосприйняття і здатності реалізовувати власний потенціал через самовираження. Проблема людини та її здоров'я — це вічна проблема, стрижнем якої є шлях до вільного гармонійного розвитку особистості. Бути

здоровим і якомога рідше хворіти — природне бажання людини, її неусвідомлена потреба. Здоров’я є основою всіх справ, трудових і творчих звершень, сподівань та надій на майбутнє. Тому в усі часи здоров’я було і залишається основною сутністю людського існування.

Попри відмінності в наведених підходах, Бедрань Р. В зазначає, що здоров’я розглядається як атрибут конкретної особи і трактуватиметься як одна з основних цінностей. Здоров’я визначається багатьма зовнішніми (природне і соціальне середовище) та внутрішніми (емоційний стан, самопочуття, мислення, самоставлення і самовираження) чинниками [5, 26].

Такі науковці, як І. Галецька і Т. Сосновський [20] зазначають, що відмінності в підходах до розуміння сутності здоров’я, його детермінант, а також способів захисту та зміцнення цього стану глибоко вкорінені в культурі. Вони поділяють найпоширеніші визначення здоров'я на поточні (сучасні, непрофесійні) та професійні.

Штифурак В.С. та Шпортун О.М. роблять акцент на тому, що поточні дефініції здоров’я є непрофесійними визначеннями, які формуються в процесі набуття індивідом життєвого досвіду в конкретному соціально-культурному контексті та умовах існування. Вони відображають культурні відмінності в розумінні здоров'я. Наприклад, для мешканців Таїланду здоров’я тотожне щастю, а в Малайзії – силі. К. Херцліх [73, 26] запропонувала три основні підходи до розуміння здоров’я, що функціонують у свідомості:

- здоров’я як відсутність хвороби;
- здоров’я як ресурс (резерв) – органічно-біологічні ресурси, капітал імунітету та вітальної енергії, які можуть змінюватися відповідно до способу життя людини;
- здоров’я як вміння підтримувати життєву рівновагу, відчуття здатності досягати поставлені цілі.

Професійні дефініції здоров’я, в свою чергу, відображають визначення, що були запропоновані в рамках психології, клінічної та профілактичної медицини. Наприклад, фахівці Всесвітньої організації охорони здоров’я кваліфікують здоров’я як відсутність фізичних і психічних дефектів, а також як стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя.

Отже, здоров’я означає не тільки відсутність хвороб, а й фізичну, соціальну та психологічну гармонію особистості, доброзичливі відносини з іншими, природою і самим собою.

Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. визначають, що загальне здоров'я та його складові значною мірою залежать від способу життя людини. Однак поняття здорового способу життя є набагато ширшим, ніж просто відсутність шкідливих звичок, правильний режим праці та відпочинку, харчування та фізичні навантаження. Воно також включає ставлення до себе, оточуючих і життя в цілому, сенс буття, життєві цілі та цінності [36, 26].

У 1974 році Канадський міністр охорони здоров'я М. Лалонд опублікував доповідь «Новий підхід до збереження здоров'я канадців», у якій він представив докази того, що традиційна система охорони здоров’я не є основним чинником, що визначає стан здоров’я людини. Він підкреслив, що головним чинником, який найбільше впливає на здоров’я, є спосіб життя, а не рівень медичного обслуговування. Ця доповідь заклала основи для нових уявлень про здоров’я населення.

Згідно з моделлю «Поле здоров’я» М. Лалонда, детермінантами здоров’я є чотири основні сфери [20]

1. *Спосіб життя* – 53% варіації здоров’я: харчування, шкідливі звички, режим праці та відпочинку, психоемоційний стан, схильність до небезпечної поведінки, особисті превентивні дії для запобігання хворобам.

2. *Вплив фізичного і психосоціального середовища* – 21% варіації здоров’я: умови проживання та праці, культурні особливості соціального

середовища, економічний і соціальний статус, вплив соціальних груп і доступність соціальної підтримки.

3. *Біологічні чинники* – 16% варіації здоров’я: генетичні та вроджені фактори, властивості імунної системи, фізіологічні, біохімічні та анатомічні характеристики.

4. *Рівень розвитку системи охорони здоров’я* – 10% варіації здоров’я: доступність та якість медичних послуг, загальний рівень медицини.

Таким чином, спосіб життя відіграє вирішальну роль у збереженні і покращенні здоров’я, а інші фактори мають доповнююче значення.

Галецька І., Сосновський Т. Зазначають, що внесок психології у вивчення здоров'я полягає, зокрема, в уточненні відмінностей між об'єктивним і суб'єктивним здоров'ям. Об'єктивне здоров'я визначається медичними оцінками, такими як відсутність хвороб або фізичних дефектів, а суб'єктивне здоров'я — це індивідуальне відчуття здоров'я, яке залежить від особистих переживань, самопочуття і сприйняття фізичного та психологічного стану. Хоча ці два аспекти часто корелюють, між ними існують важливі відмінності. Наприклад, людина може мати об'єктивно здорове тіло, але відчувати себе хворою через стрес або емоційну незадоволеність, або навпаки — бути фізично нездоровою, але відчувати себе здорою завдяки позитивному настрою і високому рівню психічного благополуччя [20].

Сучасні тенденції в галузі здоров'я сприяють зміщенню акценту з традиційної медицини, яка перекладає відповідальність за здоров'я на лікарів, на концепцію особистої відповідальності за своє здоров'я. Це зростання обізнаності про взаємозв'язок між поведінкою людини і її здоров'ям, а також популяризація здорового способу життя сприяють формуванню активної позиції людини щодо підтримки і збереження свого здоров'я.

Щодо взаємозв'язку між здоров'ям і хворобою, існує думка, що ці два явища не можна розглядати як просту дихотомію «здоров'я – хвороба». Замість цього, здоров'я і хвороба слід розглядати як дві незалежні змінні, які

можуть співіснувати на різних рівнях. Наприклад, W. Spitzer запропонував шкалу якості життя для оцінки стану здоров'я, де виділяються такі рівні: абсолютно здоровий, переважно здоровий, перехідна зона, абсолютно хворий і вмираючий [80].

О. Корнієнко також розглядає здоров'я як багаторівневий континуум, що включає різні стадії: від повного здоров'я до потреби в госпіталізації або навіть перманентної втрати свідомості. Корнієнко підкреслює важливість акценту на «людському факторі», психосоматичному здоров'ї та індивідуально-особистісному підході в сучасних дослідженнях, що дозволяє більш глибоко враховувати психоемоційні і поведінкові аспекти здоров'я [33].

Ці підходи допомагають зрозуміти здоров'я не лише як фізичний стан, але й як результат взаємодії фізіологічних, психологічних і соціальних факторів.

Дослідження взаємозв'язку соматичної і психологічної складових здоров'я є важливою частиною психології здоров'я, особливо в контексті того, як хвороба впливає на особистість і самопочуття. Вивчення соматогенних (ті, що мають фізичне походження) і психогенних (ті, що виникають через психічні фактори) впливів хвороби на психіку дозволяє глибше зрозуміти, як хвороба змінює особистість, а також як суб'єктивне сприйняття хвороби чи здоров'я впливає на самопочуття людини.

У цьому контексті важливе значення має дослідження психосоматичних реакцій, що виявляються, наприклад, у зв'язку між фізичними недугами та психічними станами. Різні наукові школи акцентують увагу на тому, як людина переживає своє захворювання, як її психологічний стан може посилювати або ослаблювати соматичні симптоми [32].

В Україні психологія здоров'я знаходиться на етапі становлення як самостійний науковий напрямок. Провідні наукові установи, які займаються дослідженнями в цій сфері, включають кафедру психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені

Т.Г. Шевченка, а також Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України. На цих кафедрах здійснюються дослідження психосоматичних аспектів, а також соціально-психологічних та особистісних аспектів психічного здоров'я людини.

Дослідники, такі як Л. Бурлачук, С. Васьківська та О. Корнієнко, вивчають проблеми підтримання психосоматичного здоров'я різних вікових груп, а також розробляють методи консультування психосоматичних хворих. Інститут психології активно працює над питаннями покращення психічного здоров'я та популяризації здорового способу життя серед різних верств населення [32].

Діяльність кафедри медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця зосереджена на дослідженні психічного здоров'я та психогігієни, що включає аспекти запобігання психічним розладам і підтримки загального благополуччя.

Поняття здоров'я і хвороби справді є взаємодоповнюючими і не можуть бути розглянуті ізольовано одне від одного. Це пов'язано з тим, що здоров'я не є статичним станом, а динамічним процесом, який постійно змінюється залежно від внутрішніх і зовнішніх факторів, таких як фізичне і психологічне самопочуття, а також соціальні умови [56, 14].

Перегляд та переоцінка цих понять дозволяють глибше зрозуміти механізми підтримки здоров'я і запобігання хворобам. Сучасні дослідження підтверджують, що підтримка здоров'я — це не лише медичні чи біологічні аспекти, але й значною мірою залежить від особистої свідомості та активної діяльності індивіда. Це включає в себе усвідомлене ставлення до свого тіла, психічного стану і способу життя.

Здоров'я стає частиною особистісного образу "Я", коли людина приймає здоровий спосіб життя як невід'ємну частину своєї ідентичності. Важливими аспектами є регулярні фізичні навантаження, збалансоване харчування, а також психологічне благополуччя, яке включає в себе підтримку емоційної стабільності та розвиток соціальних зв'язків.

Таким чином, підвищення рівня здоров'я передбачає цілісний підхід, що включає в себе не тільки поліпшення медичних умов і доступ до якісної медицини, а й активну участь людини в процесі підтримки свого здоров'я через свідомі та розумні дії.

Теорія А. Маслоу про здоров'я як процес самореалізації та розвиток людини є однією з найбільш впливових концепцій у психології здоров’я. Самоактуалізована особистість, за Маслоу, є особою, яка досягла високого рівня психологічного здоров'я, задовольнивши свої основні потреби і здатною до самовираження в повній мірі [77]. Це поняття базується на ідеї, що кожна людина має внутрішній потенціал для саморозвитку та самореалізації, і здоров'я є важливим аспектом цього процесу.

Маслоу визначає кілька важливих характеристик психологічного здоров’я, що притаманні самоактуалізованим людям [77, 252-254]. Ось кілька основних з них:

1. *Адекватне сприйняття реальності* — здатність сприймати навколишній світ об'єктивно, без перекручувань через стереотипи чи загальноприйняті уявлення, що дозволяє людям бути більш відкритими до нових ідей і ситуацій.

2. *Прийняття себе та інших* — це здатність приймати свої слабкості і сили, а також приймати інших людьми такими, якими вони є, без осуду чи потреби їх змінювати.

3. *Спонтанність* — незалежність у переконаннях і принципах, вміння діяти згідно зі своїми внутрішніми переконаннями, а не сліпо підкорятися соціальним нормам.

4. *Концентрація на проблемах* — здатність зосереджувати увагу на актуальних завданнях і проблемах, не відволікаючись на сторонні фактори.

5. *Автономія* — незалежність від зовнішніх факторів, вміння діяти відповідно до своїх переконань і бажань.

6. *Свіжість сприйняття* — уміння бачити світ у новому світлі, без втрати здатності захоплюватися простими речами та красою навколишнього світу.

7. *Етика і міжособистісні стосунки* — розуміння моральних принципів і здатність проявляти любов, турботу та розуміння до інших.

8. *Креативність* — здатність бачити нові можливості і творчо підходити до вирішення проблем, а також створювати нові ідеї [77, 252-254].

Таким чином, здоров'я у контексті теорії А. Маслоу є не лише фізичним, але й глибоко психологічним процесом, який вимагає активного розвитку особистості, її самовираження та гармонії з самим собою і світом.

Г. Олпорт, один із основоположників гуманістичної психології, пропонує модель здорової особистості, в основі якої лежить ідея особистісної зрілості. За Олпортом, здорова особистість вирізняється високим рівнем психологічної автономії, а також здатністю до розвитку та самопізнання. Ключові характеристики здорової особистості за його теорією включають [71]:

1. *Функціональна автономія* — здорова особистість не є простою реакцією на ранні переживання, але має внутрішні потреби та мотиви, які відокремлені від початкових умов або подій. Вона самостійно визначає свою поведінку, дії та спрямування.

2. *Мотивація усвідомленими процесами* — здорова особистість діє, керуючись розумінням своїх внутрішніх бажань та потреб, а також здатна до рефлексії та саморозуміння.

3. *Сформований пропріум* — це ядро особистості, яке включає усвідомлене почуття самоідентичності, самоповаги та розвитку. Пропріум є основою для цілісності та самореалізації особистості.

Згідно з Олпортом, здоров’я — це не просто відсутність хвороби, а саме розвиток особистісної зрілості, що забезпечує внутрішню гармонію та цілісність. Тобто здоров'я тісно пов'язане з процесом особистісного розвитку, самовизначення та досягнення життєвих цілей.

В. Франкл, в свою чергу, розвиває концепцію сенсу життя як ключового фактору психологічного здоров’я. Він вважає, що люди мають вроджену потребу знаходити сенс у своєму житті, що є важливим для їх психічного благополуччя. Втрата сенсу життя, на думку В. Франкла, може призвести до екзистенційної фрустрації, яка є причиною ноогенного неврозу. В. Франкл визначає три шляхи досягнення сенсу життя [69]:

1. *Творчість та досягнення* — людина може знайти сенс через створення чогось нового або досягнення вищих цілей.

2. *Любов* — здатність віддаватися іншій людині та взаємодіяти з іншими на глибокому емоційному рівні.

3. *Прийняття страждання* — вміння знаходити сенс у складних і нерозв’язних життєвих ситуаціях.

Таким чином, для В. Франкла здоров'я є результатом здатності людини знайти сенс у своєму житті, навіть в умовах страждань чи труднощів.

У своїй концепції здорової особистості В. Франкл акцентує увагу на внутрішній свободі як важливому чиннику психологічного здоров’я. Він визначає ряд критеріїв, які свідчать про здорову особистість, зокрема [69]:

1. *Свобода вибору власних дій* — здорова особистість здатна обирати свою поведінку та реагувати на обставини на основі власних переконань і цінностей.

2. *Відповідальність за власне життя та долю* — це усвідомлення того, що людина сама є творцем свого життя, і вона несе відповідальність за свої вибори.

3. *Незалежність від зовнішніх сил* — здорова особистість не піддається маніпуляціям і не залежить від зовнішніх факторів, а визначає свою поведінку на основі власних переконань.

4. *Наявність сенсу життя* — це фундаментальна умова для психологічного здоров’я. В. Франкл вважає, що людина повинна знайти сенс навіть у стражданнях та складних ситуаціях.

5. *Здатність свідомо керувати своїм життям* — здорова особистість може планувати своє майбутнє та приймати свідомі рішення.

6. *Свобода визначати власні цінності* — здорова людина має можливість створювати систему власних цінностей, яка відповідає її внутрішнім переконанням.

7. *Подолання тривожності щодо себе* — здорова особистість здатна справлятися з власними сумнівами та невпевненістю, що дозволяє їй діяти у складних ситуаціях.

Ці характеристики підкреслюють важливість внутрішньої свободи для досягнення психологічного здоров'я та розвитку.

У контексті позитивної психотерапії Н. Пезешкіан зазначає, що здорова людина — це не та, яка позбавлена проблем, а та, що вміє їх долати. Згідно з цією концепцією, здорова особистість має збалансовану енергію, розподілену між різними сферами життя, такими як фізичне здоров'я, діяльність, соціальні контакти та майбутні прагнення [71].

Н. Енкельман, в свою чергу, розглядає здорову особистість як людину, яка володіє силами волі**,** активністю**,** самодисципліною **та** позитивним мисленням**.** Така особистість здатна долати труднощі та стреси, і вона впевнена в собі. Енкельман підкреслює, що саме завдяки цим якостям людина може зберегти та зміцнити своє психологічне здоров'я [21].

Дослідження П. Калью, яке включає аналіз 79 визначень здоров'я з різних наукових дисциплін та культур, підкреслює динамічний характер здоров'я. Відповідно до його аналізу, здорова особистість є не сталою одиницею, а такою, що здатна адаптуватися до змін у часі та просторі. Це підкреслює важливість гнучкості та здатності до змін, що є важливою рисою психологічно здорової людини [36].

А. Елліс, розглядаючи здоров'я через призму когнітивної терапії, акцентує на *раціональності когніцій* як основі нормального функціонування людини. За його теорією, ірраціональні настанови стають причиною психічних і психосоматичних розладів [20]. Здоров'я, згідно з Еллісом,

можна розглядати як результат відповідального ставлення до життя та розвитку раціональних оціночних процесів у мисленні.

У психології визначають три основні еталони здоров’я [20]**:**

1. *Здоров’я як внутрішня узгодженість*, що вказує на гармонію між різними аспектами особистості та її життєвою діяльністю.

2. *Адаптаційний еталон*, який визначає здоров’я як здатність особистості адаптуватися до навколишнього середовища.

3. *Антропоцентричний еталон*, де здоров’я визначається як процес самореалізації та розкриття потенціалу особистості.

Гуманістичний підхід модифікує третій еталон, акцентуючи увагу на таких цінностях, як розвиток**,** творчість та самореалізація. Це підходить до концепцій, де здоров’я розглядається як активний процес, а не статична характеристика.

Сучасні дослідження, як от роботи О. Корнієнка, М. Пустовойта, В. Штифурака, О. Шпортуна та інших вчених, підкреслюють важливість комплексного підходу до вивчення здоров’я, включаючи духовні, моральні та ціннісно-смислові аспекти [33]. Це дозволяє отримати більш повну картину здоров’я як багатовимірного феномену, що включає не лише фізичний і психологічний стан, а й духовні складові, які визначають цілісність особистості.

Останні дослідження, зокрема роботи С. Максименка [41], М. Боришевського [16], Н. Павлика [54], зосереджені на позитивних критеріях особистого здоров'я, які включають в себе важливі аспекти психічної та фізичної цілісності особистості. Основні критерії здоров'я, що визначають позитивний стан людини, можна узагальнити таким чином:

1. *Усвідомлення та відчуття безперервності та ідентичності власного фізичного і психічного "Я"* — важливо, щоб особистість відчувала себе цілісною, без розриву між фізичними та психологічними аспектами своєї природи.

2. *Критичність до себе та власної психічної діяльності* — здорова особистість повинна мати здатність оцінювати свої дії, думки та емоції, виявляючи самокритичність, що дозволяє коригувати поведінку.

3. *Адекватність психічних реакцій* на впливи середовища та соціальні обставини — здорова особистість проявляє відповідність реакцій на зовнішні умови, що не призводить до психічних розладів чи дезадаптації.

4. *Здатність до самоуправління поведінкою* відповідно до соціальних норм і законів — здорова людина здатна регулювати свої дії в межах суспільно прийнятих стандартів.

5. *Здатність планувати життєдіяльність і реалізувати плани* — особистість, що досягла психологічного здоров'я, володіє вмінням ефективно організовувати своє життя, що включає планування та досягнення поставлених цілей.

6. *Здатність змінювати стиль поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій* — здоров'я особистості включає гнучкість і адаптацію до змін у життєвих умовах, що забезпечує гармонійне функціонування в різних обставинах.

З цих критеріїв видно, що здоров'я людини є результатом комплексного взаємодії різних аспектів: фізичної адаптивності, психічної гнучкості та здатності до саморегуляції. Усі ці критерії взаємопов’язані і відображають основні механізми, що забезпечують здорове функціонування особистості.

Визначення здорової особистості вказує на важливість психічних процесів, таких як саморегуляція, здатність до контролю своєї діяльності та адаптації до зовнішнього середовища. Ці механізми дозволяють людині ефективно функціонувати в соціумі та житті загалом.

Поняття норми та патології є складними та контекстуальними, і вони дійсно змінюються залежно від багатьох факторів, таких як історичний період, соціально-економічний лад, культура, національність та моральні принципи. В умовах різних суспільств і культур поняття «норма» може мати різне трактування, що ставить під сумнів його універсальність.

У психічному контексті, норма часто визначається як оптимальний рівень психічного функціонування, що дозволяє людині ефективно функціонувати в повсякденному житті та адаптуватися до складних соціальних і природних умов. Людина, що відповідає цій нормі, здатна задовольняти свої базові потреби, підтримувати здорові міжособистісні стосунки та досягати своїх життєвих цілей без значних психологічних порушень. Ця концепція орієнтується на здатність людини до адаптації та функціонування в межах соціальних і культурних стандартів.

Однак, як ви зазначили, є також інша думка, згідно з якою "нормальної людини" не існує. Ця точка зору вказує на те, що всі люди є унікальними, і тому неможливо визначити універсальну «норму», оскільки кожна людина має свої індивідуальні особливості психічного функціонування. Існування різноманітних відхилень від умовної норми не обов’язково має бути трактовано як патологія. Тому на рівні суспільства можна стверджувати, що патогенні суспільні структури можуть визначати, що є «ненормальним», в той час як відмінності від загальноприйнятих стандартів можуть бути просто природними варіаціями [36].

Деякі соціальні теорії, як, наприклад, погляди психоаналітиків та деяких гуманістів, зазначають, що психічно хворі можуть бути розглянуті не як об'єкти патології, а як «жертви» суспільства, яке визначає певні типи поведінки або переконань як ненормальні або навіть хворобливі. Така точка зору висвітлює важливість соціального контексту в розумінні психічного здоров'я та хвороби, адже, що є нормальним в одному суспільстві, може бути визнано патологією в іншому [54, 38].

Таким чином, поняття норми та патології в психіатрії та психології є багатозначними і залежать від численних зовнішніх та внутрішніх чинників, що включають соціальні, культурні та індивідуальні аспекти.

Валеологічна концепція здоров’я, запропонована А. Магльовим, В. Бєловим та А. Котовою, підкреслює важливість здоров’я як системної триєдності, що охоплює фізичний**,** психічний та соціальний аспекти

особистості. Це визначення виходить із уявлення про здоров'я як цілісну структуру, де кожен компонент впливає на загальний стан людини [50].

Структурна модель здоров’я, розроблена цими науковцями, містить п’ять рівнів:

1. *Інтегральне індивідуальне здоров’я* — це загальний стан здоров’я людини, що об’єднує всі рівні та аспекти.
2. *Статуси здоров’я* — рівень, на якому оцінюється здоров'я в рамках конкретної категорії (фізичне, психічне, соціальне тощо).
3. *Компоненти статусів здоров’я* — основні складові кожного з статусів, наприклад, рівень фізичної активності, емоційного благополуччя.
4. *Складові компоненти* — детальніші елементи, що формують компоненти здоров’я, наприклад, конкретні фізіологічні чи психологічні показники.
5. *Показники складників* — вимірювані параметри, що оцінюються за допомогою лабораторних, клінічних або психодіагностичних методів.

Сучасні концепції здоров’я в психології також зосереджуються на самореалізації**,** особистісному розвитку **та** здатності свідомо керувати своїми вчинками, приймати відповідальність за них і бути усвідомленим щодо своїх цінностей та смислів. Це включає в себе [73]:

- *Психосоматичне, соматичне (фізичне), тілесне здоров’я* — загальний фізичний стан, взаємозв’язок тіла та психічного стану.
- *Психологічне, психічне, особистісне, емоційне здоров’я* — здатність адаптуватися до стресів, емоційна рівновага та психічна стійкість.
- *Соціальне здоров’я* — здатність людини успішно взаємодіяти з оточуючими, вести здорові міжособистісні стосунки.
- *Повноцінна особистість, зріла особистість, здорова особистість, гармонійно розвинена особистість* — поняття, що охоплює усі аспекти розвитку особистості, зокрема фізичний, психічний і соціальний.

Ці підходи вказують на те, що здоров'я не є лише відсутністю хвороби, а являє собою багатогранний процес, в якому фізичні, психічні та соціальні

компоненти повинні бути гармонійно розвинути та взаємодіяти для досягнення цілісного благополуччя людини.

Отже, з усього вище зазначеного можемо зробити висновок, що психологічний вимір здоров'я є важливою складовою загального розуміння здоров'я людини, що включає не лише фізичну відсутність хвороб, а й гармонійний стан психічних, емоційних та соціальних аспектів. Здоров’я розглядається як динамічний процес, в якому важливу роль відіграють психологічні чинники, зокрема здатність особистості до саморегуляції, адаптації до стресів та реалізації потенціалу. Психологічне здоров’я передбачає внутрішню гармонію, здатність до позитивного самосприйняття та ефективної взаємодії в соціумі. Різноманітні підходи до визначення здоров'я вказують на його комплексність, що включає фізичний, психічний та соціальний рівні. Теорії психологічної зрілості та самореалізації особистості акцентують увагу на важливості розвитку цих аспектів для досягнення здоров’я. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що психологічний вимір здоров'я є невід'ємною частиною загального благополуччя, і його вплив на здатність адаптуватися до життя в сучасному світі є надзвичайно важливим.

1.2. Особливості психічного та фізичного стану людей похилого віку

Старіння та період старості стали самостійним об'єктом наукового вивчення відносно недавно, що зумовлює загальну недостатню розробленість цієї проблематики та відсутність єдиних теоретичних підходів. У сучасному науковому знанні існують численні окремі дослідження, присвячені старінню, однак їх результати не формують повної картини змін, що відбуваються у похилому віці.

Бабич В. О. зазначає, що старіння традиційно аналізується в межах кількох підходів: біологічного, соціального та психологічного. З точки зору біології, старіння характеризується низкою універсальних ознак:

— воно є природним і загальним процесом, що охоплює всіх представників виду (на відміну від хвороби);

— має прогресуючий і безперервний характер;

— є притаманним усім живим організмам;

— супроводжується дегенеративними змінами [4, 62].

У межах біологічного підходу розрізняють теорії "програмованого" та "непрограмованого" старіння. Перші стверджують, що основною метою життя біологічного організму є репродукція, і після виконання цієї функції підтримка життєдіяльності організму поступово знижується, що зрештою призводить до його загибелі. Відповідно до деяких із цих теорій, старіння та смерть розглядаються як еволюційно корисні явища, оскільки старі особини стають легкою здобиччю, що, у свою чергу, захищає молодші покоління популяції. Теорії "непрограмованого старіння" пояснюють старіння як поступове зниження функціональної спроможності організму внаслідок накопичення шкідливих ефектів зовнішніх чинників [29, 65-67].

Сєрова Н. Ю. зазначає, що соціологічні підходи до розуміння старіння включають структуралізм, символічний інтеракціонізм і етнометодологію. У межах структуралізму соціальна поведінка аналізується через призму впливу усталених у суспільстві цінностей і взаємовідносин, що визначаються його організаційною структурою. Компоненти соціальної структури можуть взаємодоповнювати одна одну або перебувати у конфлікті. Відповідно, структуралізм розділяється на дві основні течії: консенсусну і конфліктну [59, 87-90].

У межах консенсусного підходу була розроблена "теорія дисенґейджменту" (роз’єднання), яку запропонували Каммінз та Генрі у 1961 році. Вона описує старіння як процес взаємного відчуження та зниження рівня взаємодії між особистістю, яка старіє, та її соціальним середовищем.

Передбачається, що цей процес може ініціюватися як самою особистістю, так і її оточенням, а завершується він досягненням нового рівноважного стану, що характеризується зменшенням соціальних контактів і підготовкою до завершення життя. Ця теорія зазнала критики через те, що зображує літню людину як таку, яка більше не є цінною для соціуму [22, 109].

На противагу "теорії дисенґейджменту" була запропонована "теорія активності", яка наголошує на важливості збереження соціальних контактів і активної життєвої позиції, подібної до тієї, що була притаманна особистості у зрілому віці. Проте й ця теорія не може бути прийнята беззастережно [22, 111].

"Теорія розвитку та безперервності життєвого шляху" репрезентує перспективу "конфлікту" та інтерпретує старість як процес боротьби за збереження активності у всіх життєвих сферах, сформованих на попередніх етапах. У свою чергу, "теорія найменування та маргінальності" концептуалізує старість як девіацію щодо молодості, яка функціонує як суспільний норматив. У межах цієї теорії становище літніх осіб визначається як маргіналізоване, що характеризується обмеженістю соціальних можливостей, зниженою впливовістю та недостатнім фінансовим забезпеченням [64, 88].

"Теорія вікової стратифікації" пропонує аналіз суспільства як системи вікових когорт, які відрізняються за здібностями, соціальними ролями, правами, привілеями, детермінованими віковими межами. Згідно з цією теорією, літні люди позбавлені доступу до механізмів соціального впливу та, відповідно, не здійснюють контролю ні над власним життям, ні над іншими індивідами [70, 70-71].

Символічний інтеракціонізм інтерпретує суспільство як єдність гетерогенних соціальних груп, які розвиваються автономно та перебувають у стані конкурентних взаємодій. Однак даний підхід не мав значного впливу на розвиток соціальної геронтології [8, 109].

"Теорія субкультури людей похилого віку" обґрунтовує наявність тенденції до формування внутрішньої інтеграції серед представників літнього віку. Вихід на пенсію створює унікальні життєві обставини, що сприяють формуванню субкультурних спільнот. Однак, попри зазначену тенденцію, літні люди, як правило, залишаються залученими до міжпоколінної взаємодії, насамперед у межах родини [17, 69].

Феноменологія та етнометодологія акцентують на аналізі процесів інтерпретації, визначення та категоризації діяльності, здійснюваної членами суспільства, а також значущості, яку ці суб'єкти надають своїм практикам і ступеню залученості в них різних соціальних груп [6, 61].

Психологічні теорії старіння базуються на аналізі вікових відмінностей. Зокрема, дослідження інтелектуальних характеристик, проведені в США, виявили кореляцію між біологічними процесами деградації та зниженням когнітивних показників у літньому віці. Це спричинило домінування уявлень про старість як період когнітивного спаду, що ускладнювало вивчення психічних функцій літніх осіб.

Англо-американська психологічна школа традиційно розглядала молодість і старість у контексті порівняння з дорослістю як ідеальним станом функціонування. У цій парадигмі молодість тлумачиться як етап прогресивного розвитку, тоді як старість — як фаза регресивних змін і відхилення від "нормального" функціонування [44].

Європейська психологічна традиція розглядала старіння крізь призму страху смерті, що зумовлює виникнення унікальних питань, пов'язаних із цим етапом життя. Зокрема, З. Фройд аналізував старість через феномен страху смерті, К. Юнг акцентував на процесі індивідуації, а А. Адлер звертав увагу на почуття власної неповноцінності та прагнення до компенсації. Особливої уваги заслуговує теорія Е. Еріксона, яка тлумачить старість як завершальну стадію життєвого циклу, під час якої людина вирішує фінальне завдання розвитку — досягнення цілісності або, навпаки, занурення у відчай і почуття безнадії. Успішність цього етапу, за Е. Еріксоном, залежить від

того, наскільки вдало особа виконувала "завдання розвитку" на попередніх етапах життя [61].

Як зазначалося раніше, тривалий час дослідження психічних змін у старших вікових групах здійснювалося з позицій порівняння, заснованого на ідеї старості як періоду розпаду та деградації. Це зумовлювалося переважною орієнтацією на біологічну парадигму старіння. Однак вивчення фінальних етапів людського життя стає дедалі більш актуальним у зв’язку з демографічним постарінням, яке є глобальною тенденцією.

Сучасні демографічні зміни стали результатом соціально-економічних трансформацій останніх століть, таких як відхід від традиційних цінностей, підвищення рівня освіти та зростання її ролі в житті, зміна способу життя, поширення сімейного планування та покращення якості медичного забезпечення. Крім того, соціально-економічна нестабільність, що впливає на молодь, сприяє зниженню народжуваності через зростання тривог щодо здатності забезпечити майбутніх дітей .

Зростання частки осіб похилого віку ставить перед суспільством завдання перегляду усталених стереотипів ставлення до старості, ролей, які відводяться людям похилого віку, та потребує розробки шляхів інтеграції цих осіб у широку соціальну взаємодію. Це необхідно для забезпечення оптимального рівня функціонування суспільства в цілому.

Становище літніх людей у сучасній Україні має свої специфічні риси, що обумовлено їхніми психофізіологічними та соціально-економічними характеристиками. Ці фактори часто стають причиною соціальної ексклюзія, яка значно ускладнює можливості літніх людей змінити свій статус. Для розуміння природи цього явища необхідний детальний аналіз особистісних характеристик і життєвих умов людей похилого віку [10].

У більшості сучасних країн вік 65 років вважається початком старості, що обумовлено можливістю виходу на гарантоване пенсійне забезпечення. Передбачається, що до цього віку більшість людей зазнають суттєвого

зниження психофізіологічних можливостей, що призводить до таких наслідків як [22, 110]:

1) зниження якості виконуваної роботи;

2) зменшення продуктивності праці у порівнянні з оптимальним віковим періодом продуктивності (близько 30 років);

3) підвищення втомлюваності, яка спричиняє психофізіологічне перенавантаження та зростання шкідливого впливу умов праці.

Однак, позначка у 65 років встановлена без врахування індивідуального функціонального стану організму, що робить її недостатньо універсальною. Повна втрата працездатності трапляється рідко, натомість поступове зниження функціональних можливостей є значно поширенішим. У таких випадках людина може виконувати легшу працю або зменшити кількість робочого часу. За умови адаптивного підходу це створює можливості для передачі досвіду між працівниками різного віку та ефективного використання трудового потенціалу людей похилого віку [22].

Як зазначає Ткачук І. М., «на жаль, в Україні умови праці характеризуються низькою гнучкістю. Більшість осіб пенсійного віку, які продовжують працювати, вимушені працювати повний робочий день, що провокує швидше зниження їхніх функціональних можливостей через надмірне навантаження». Це, у свою чергу, може пояснити статистичні дані про нижчу тривалість життя працюючих пенсіонерів порівняно з непрацюючими [65, 57].

Вікові особливості психофізіологічного стану літньої людини зумовлені як фізіологічними процесами старіння, так і рівнем функціональної збереженості організму. Останній формується під впливом спадкових факторів (ДНК), умов довкілля (екології), способу життя (харчування, фізична активність) та характеру професійної діяльності, яка сприяє тренуванню окремих органів і систем. Таким чином, навіть серед осіб однієї вікової групи можуть спостерігатися значні відмінності у функціональних можливостях.

Старіння є поступовим процесом зниження функціональної спроможності організму, який виступає завершальною стадією життєвого циклу для кожної людини, яка не померла на попередніх вікових етапах. Водночас, поняття "розвиток" у цьому контексті не обов’язково означає прогрес. Так, Бромлі описує старіння як "построзвиток" — стадію, коли всі потенційні можливості організму вже розкриті та реалізовані [52, 62-63].

Старіння, попри його очевидні зовнішні прояви, залишається складним процесом, сутність якого важко чітко відокремити від інших факторів, які спричиняють ушкодження організму, таких як хвороби. Через це можливості підтримання фізіологічного стану людини є обмеженими. На фізіологічному рівні старіння характеризується рядом змін [55]:

1. *Опорно-рухова система:* збільшення ламкості кісток (остеопороз), зменшення еластичності м’язів, втрата м’язової маси та зниження її функціональності.

2. *Метаболізм:* зниження ефективності засвоєння поживних речовин, уповільнення виведення токсинів, що призводить до накопичення продуктів розпаду.

3. *Дихальна та серцево-судинна системи:* погіршення роботи цих систем обмежує постачання кисню до тканин, включно з мозком, і підвищує енергетичні витрати на підтримання кровообігу.

4. *Хронічні хвороби:* старіння підвищує ризик виникнення множинних хронічних захворювань, таких як гіпертонія, діабет, атеросклероз тощо.

5. *Сенсорні системи:* погіршення функціонування зорової, слухової та інших аналізаторних систем.

Федорова І. С. акцентує увагу на тому, що наслідки фізіологічного старіння позначаються і на психічному стані людини [68]:

- *Кисневе голодування мозку*: зниження ефективності роботи дихальної та серцево-судинної систем може обмежувати надходження кисню до мозку, що впливає на його функціонування. Дослідники, зокрема Стюарт-

Гамільтон, вказують на те, що дефіцит кисню може уповільнювати реакції навіть у здорових літніх людей.

- *Інсульти:* як наслідок порушень у серцево-судинній системі, інсульти стають однією з головних загроз, оскільки вони виключають функції уражених ділянок мозку.
- *Інтоксикації:* уповільнення виведення продуктів метаболізму збільшує ризик інтоксикацій, що негативно позначається на роботі нервової системи.
- *Адаптаційна поведінка:* фізіологічні зміни також впливають на поведінку літніх людей. Вони змушені адаптуватися до нових обмежень своїх функціональних можливостей, що може проявлятися у зміні режиму активності, побутових звичок і соціальних взаємодій [68].

Отже, фізіологічні зміни, що супроводжують старіння, є системними, охоплюють усі аспекти організму і впливають як на фізичне, так і на психічне здоров’я літніх людей. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до забезпечення якості життя у старшому віці.

Калью П. розкриває психофізіологічні зміни, що відбуваються у процесі старіння, мають системний характер і пов’язані із зниженням функціональної активності кори головного мозку. Вираженість цих змін залежить від поєднання факторів нейродинамічного типу та статевого диморфізму, що свідчить про вплив індивідуальних особливостей на старіння [26].

Загальні вікові зміни біоелектричної активності головного мозку:

1. *Зниження рухливості нервових процесів*: послаблення адаптації до змінних умов; зменшення здатності швидко перемикатися між різними видами діяльності.
2. *Послаблення гальмівних процесів*: розвиток позамежного гальмування, яке ускладнює комплексне реагування; зниження здатності до стримування імпульсів.
3. *Інертність збуджувальних процесів*: ускладнення у формуванні та згасанні умовних рефлексів.

4. *Зниження тонусу кори головного мозку*: зменшення психічної та фізичної енергії; підвищена втомлюваність і втрата працездатності; уповільнення швидкості сприйняття та грубість психомоторних актів; поява сонливості та труднощів із підтриманням активності.

5. *Прояви інертності нервової системи:*

— Стереотипія: закріплення певних поведінкових патернів і труднощі з адаптацією до нових умов.

— Персеверація: повторюваність дій або думок, навіть якщо вони не є релевантними ситуації.

— Шаблонність реакцій: зниження когнітивної гнучкості, що ускладнює пошук нових рішень.

Результати досліджень науковців демонструють, що вираженість змін залежить від базового нейродинамічного типу людини, який визначає її здатність адаптуватися до вікових змін. Наприклад, люди з високою нервовою рухливістю можуть довше зберігати когнітивну і фізичну активність. У осіб з меншою рухливістю або вираженою інертністю нервових процесів старіння виявляється раніше і сильніше впливає на функціональні можливості [26].

Таким чином, старіння мозку та пов’язані з ним когнітивні і поведінкові зміни є результатом не лише загальних фізіологічних процесів, але й індивідуальних характеристик людини. Це підтверджує необхідність персоналізованого підходу до вивчення та підтримки функціональних можливостей у літньому віці.

Крім вікових змін, на процеси старіння значно впливають статеві відмінності та гормональні фактори. Павлик Н. звертає увагу на те, що незважаючи на відсутність повної картини гормонального впливу на особистість літніх людей, порівняльний аналіз вікових змін та перебігу клімактеричного періоду свідчить про можливу роль статевих гормонів у розвитку ригідності [53, 38].

Бєлов В., Котова А., Магльований А. зазначають, що поруч з індивідуальними особливостями, старіння характеризується загальними психофізіологічними змінами. Зокрема, спостерігається зниження реактивності кори головного мозку, що залежить від нейродинамічного типу та статевих особливостей. До загальних вікових змін біоелектричної активності мозку належать зниження рухливості нервових процесів, послаблення гальмування та посилення інерції збудження. Ці зміни проявляються зниженням психічної та фізичної енергії, труднощами у концентрації уваги, уповільненням реакцій та розвитком стереотипних форм поведінки. Однак, характер вікових змін залежить від індивідуальних нейродинамічних особливостей [7, 43].

Старіння — це складний, багатофакторний процес, який виявляється різноманітно серед людей одного віку, що обумовлено декількома ключовими характеристиками, які визначають особливості цього процесу [34].

По-перше, **геронтотропність** — це властивість старіння, при якій різні структури одного органу старіють з різною інтенсивністю. Наприклад, шкіра та серце можуть старіти з різними темпами, що не обов'язково означає, що всі функції організму зазнають одночасних змін.

По-друге, **гетерохронність** — це різний час постаріння окремих органів і систем. Наприклад, серцево-судинна система може почати старіти раніше, ніж, скажімо, м'язи або імунна система, що пояснює різні ступені старіння у людей навіть одного віку.

По-третє, **гетерокінетичність** — це неоднакова швидкість розвитку вікових змін у різних органах і системах. Один орган може старіти швидше, ніж інший, що також зумовлює індивідуальні відмінності в стані здоров'я літніх людей.

І, нарешті, **гетерокатафтенність** — це різноплановість вікових змін, що обумовлені приглушенням одних процесів і підвищенням інших. Це може

проявлятися в уповільненні одних функцій, таких як відновлення клітин, і одночасному посиленні інших, наприклад, зниження еластичності тканин.

Мельник Н. В. Зазначає, що залежно від швидкості та характеру цих змін, можна виділити кілька типів старіння [45, 149]:

— *фізіологічне старіння* — це природний процес старіння, який відбувається в межах норми, без виражених патологічних змін в організмі. Людина старіє з незначними змінами, зберігаючи більшість своїх функцій;

— *ретардоване (уповільнене) старіння* — відбувається уповільнене старіння організму, коли людина зберігає високу активність і здоров'я на більший період свого життя. Це може бути результатом сприятливих умов життя, хорошого генетичного фонду або підтримки здорового способу життя;

— *патологічне (прискорене, передчасне) старіння* — виявляється, коли організм старіє набагато швидше, ніж це передбачено нормою, і це зазвичай супроводжується розвитком різних хвороб і порушень.

Ці типи старіння суттєво впливають на рівень функціональної спроможності людей однієї вікової категорії. Наприклад, особи з фізіологічним старінням можуть бути більш активними і працездатними навіть у старшому віці, в той час як особи з патологічним старінням можуть зазнавати значних труднощів у повсякденному житті.

Железняк, Л. М. зветає увагу на те, що важливою концепцією є різниця між календарним віком (фактичною кількістю прожитих років) і біологічним віком (функціональним станом організму). Пенсійний вік зазвичай визначається за календарним віком, однак біологічний вік є більш важливим для оцінки реальної здатності людини до активної діяльності [23]. Тому для ефективного підтримання здоров'я та активного старіння важливо враховувати не лише календарний, але й біологічний вік людини.

Калько П. вважає, зо для розуміння особливостей зміни особистості людини похилого віку важливо аналізувати, як вона сприймає стимули зовнішнього середовища. Одним із основних механізмів, через який людина отримує інформацію про навколишній світ, є її аналізаторні системи. Вони

передають інформацію до головного мозку, що дозволяє сформувати сприйняття світу. Тому, вивчаючи специфіку викривлення інформації, яку надають аналізатори в старості, можна краще зрозуміти зміни у світосприйнятті та мисленні літніх людей. Важливо зауважити, що погіршення функціонування аналізаторів починається вже в ранній дорослості, і це є загальною тенденцією для більшості людей (за умови відсутності серйозних захворювань).

Одним із найпоширеніших порушень в процесі старіння є погіршення зору, що виявляється в різних аспектах. Зокрема, спостерігається зниження здатності до акомодації, зниження гостроти зору, порушення чутливості до світла, зменшення здатності до сприйняття контрасту і кольору. Внаслідок цих змін старша людина сприймає зорові стимули повільніше і потребує більше часу для їх правильного розпізнавання. Проблеми із зоровим сприйняттям стають ще більш виразними в умовах недостатнього освітлення або розмитих контурів об'єктів. Звуження зорового поля та зменшення здатності до руху очей також є типовими для літнього віку. Ці порушення найбільш виразно проявляються у людей віком від 75 до 80 років. Крім того, в літньому віці збільшується ймовірність розвитку захворювань очей, таких як катаракта, глаукома, діабетична ретинопатія та інші.

З віком поступово погіршується слух, що є наслідком як порушень кровопостачання (зокрема, атрофії слухового нерва), так і вікових змін у тканинах вуха та слухових шляхах. Одним із найбільш поширених порушень слуху є пресбіакусіс — зниження здатності сприймати високі тони звуків у порівнянні з низькими. Іншими типовими проявами є тиннітус — відчуття шуму або дзвону в вухах, а також загальне погіршення слуху різного ступеня виразності. Зниження слуху значно більше впливає на можливості соціальної взаємодії літніх людей, оскільки вони можуть залишатися осторонь у комунікативних ситуаціях, що ускладнює процес спілкування.

Щодо інших сенсорних систем, то зміни смакової чутливості, нюху, чутливості шкірних покровів та больової чутливості менш чітко вивчені.

Існують суперечливі дані щодо змін смакової чутливості в старості. Зокрема, багато дослідників погоджуються, що в літньому віці знижується чутливість до окремих смаків, причому ця зміна не є рівномірною. Деякі смаки сприймаються менш інтенсивно, інші — більше, але точні деталі щодо яких саме смаків це стосується, залишаються предметом суперечок. Відомо також, що літні люди краще сприймають "прості" смаки, ніж "складні". Однак не було виявлено чіткої залежності між зміною смакового сприйняття та зміною продуктових уподобань.

Нюх у здорових літніх людей зазвичай залишається практично незмінним, хоча його виразне зниження може бути характерним для ранніх стадій захворювання на хворобу Альцгеймера. У таких випадках погіршення нюху стає одним із симптомів захворювання, що допомагає у ранній діагностиці.

Що стосується шкірної чутливості, то у старших людей вона зменшується, внаслідок чого вони потребують більш інтенсивного стимулу для виявлення подразника. Це може впливати на їх здатність розпізнавати фізичні зміни навколишнього середовища, наприклад, зміну температури чи текстури предметів.

Дослідження щодо змін больової чутливості також дають суперечливі результати. Деякі дослідники відзначають підвищення больового порогу у літніх людей, що дозволяє їм переносити біль сильніше, не сприймаючи його як значущий подразник. Це може бути пов'язано з хронічним болем, який часто супроводжує старіння, через наявність довготривалих захворювань. Водночас інші дослідження показують, що старші люди мають схильність приховувати біль і не завжди готові класифікувати відчуття як біль, замінюючи терміни на менш виразні або нейтральні. Окрім того, існує методологічна проблема з класифікацією ступеня болю та створенням єдиної шкали оцінок, що ускладнює порівняння даних між різними дослідженнями.

Таким чином, сприйняття зовнішнього світу літньою людиною стає більш обмеженим і менш деталізованим через загальну уповільненість

процесів у нервовій системі в період старіння. Це впливає на здатність обробляти та інтегрувати інформацію, оскільки мозок має певні труднощі з поєднанням різних потоків даних, отриманих від перцептивних систем. Інформація, що поступає через аналізаторні системи, може бути не лише обмеженою, а й викривленою, що створює труднощі у формуванні цілісного уявлення про навколишнє середовище. Така ситуація часто призводить до несприятливих умов для старої людини в процесі її взаємодії з іншими людьми, коли сприйняття та реакція на стимули займають більше часу і можуть бути менш точними [26].

Окрім біологічного старіння, яке характеризується зниженням функціональних можливостей органів та їх систем, важливим аспектом є соціальне старіння. Як зазначає Смірнова Т.О. «соціальне старіння відображає рівень соціальної активності та функціонування людини в суспільстві, визначаючи її роль і статус в колективі». У соціальному контексті старіння є важливим фактором, оскільки суспільне сприйняття людини значною мірою залежить від її соціальних характеристик, таких як здатність до взаємодії, активність у спілкуванні, роль у сім'ї чи колективі. Хоча зовнішні ознаки старіння, як-от зморшки чи зміна ходи, можуть привертати увагу, вони не дають повної картини про особистість літньої людини. Натомість, соціальні маркери старіння впливають на ставлення оточуючих та визначають специфіку соціальної взаємодії, формуючи навколо людини певне середовище, яке також взаємодіє з її внутрішнім світом і визначає її повсякденне життя [60, 23-24].

Яценко Л. І. Звертає увагу на те, що уявлення про вік у суспільстві відіграють важливу роль у регулюванні взаємодії з людьми, створюючи для них специфічні умови розвитку. Ці уявлення часто інтеріоризуються, тобто стають внутрішніми переконаннями особи, і людина, ідентифікуючи себе з певною віковою категорією, починає співвідносити себе з нормами та уявленнями про «типову особистість цього віку». В такому контексті, уявлення про вік виступають не лише як соціальні конструкції, а й як

фактори, які безпосередньо впливають на поведінку, самовизначення та ставлення до себе.

Як зазначає С. Де Бовуар, процес розуміння власної старості формується ззовні, через спостереження змін у ставленні оточуючих. Людина усвідомлює свій віковий статус через зміну ставлення до неї з боку соціального середовища. Цей процес, у свою чергу, може стати основою для формування нових моделей поведінки та самосприйняття. Однак людина не лише сприймає ставлення оточуючих, але й активно взаємодіє з ними, коригуючи свою поведінку відповідно до «сприйнятого віку» — уявлення, яке не завжди збігається з реальним біологічним віком.

Такі уявлення можуть мати як позитивний, так і негативний вплив на розвиток особистості. Наприклад, коли ставлення до людини засноване на визнанні цінності її досвіду, це може сприяти її активному функціонуванню в суспільстві, підтримуючи впевненість у своїх силах та збагачуючи соціальні взаємодії. Однак, в інших випадках, за наявності уявлення про обмеженість літніх людей, соціальне середовище може проявляти явище «*overaccommodation*» — надмірне піклування, при якому оточення намагається взяти на себе всі необхідні дії замість старої людини. Це може позбавити її можливості до активних дій, створюючи у неї відчуття безпорадності та інфантильності, що, в свою чергу, обмежує її здатність до самостійності та розвитку [74, 105-107].

Усвідомлення власного старіння та досягнення періоду третього віку є важким для будь-якої людини, оскільки цей процес вимагає значних змін у життєвих стереотипах і підготовки до останніх років життя. Це включає прийняття неможливості змінити своє життя в цілому. Зміна життєвої ситуації, пошук нових занять, зміна фінансового становища та інші проблеми часто виникають перед людиною після досягнення пенсійного віку.

Іванова В. Л. досліджуючи проблеми соціальної допомоги літнім людям в умовах ейджизму, зазначає, що досягнення пенсійного віку не завжди співпадає з виходом на пенсію. У багатьох випадках люди

продовжують працювати на тому ж самому місці або знаходять легшу роботу, чи шукають підробіток. Тому фактичний вік виходу на пенсію у сучасному суспільстві може бути дуже різним. Основними причинами, які сприяють продовженню трудової діяльності, є соціальні, трудові та економічні мотиви.

Вихід на пенсію, однак, зазвичай супроводжується змінами у житті людини, такими як вивільнення великої кількості часу, зниження рівня фінансового забезпечення та зміна соціального статусу, що змінює ставлення суспільства до пенсіонера. Зменшення фінансових можливостей часто призводить до необхідності змінювати споживчі звички, оскільки підтримка попереднього рівня життя стає неможливою через низький рівень доходів.

Для багатьох пенсіонерів виникає потреба у допомозі з боку держави (наприклад, субсидії) або соціальних установ, а також часто вимагається підтримка від сімейного оточення. Фінансові труднощі та погіршення здоров'я є одними з основних причин, через які кілька поколінь починають жити разом. Проте, незважаючи на складні життєві умови, більшість пенсіонерів віддають перевагу окремому проживанню, часто навіть не використовуючи допомогу родини та надаючи фінансову підтримку своїм уже дорослим дітям. Така ситуація, коли працюючі дорослі отримують допомогу від своїх батьків, що вийшли на пенсію, є досить поширеною в сучасному українському суспільстві і часто пов'язана з підвищеними вимогами до дорослого населення щодо забезпечення сім'ї та утримання дітей [25, 135-137].

Більшість старшого населення України перебуває у ситуації бідності, що призводить до формування рис, характерних для людей, які тривалий час перебувають у такій ситуації. За визначенням Європейського Союзу (1984 р.), бідними є «люди, чиї ресурси (матеріальні, культурні та соціальні) є настільки низькими, що вони виключаються з мінімального способу життя, прийнятого для країни, у якій вони проживають». Люди старшого віку відносяться до соціально незахищених верств населення, які є найбільш

вразливими до соціально-економічних змін у країні. Вони складають одну з найбільш уразливих категорій населення, включаючи всіх осіб, які не можуть забезпечити своє існування на прийнятному рівні через власну працю з різних причин. Бідність є однією з головних соціально-економічних характеристик становища людини похилого віку, яка визначає межі її життєвої ситуації та має суттєвий вплив на її особистість і розвиток [19].

Для поглиблення розуміння соціально-економічного становища людей похилого віку важливо розглянути специфічні обставини, які зумовлюють бідність цієї категорії населення. До найбільш типових чинників, які призводять до бідності, можна віднести:

1) втрата здоров'я;

2) низький рівень кваліфікації;

3) витіснення з ринку праці;

4) низький рівень середніх реальних доходів і матеріальної забезпеченості;

5) «високе сімейне навантаження» (наявність осіб на утриманні);

6) індивідуальні особливості, пов'язані зі способом життя (залежності, небажання працювати тощо).

У результаті вікових змін та погіршення здоров'я старша людина втрачає працездатність, стає неконкурентною на ринку праці через зниження витривалості та продуктивності. Додатковим чинником є соціальні упередження, зокрема поширення геронтологічного ейджизму в українському суспільстві. Відсутність гнучкості трудової політики зменшує шанси знайти відповідну зайнятість, що позбавляє можливості поліпшити власне економічне становище. Людина, що перебуває на пенсійному забезпеченні, часто має низькі фінансові ресурси і, як зазначалося раніше, може надавати фінансову допомогу членам своєї родини [66, 41].

Це соціально-економічне становище відображає риси, характерні для економічно проблемного середовища:

1) вивчена життєва безпорадність;

2) почуття безсилля;

3) брак контролю над своїм життям;

4) залежність;

5) конформізм;

6) постійне очікування на допомогу;

7) низька самооцінка;

8) приниженість;

9) пасивність;

10) неорганізованість;

11) брак ресурсів для соціальної мобільності.

В. О. Васютинський вважає провідною серед цих характеристик є «безпорадність», яка сама по собі не є специфічною для певної категорії людей (). Усі перелічені риси є типовими для більшості старшого населення в пострадянському просторі. Порівняння цих рис з іншими віковими групами, які перебувають у схожих умовах, дозволяє зробити висновок, що ці риси більше є наслідком адаптації до несприятливих життєвих умов, а не безпосередньо результатом віку, як це часто тлумачиться в ейджистських уявленнях [18].

Бабак І. М. зазначає, що для повноцінного функціонування в суспільстві людині необхідно задоволення основних потреб. Однак при низькому рівні життя, коли базові потреби не задоволені, людина зосереджується на фізіологічних потребах, і основним мотивом стає пошук матеріальних ресурсів. Тривалий стан незадоволення цими потребами призводить до депривації, що виражається у стресах, невротизації, регресії потреб, а також може викликати соціальну напругу через протиставлення особистих і групових інтересів. Така ситуація виснажує людину, знижує її мотивацію до боротьби та провокує відчуття безвихідності.

Це особливо актуально для людей похилого віку, адже почуття безпорадності часто супроводжує старість. Вони можуть відчувати себе на периферії суспільства, не мати можливості брати участь у створенні

суспільних благ і не бачити шансів на зміни свого становища, відчуваючи, що суспільство не зацікавлене в їх благополуччі. Одними з основних причин бідності в старості є втрата здоров’я, витіснення з ринку праці через соціальні стереотипи про літній вік, зміни в особистості, а також низький рівень доходів, що часто визначається державою.

Ключовою особливістю ситуації старих людей є те, що їх становище не є їхнім вибором, а зумовлене віковими змінами та соціальними нормами. Їхня соціальна ситуація ускладнює можливість зміни життєвих обставин. Тривала несприятлива ситуація має глибокий вплив на їх фізичне і психологічне здоров’я, що призводить до відчуття ізоляції і безпорадності [3].

Ситуація бідності є основною умовою виникнення ризиків для здоров'я літніх людей, оскільки вона є як причиною, так і потенційним наслідком численних проблем. Основні фактори включають [47]:

— *Психосоматичні чинники*, які сприяють розвитку захворювань серця, неврозів, виразок та інших хвороб. Економічна нестабільність і скрутне фінансове становище лише посилюють рівень стресу та занепокоєнь, що, у свою чергу, збільшує ймовірність виникнення цих захворювань.

— *Інтелектуальна активність*, яка є важливим засобом стимулювання психічних процесів і уповільнює старіння мозку, знижуючи ризик вікової деградації. Однак бідність часто змушує людей орієнтуватися на матеріальні потреби, що призводить до відсутності можливості для інтелектуального розвитку та творчої діяльності.

— *Соціальні зв'язки*, які мають важливе значення для здоров'я на всіх етапах життя. У старості літня людина часто ізольована від широкого соціуму через обмежені фінансові ресурси, що позбавляє її можливості активно долучатися до культурних і соціальних заходів. Це обмежує її здатність змінювати або розширювати своє соціальне оточення.

Ще одним важливим аспектом є те, що економічні труднощі гальмують бажання та можливості для розвитку у старості. Несприятливі життєві

обставини значною мірою обмежують доступ до необхідних ресурсів для соціальної та особистісної активності. Проте зміна економічної ситуації може стати важливим стимулом для покращення соціального становища людини та її психологічного благополуччя [47].

Як уже зазначалося, значну роль у виникненні та підтримці ситуації бідності серед людей старшого віку відіграють стигматизаційні уявлення щодо старіння та старості, що характерні для багатьох сучасних суспільств. Це явище описується терміном "геронтологічний ейджизм", який означає дискримінаційну практику по відношенню до літніх людей. У деяких випадках цей термін може застосовуватися і до інших вікових груп без спеціального уточнення, однак він також є актуальним для молодших вікових категорій. Як зазначав І. Кон у контексті дискримінації молоді, суспільство часто розглядає їх як таких, «що ще не живуть», тоді як геронтологічний ейджизм пов'язаний з уявленням про людей старшого віку як таких, «що вже не живуть». Тому ейджизм є проявом дискримінаційної поведінки на основі сприйнятого віку, і конкретна вікова група, яка стане об'єктом дискримінації, залежить від соціально-культурних особливостей певного суспільства.

Широка поширеність і низька усвідомленість геронтологічного ейджизму в українському суспільстві значно ускладнює його вивчення. З одного боку, суспільство визнає неприйнятність дискримінаційних дій стосовно будь-якої людини, зокрема й літніх, з іншого — геронтологічне насильство і зневажливе ставлення до літніх людей часто залишаються непоміченими та не зустрічають опору. Причини цього явища коріняться у високому рівні 1) інституціоналізації ейджизму, що проявляється у низькому інтересі до проблеми стигматизації старості, і 2) інтерналізації негативних стереотипів та дискримінаційних дій, коли ці явища розглядаються як «нормальні» навіть самими літніми людьми. Бажання відсторонитися від групи літніх людей і самоідентифікація з молодшою віковою категорією ускладнює усвідомлення та вивчення цієї проблеми, що призводить до того, що група «старих людей» фактично стає «невидимою». Це створює реальні

підстави для побоювань старіння та старості, що ще більше загострює проблему [46].

Як зазначає Нікольська С. О. негативна стереотипізація чи стигматизація старіння та старості включає у собі упередження, що знецінюють гідність літніх людей, що призводить до їх соціальної ізоляції. Соціальна ексклюзія означає обмеження доступу до важливих соціальних інститутів, оскільки суспільство, свідомо чи несвідомо, усуває певні групи людей від участі в значущих для нього видах діяльності [49].

Основними причинами геронтологічного ейджизму є [70]:

1) *геронтофобія*, або страх старіння та смерті, що спричиняє психологічну дистанцію від літніх людей, перебільшуючи відмінності між поколіннями;

2) *негативний досвід спілкування зі старшими людьми*;

3) *культ молодості*, що ставить минуле в негативне світло та позначається на ставленні до старших;

4) *нездатність літніх людей відповідати вимогам сучасного суспільства*, таким як висока продуктивність, мобільність та здатність швидко адаптуватися до змін;

5) *поширені у суспільстві уявлення*, що підтримують геронтологічний ейджизм.

Отже, стигматизація — це явище, яке обумовлене суспільними умовами, і визначення того, що вважається ганебним, залежить від культурних характеристик конкретного суспільства. Існують як психологічні фактори стигми (риси характеру, що сприймаються негативно), так і соціокультурні маркери (зовнішність, належність до певної групи тощо), що формуються під впливом оточення, а не внутрішніх характеристик особистості. Через розпізнавання таких маркерів особу класифікують як належну до «ганебної» групи, і з нею поводяться відповідним чином. В загальному, стигматизація проявляється у знеціненні людської індивідуальності, що веде до її соціальної ексклюзії [10, 104].

Стигматизація тісно пов'язана з іншими соціальними явищами, такими як андерклас та маргіналізація. Поняття андеркласу стосується групи людей, що виділяються, переважно, за фінансовим станом, і має вузьку сферу застосування. Андерклас включає ряд характеристик, таких як бідність, низький рівень освіти, делінквентна поведінка тощо. Це невеликий соціальний прошарок, часто складається з расових чи етнічних меншин, і характеризується рівнем життя, значно нижчим за середній для суспільства. Однак для геронтологічних досліджень поняття андеркласу є обмеженим, оскільки бідність є лише супутньою старості, а головна зміна ставлення до людини пов'язана з її віком, через який змінюється її матеріальний стан. Крім того, дослідження андеркласу в основному проводилися в США, особливо в районах гетто, що накладає певний контекст на цей теоретичний термін.

Маргіналізація позначає соціальне становище особи або групи, що перебувають на межі суспільства, втратили свою об'єктивну приналежність до певної спільноти та не змогли інтегруватися в іншу. Цей термін часто застосовується для характеристики становища старої людини, оскільки вона виводиться із значущих сфер соціального життя. Літня людина, не маючи можливості впливати на прийняття рішень, втрачає статус «соціального суб'єкта». Її становище можна розглядати як проміжне, бо, по-перше, з точки зору її значення для суспільства, адже функції, які вона виконувала в минулі часи, стали недоступними, а нові — відсутні, і, по-друге, з точки зору впливовості, адже вона не має можливості впливати на соціальну реальність. Термін «період доживання», що використовується у науковій літературі, яскраво пояснює обставини життя літньої людини, сформовані суспільними упередженнями та відповідними діями щодо неї [35].

Особливо важливо зазначити, що дискримінаційні практики можуть бути розглянуті як інструменти управління. Такий підхід вперше був запропонований французьким філософом Мішелем Фуко, який описував цей вид влади як «дискурсивну владу». За його теорією, хоча влада формально не належить жодному з учасників взаємодії, вона реалізується одним із них по

відношенню до іншого через встановлення певних суспільних практик, які стають «непомітними» завдяки їх інституціоналізації.

Інституціоналізація геронтологічного ейджизму має значний вплив на формування та поширення негативних стереотипів про старість серед представників різних соціальних і професійних сфер. Це проявляється у ставленні працівників соціальних та нормотворчих структур, а також у широкій представленості відповідних стереотипів у мас-медіа. Інституціоналізація таких стереотипів не лише закріплює існуючі упередження, але й сприяє їх подальшому відтворенню. Наприклад, негативні стереотипи про старість серед працівників нормотворчої сфери можуть відображатися в законодавчих актах, що підтримують дискримінаційні практики. В свою чергу, інтеріоризація цих уявлень працівниками соціальних служб впливає на їх щоденну практику, формуючи способи навчання та розуміння суспільних проблем, а також через висловлювання та дії, які закріплюють ці упередження.

Крім того, високий рівень представленості негативних стереотипів про літніх людей у ЗМІ призводить до того, що ці стереотипи стають сприйнятими як «нормальні», сприяючи таким чином інтеріоризації стигматизаційних уявлень на індивідуальному рівні. В результаті, дискримінаційні практики можуть бути сприйняті як частина повсякденності, що ускладнює розпізнавання та боротьбу з ними [49].

Такий підхід до розуміння геронтологічного ейджизму дозволяє глибше зрозуміти причини та механізми створення і відтворення дискримінаційних практик, а також дає можливість розробити ефективні стратегії для ініціювання необхідних змін у суспільстві.

Соціокультурні чинники, що сприяють виникненню та поширенню геронтологічного ейджизму, суттєво впливають на умови розвитку та самосприйняття літніх людей. Як соціальне явище, негативна стереотипізація старіння та старості не лише формує соціальні умови для розвитку індивіда, але й впливає на зміну особистісних характеристик осіб похилого віку.

Молодші вікові групи намагаються уникнути старіння, що знаходить своє вираження в значних витратах на продукцію, орієнтовану на боротьбу з видимими ознаками старіння. Оскільки сучасне суспільство надає пріоритет молодості, воно високо оцінює пов'язані з нею якості, зокрема, зовнішню привабливість, мобільність, здатність відкриватися новому досвіду та схильність до ризику.

Стереотипи щодо старості, що сприймають старших людей як слабких та безпомічних, а сам процес старіння — як суто негативний, сприяють прагненню дистанціюватися від геронтологічної групи. Це явище часто спостерігається навіть серед самих літніх осіб, які, в силу соціальних умов, схильні асоціювати себе з більш молодшими віковими групами. У рамках сучасної культури «третій вік» часто розглядається як час соціального «програшу», а старість — як невиконання соціальних «нормативів успіху», що включають низький рівень доходу, обмежені можливості для професійного розвитку та знижені здатності до адаптації. Таке уявлення про старість, як про неспроможність відповідати сучасним вимогам, глибоко вкорінене у суспільній свідомості.

Ототожнення старості з роллю «аутсайдера» зазвичай спостерігається серед молодих осіб із високим рівнем доходів, що свідчить про обмежений спектр ціннісних орієнтацій та недостатню соціалізацію. Негативні стереотипи щодо старості, в свою чергу, провокують надмірні побоювання щодо власного старіння, що може призвести до деструктивного ставлення до себе у похилому віці. Це проявляється у зростанні рівня самогубств серед літніх людей, збільшенні кримінальних правопорушень, а також загостренні конфліктів між молодшими та старшими поколіннями [68, 72-74].

Колпіна Л. А. зауважує, що представники геронтологічної групи часто стають об'єктами соціальної ексклюзії, що негативно впливає на їх стан здоров’я, оскільки найбільша частка потреб у медико-санітарній допомозі припадає на останні роки життя. Вікові особливості можуть визначати, чи буде надано медичне обслуговування, адже для старших пацієнтів прогнози

часто сприймаються як несприятливі порівняно з молодшими пацієнтами, навіть за наявності аналогічної клінічної картини. Медичний персонал часто сприймає геронтологічну групу як депресивну, немічну, невиліковну. Частина лікарів відчуває фрустрацію або неприязнь до старших пацієнтів через фізичні та когнітивні обмеження цієї вікової групи [30].

Так зване явище «overaccommodation», що полягає в застосуванні «мови няньок» та відповідних поведінкових патернів при спілкуванні зі старшими людьми, може призводити до змін в їх особистості, зокрема до появи невпевненості, несамостійності, зниження самооцінки і загальної інфантилізації. Таким чином, поведінка медичних працівників може сприяти зміцненню наявних стереотипів і відповідно до них формувати особистісні зміни в геронтологічній групі [30]. Однак подібне ставлення до літніх людей може виникати не лише з боку медичного персоналу, а й серед соціальних працівників, близького оточення та інших членів суспільства.

Розуміння механізмів інфантилізації старих людей та їх негативного впливу на їх особистість підкреслює необхідність створення або корекції існуючих навчальних програм, спрямованих на усвідомлення причин та поведінкових проявів геронтологічних упереджень. Це допоможе підвищити рівень функціональної збереженості геронтологічної групи та геронтологічних пацієнтів, зокрема [40, 115].

Поширений у суспільстві геронтологічний ейджизм впливає на поведінку соціального середовища щодо старших людей, що формує реальні обставини їхнього життя. Самостигматизація призводить до прийняття внутрішніх якостей, що відповідають стигматизаційним уявленням, і часто веде до «непомітності» або замовчування дискримінаційних дій, як на рівні суспільства, так і серед представників геронтологічної групи. Це підкреслює необхідність дослідження ситуації людей похилого віку та диференціації вікових змін і особистісних трансформацій, що зумовлені зовнішніми чинниками.

З усього вище проаналізованого, можемо зробити висновок, що особливості психічного та фізичного стану людей похилого віку зазначаються тому, що у похилому віці на особистість значний вплив мають фізіологічні зміни, що характеризуються зниженням фізичних можливостей, зменшенням швидкості реакцій та адаптаційних процесів. Ці зміни можуть впливати на поведінкові аспекти особистості та її взаємодію з навколишнім середовищем. Важливими факторами є збереження активності та уваги до здоров'я, що сприяє підтриманню життєвого тонусу.

В умовах старіння виникають психічні зміни, зокрема, зміни в когнітивних функціях (пам'ять, увага, швидкість мислення). Проте існують значні індивідуальні варіації, і навіть у похилому віці багато людей можуть зберігати високу здатність до адаптації та самореалізації, якщо підтримується активний спосіб життя. Психічні розлади, такі як депресія чи тривожність, також є поширеними у старшому віці, і потребують особливої уваги.

Один із ключових аспектів розвитку особистості похилого віку – це соціальна активність та взаємодія з іншими. Старші люди часто стикаються з соціальною ізоляцією через вихід на пенсію, втрату близьких, або зміну ролей у суспільстві. Наявність підтримки з боку родини, друзів та соціальних мереж допомагає уникнути депресивних станів і зберігати позитивний психоемоційний стан.

Важливим аспектом є здатність до психологічної адаптації до нових життєвих умов, таких як зміни у фізичному стані чи у соціальних ролях. Розвиток особистості похилого віку значною мірою залежить від здатності старших людей приймати зміни, зберігати гнучкість та ставлення до життя з оптимізмом.

Загалом, розвиток особистості у похилому віці є складним та багатогранним процесом, що залежить від багатьох факторів: фізичного стану, соціального оточення, психологічної готовності до змін. Забезпечення підтримки та стимулів для розвитку в старшому віці може суттєво покращити якість життя та сприяти збереженню активності й здоров'я.

1.3. Фактори, що впливають на ставлення до власного здоров’я в похилому віці

Ставлення до власного здоров'я є важливим аспектом психологічного та фізичного добробуту людини в будь-якому віці, а особливо в літньому. В цьому віці люди стикаються з фізіологічними змінами, зниженням фізичних можливостей та підвищеним ризиком розвитку різноманітних захворювань. Однак ставлення до здоров’я та способу життя в старшому віці формується під впливом багатьох факторів, серед яких можна виділити як фізичні (біологічні), так і соціальні, психологічні та культурні аспекти.

Одним з основних факторів є фізіологічні зміни, які знижують здатність організму до самовідновлення та збільшують сприйнятливість до хвороб. Соціальні фактори, зокрема соціальна ізоляція, пенсія, втрати близьких, а також відсутність соціальної підтримки, можуть сприяти зниженню мотивації підтримувати здоров'я. Психологічні аспекти, такі як сприйняття старіння, ставлення до себе та до можливості змінювати своє життя в літньому віці, також визначають, як людина ставиться до власного здоров'я. Також вважаємо доцільним зазначити культурні норми та цінності, що панують у суспільстві, можуть впливати на поведінкові установки щодо здоров’я, адже в різних культурах ставлення до старіння та здоров’я може варіюватися.

Загалом, комплексність факторів, що впливають на ставлення до здоров’я у похилому віці, вимагає інтеграційного підходу для розуміння і покращення фізичного та психічного стану літніх людей. Проаналізуємо кожен фактор окремо.

Проаналізувавши ряд наукових підходів і досліджень, таких вчених, як Ковальчук О. В., Руденко Л. В., Єфремової Т. Г., Ліщиної Н. І., Стецюк Н. П. [28; 58; 39; 62] та інших науковців, ми дійшли висновку, що у процесі старіння в організмі відбуваються численні фізіологічні (біологічні) зміни, які значною мірою визначають не тільки фізичний стан людини, а й її

ставлення до власного здоров’я. Ці зміни можуть як впливати на повсякденне життя, так і формувати у людей похилого віку певне сприйняття старіння, здоров'я та здатності до самопідтримки.

— *Зниження функціональних можливостей організму*: одним із найбільш очевидних фізіологічних змін є зниження функціональних можливостей органів та систем. Це включає зниження ефективності серцево-судинної, дихальної та травної систем. Зміни в роботі м'язів і суглобів часто призводять до болю та обмеження рухової активності, що може викликати почуття безпорадності або страху за здоров'я. Ці зміни часто змушують людей звертати більше уваги на своє здоров'я і намагаються уникати навантажень, що в свою чергу може спричинити зниження фізичної активності та депресивні настрої.

— *Зміни в нервовій системі:* зниження нейропластичності та зміни в мозкових структурах можуть сприяти порушенню когнітивних функцій, пам’яті та уваги. Це, в свою чергу, може викликати у літніх людей тривогу і невпевненість у власних силах, що безпосередньо впливає на їх ставлення до здоров'я. Старіючі люди можуть відчувати втрату контролю над своїм життям, що підсилює психоемоційні труднощі .

— *Зміни в ендокринній системі:* зниження рівня гормонів, таких як естроген у жінок та тестостерон у чоловіків, впливає на загальний стан здоров'я та на емоційний фон. Наприклад, у жінок менопауза може призводити до змін у фізичному та психічному стані, що потребує адаптації до нових реалій. Ці зміни можуть погіршити ставлення до власного здоров'я через фізичний дискомфорт, депресивні настрої або інші симптоми.

— *Порушення імунної системи:* старіння супроводжується поступовим ослабленням імунної системи, що робить організм більш сприйнятливим до інфекцій та хвороб. Літні люди часто більше хвилюються про можливість захворіти, що може посилити занепокоєння щодо власного здоров'я.

— *Зниження швидкості відновлення:* старіння також означає уповільнення процесів відновлення після хвороб або травм. Це зменшує здатність організму ефективно справлятися з фізичними навантаженнями і травмами, що може змусити літніх людей звертати більше уваги на їх фізичний стан і активно шукати способи підтримки здоров'я [28; 58; 39; 62].

Таким чином, фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі людини в похилому віці, мають значний вплив на ставлення до здоров'я. У міру старіння стає важливішим не тільки фізичне, але й психологічне сприйняття здоров'я, що обумовлює необхідність комплексного підходу до підтримки старіючої особистості, зокрема через соціальні, медичні та психологічні засоби.

Ласло К. зазначає, що соціальні фактори, що впливають на ставлення до власного здоров’я в похилому віці, є суттєвими для розуміння того, як люди похилого віку сприймають і підтримують своє здоров’я. Важливими серед них є:

— *Соціальна ізоляція та підтримка*: люди похилого віку, які страждають від соціальної ізоляції, мають тенденцію до менш активного способу життя, що може негативно позначатися на їх фізичному та психічному здоров'ї. Відсутність підтримки з боку родини та близьких може сприяти депресивним розладам, що погіршує здоров’я. Водночас наявність соціальних зв’язків та підтримки може бути важливим чинником для підтримки здоров’я, оскільки це стимулює участь у соціальних активностях, зберігає психологічну стійкість та підтримує фізичну активність.

— *Економічний статус*: матеріальне становище в похилому віці безпосередньо впливає на доступ до медичних послуг та можливості підтримки здоров’я. Літні люди з обмеженими фінансовими ресурсами можуть не мати змоги оплачувати лікування, придбати необхідні ліки або вести здоровий спосіб життя, що значно знижує якість їх здоров’я.

— *Роль пенсії та зайнятості*: вихід на пенсію може вплинути на ставлення до здоров’я, оскільки це супроводжується змінами в соціальному

статусі, втратами професійної ідентичності та зміною повсякденних звичок. Активні пенсіонери, які зберігають активність через хобі чи волонтерство, мають кращі показники здоров’я, ніж ті, хто стикається з нудьгою або безробіттям після виходу на пенсію.

— *Культурні норми та цінності*: ставлення до старіння і здоров’я в літньому віці також залежить від культурних норм. У культурах, де старість асоціюється з мудрістю та повагою, люди похилого віку можуть відчувати більшу підтримку в своєму житті, що сприяє позитивному ставленню до здоров’я. У суспільствах, де старість часто стигматизується, літні люди можуть відчувати депресію та тривогу, що впливає на їх фізичний стан [37].

Психологічні аспекти, що впливають на ставлення до власного здоров’я в похилому віці, є ключовими в формуванні поведінкових установок та вибору способу життя. Такі вчені, як Mroczek D. K., Smith J, Heikkinen E., Kauppinen M., Steptoe A., обґрунтовують їх в наступних чинниках:

— *Ставлення до старіння:* ставлення до процесу старіння відіграє важливу роль у визначенні того, як літня людина ставиться до свого здоров'я. Люди, які сприймають старіння як природний та неминучий етап життя, частіше мають позитивне ставлення до свого здоров’я та підтримують здорові звички, в той час як ті, хто заперечує старіння, можуть відчувати стрес і фрустрацію, що негативно впливає на їх здоров’я [78].

— *Самооцінка та самосприйняття:* висока або низька самооцінка в літньому віці може істотно впливати на ставлення до здоров'я. Люди, які мають позитивне самосприйняття, зазвичай більш схильні підтримувати активний спосіб життя та піклуватися про своє здоров’я. Вони більш відкриті до медичних консультацій і змін у способі життя [76].

— *Психологічна адаптація до хвороб:* психологічна здатність адаптуватися до фізичних змін і хвороб є важливою для підтримки здоров’я в старшому віці. Літні люди, які можуть позитивно оцінювати свої обмеження, більш схильні шукати шляхи для покращення якості життя та зменшення негативного впливу хвороб на їхнє здоров’я [79].

— *Соціальна підтримка:* соціальна підтримка, включаючи взаємодію з родиною, друзями та громадою, є важливим психологічним фактором, що допомагає літнім людям зберігати хороше психічне та фізичне здоров'я. Літні люди, які відчувають підтримку, мають більшу мотивацію до збереження активного способу життя та ведення здорового способу життя [75].

— *Психологічні реакції на втрачену незалежність:* втрата автономії та залежність від інших через фізичні проблеми може призвести до депресії, тривоги та зниження ставлення до власного здоров'я. Це підвищує ризик відмови від лікування та медичних порад [81].

Загалом, психологічні аспекти старіння можуть суттєво визначати, як літня людина ставиться до свого здоров'я, і їх важливо враховувати для створення ефективних стратегій підтримки фізичного та психічного благополуччя в похилому віці.

Культурні норми та цінності визначають поведінкові моделі, установки та переконання щодо здоров'я в різних суспільствах, що особливо важливо в похилому віці. Вони впливають на те, як люди старшого віку сприймають своє здоров'я, які практики оздоровлення обирають та яку роль відводять профілактиці й підтримці фізичного та психічного добробуту. Основні аспекти впливу розкривають такі науковці, як Болтівець С. І., Бондаренко О. М., Stern T., Wang S., Штифурак В. І., Корнієнко О. А [14; 15; 83; 72]:

— *Ставлення до старіння:* у культурах, де старість асоціюється з мудрістю, досвідом та повагою (наприклад, у країнах Східної Азії), літні люди частіше зберігають позитивне ставлення до себе та власного здоров'я. Вони схильні більше дбати про себе, вважаючи це важливим для підтримання соціального статусу. Натомість у суспільствах, де домінує культ молодості, старість часто розглядається як тягар, що може знижувати мотивацію до збереження здоров'я.

— *Релігійні та духовні переконання:* віра в те, що здоров'я є "даром Божим", або залежність добробуту від духовних практик впливає на

ставлення до профілактичних заходів. Наприклад, у християнських традиціях важливість догляду за тілом сприймається як частина відповідальності перед Богом. У східних філософіях (буддизм, даосизм) здоров'я часто асоціюється з гармонією між тілом і духом.

— *Соціальна підтримка:* у культурах, які приділяють увагу підтримці сімейних зв'язків, літні люди отримують більше допомоги від родини у догляді за своїм здоров'ям. Це сприяє більш тривалому підтриманню активного способу життя.

— *Культура харчування та способу життя:* у країнах зі сформованими традиціями здорового харчування люди похилого віку мають вищий рівень здоров'я, оскільки протягом життя дотримуються корисних звичок. Водночас у країнах, де популярні висококалорійні дієти, часто спостерігається підвищений рівень хронічних захворювань серед літніх.

— *Ставлення до медичних інновацій:* у країнах із високим рівнем довіри до медицини та інновацій літні люди частіше звертаються до лікарів для профілактики та лікування. Водночас у традиційних суспільствах можуть надавати перевагу альтернативним методам, наприклад траволікуванню [14; 15; 83; 72].

Отже, з усього вище зазначеного, можемо зробити висновок, що фактори, що впливають на ставлення до власного здоров'я в похилому віці, утворюють багатокомпонентну систему, що включає фізіологічні (біологічні), психологічні, соціальні та культурні аспекти. Фізіологічні фактори обумовлені природними змінами організму в процесі старіння, зокрема зниженням фізичних можливостей і ризиком хронічних захворювань. Психологічні аспекти пов'язані зі здатністю особистості до адаптації, підтримки внутрішньої мотивації та управління емоціями. Соціальні фактори включають рівень підтримки з боку сім'ї та громади, які впливають на якість життя літніх людей.

Культурні норми та цінності відіграють важливу роль у формуванні ставлення до здоров’я. Вони визначають моделі поведінки, пов’язані з профілактикою та лікуванням, зумовлюють ставлення до старіння та сприйняття медичної допомоги. У суспільствах із розвиненими традиціями здорового харчування, сімейної підтримки та шанування старших поколінь спостерігається більш позитивне ставлення до власного здоров’я у похилому віці.

Таким чином, інтеграція всіх цих факторів сприяє гармонійному ставленню до здоров’я, підтримці активності та якості життя літніх людей.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

3.1. Методи, методика і процедура дослідження

Провівши аналіз особливостей психічного та фізичного стану людей похилого віку та визначивши фактори, що впливають на ставлення до власного здоров'я в похилому віці, вважаємо доцільним провести емпіричне дослідження для визначення психологічних чинників ставлення до здоров'я людей похилого віку, за результатами емпіричного дослідження визначити доцільність розробки психологічних рекомендацій щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя.

Вибірку нашого дослідження склали 20 людей похилого віку (від 60 до 70 років). Дослідження проводилось в офлайн форматі на базі Запорізького міського центру соціальних служб впродовж серпня-вересня 2024 року.

Підбір методичного матеріалу для емпіричного дослідження здійснювався з урахуванням розробок вітчизняних та зарубіжних психологів.

З розглянутих психологічних методів вивчення, нами було обрано методики, які можна було б використати в дослідженні, а саме: Опитувальник «Ставлення до власного здоров'я» та методика незакінчених речень.

1. Опитувальник «Ставлення до власного здоров'я» (адаптований Токман А.А., Немченко Н.В**.)** [67, 22] (Додаток А) - розроблений для діагностики когнітивних, емоційних і поведінкових аспектів, які визначають ставлення особистості до власного здоров'я. Він спрямований на виявлення індивідуальних особливостей у сприйнятті свого фізичного стану, усвідомлення здоров'я як цінності, а також готовності дотримуватись

здорового способу життя.

Опитувальник складається з 10 основних питань, які мають ще ряд питань тверджень. Основні аспекти, що оцінює опитувальник:

1. **Когнітивний компонент**:

— Розуміння значення здоров’я у житті.

— Усвідомлення причин, що впливають на його стан.

— Обізнаність про профілактичні заходи.

2. **Емоційний компонент**:

— Переживання, пов’язані зі станом здоров’я.

— Відчуття тривоги, впевненості або байдужості стосовно здоров’я.

— Задоволеність своїм фізичним станом.

3. **Поведінковий компонент**:

— Активність у збереженні здоров’я (спорт, харчування, режим).

— Готовність до виконання медичних рекомендацій.

— Звички, що сприяють або шкодять здоров’ю.

Шкала оцінки відповідей:

- "Повністю згоден" — 4 бали
- "Згоден" — 3 бали
- "Не зовсім згоден" — 2 бали
- "Не згоден" — 1 бал

У структурі опитувальника твердження розподіляються між когнітивним, емоційним і поведінковим компонентами. Тоді мінімальні й максимальні бали для кожного компонента будуть залежати від кількості тверджень, що до нього належать.

Загальний бал по всім шкалам розподіляється на:

- **Високий загальний бал (близький до 120)** свідчить про позитивне та цілісне ставлення до здоров’я, гармонійне поєднання усвідомлення, емоційної залученості та реальної активності.

- **Середній бал (близький до 75)** зазвичай характерний для осіб із помірним ставленням до здоров'я, коли один чи кілька компонентів можуть бути виражені слабше за інші.
- **Низький загальний бал (близький до 30)** може вказувати на байдужість до свого здоров'я, недостатність знань, низьку емоційну залученість або відсутність дій щодо збереження здоров'я.

2. Методика незакінчених речень (Додаток Б) - спрямована на дослідження психологічних чинників ставлення до здоров'я в похилому віці. Методика містить 20 питань, які охоплюють когнітивні, емоційні, поведінкові та мотиваційні аспекти ставлення до здоров'я.

3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація

За результатами опитувальника «Ставлення до власного здоров'я», ми отримали наступні результати представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати опитувальника «Ставлення до власного здоров'я»

№ респондента	Когнітивний компонент (10-40 балів)	Емоційний компонент (10-40 балів)	Поведінковий компонент (10-40 балів)	Загальний бал (30-120 балів)
1.	20	15	10	45
2.	35	30	25	90
3.	25	28	20	73
4.	18	10	10	38
5.	31	26	23	80
6.	25	21	19	65
7.	33	36	27	96
8.	30	35	33	98
9.	20	24	16	60
10.	18	21	13	52
11.	11	11	10	32
12.	20	25	18	63
13.	25	28	20	73
14.	19	17	16	52

Продовження таблиці 2.1.

15.	11	10	10	31
16.	34	29	27	90
17.	10	11	10	31
18.	13	10	10	33
19.	38	32	30	100
20.	11	10	10	31

Отже, за результатами таблиці 2.1 визначимо рівень загального балу по всім респондентам, результати представлені в таблиці 2.2

Таблиця 2.2.

Рівень загального балу по всім респондентам

№ респондента	Загальний бал (30-120 балів)	Рівень загального балу
1.	45	низький
2.	90	високий
3.	73	середній
4.	38	низький
5.	80	середній
6.	65	середній
7.	96	високий
8.	98	високий
9.	60	середній
10.	52	низький
11.	32	низький
12.	63	середній
13.	73	середній
14.	52	низький
15.	31	низький
16.	90	високий
17.	31	низький
18.	33	низький
19.	100	високий
20.	31	низький

За результатами таблиці визначимо процентне співвідношення по всім респондентам в групі за рівнем ставлення до свого здоров’я, результати представлені на рис. 2.1.

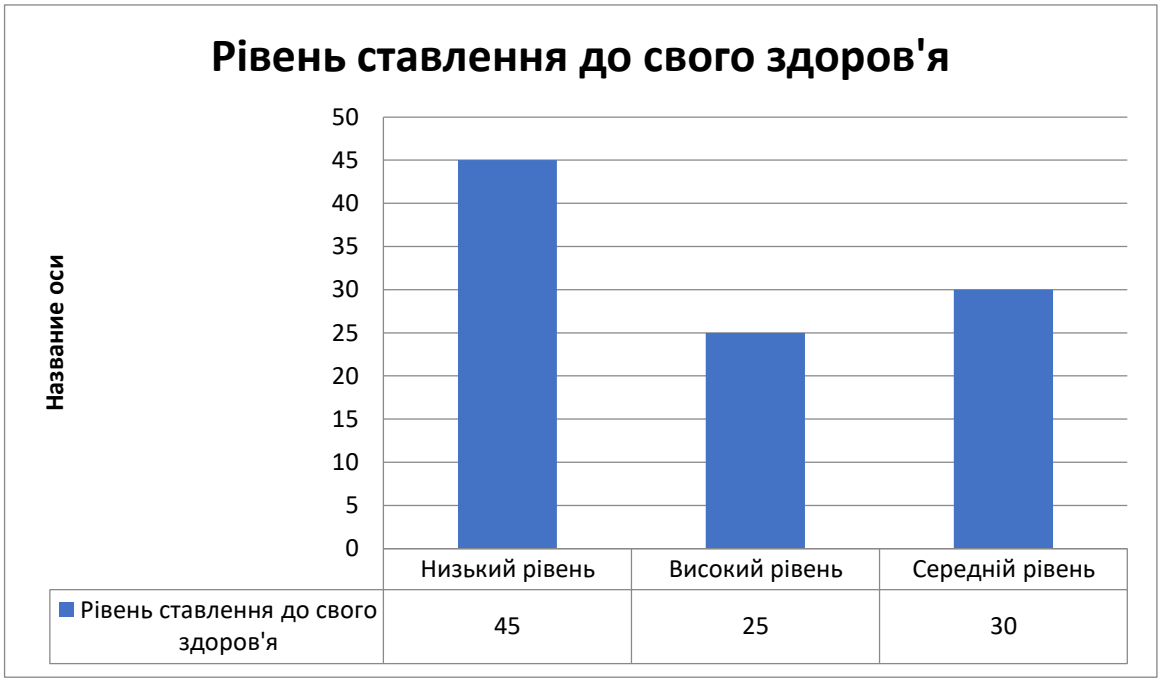


Рис. 2.1. Результати % співвідношення респондентів за рівнем ставлення до свого здоров’я

У нашому дослідженні було визначено три рівні ставлення до здоров’я: низький, середній, і високий. Результати показали наступний розподіл:

Низький рівень (9 респондентів, 45%) - ця група демонструє недостатнє усвідомлення важливості здоров’я, низьку емоційну залученість та незначну активність у підтриманні власного фізичного та психічного стану. Це може свідчити про пасивне ставлення до здоров’я, недостатню мотивацію чи наявність труднощів у доступі до інформації або ресурсів, необхідних для турботи про себе.

Середній рівень (6 респондентів, 30%) - респонденти з середнім рівнем мають певну мотивацію та знання щодо збереження здоров’я, але це не завжди трансформується в активну поведінку. Емоційна та когнітивна компоненти їхнього ставлення до здоров’я перебувають у стані помірного

розвитку, що може бути основою для позитивних змін за умови належної підтримки чи інтервенцій.

Високий рівень (5 респондентів, 25%) - ця група характеризується активною турботою про здоров’я, високим рівнем свідомого ставлення, емоційною залученістю та реальними діями, спрямованими на підтримку фізичного та психічного благополуччя. Респонденти з високим рівнем ставлення демонструють гармонійне поєднання знань, мотивації та дій.

За результатами другої методики незакінчених речень, ми визначили, що респонденти, які набрали низький рівень за шкалами опитувальника «Ставлення до власного здоров’я», вказують на значну відсутність інтересу до свого здоров’я та фізичної активності. Вони, як правило, не звертають уваги на своє самопочуття до моменту виникнення конкретних проблем зі здоров'ям, що підтверджується їхніми відповідями на питання методики незакінчених речень:

1. Для мене здоров’я означає... «Щось неважливе, бо все одно рано чи пізно з’являться проблеми».
2. Я турбуюся про своє здоров’я, коли... «Починаю відчувати болі або неспокій».
3. Моє ставлення до фізичної активності є... «Неважливим, я не маю часу чи енергії для цього.»
4. Турбота про своє здоров’я – це... «Щось, чому я не приділяю особливої уваги».
5. Коли я хворію, я зазвичай... «Мучаюся і чекаю, поки все пройде саме».

Ми визначили, що ці відповіді вказують на пасивне ставлення до підтримки здоров’я, а також на певний рівень ігнорування важливості превентивних заходів для збереження здоров’я.

Респонденти з середнім рівнем ставлення до здоров’я показують більшу обізнаність щодо необхідності підтримки фізичного і психічного здоров’я, проте все ще мають труднощі в регулярному здійсненні здорових

практик. Відповіді на методику незакінчених речень відображають певну свідомість, але іноді відсутність впевненості в здатності змінити свої звички:

1. Для мене здоров’я означає... «Цінний ресурс, який я намагаюся підтримувати, але не завжди вистачає часу.»

2. Я турбуюся про своє здоров’я, коли... «Відчуваю втому або втрачаю енергію.»

3. Моє ставлення до фізичної активності є... «Я намагаюсь займатися, але не завжди вдається.»

4. Турбота про своє здоров’я – це... «Не завжди легко, але я намагаюся слідкувати за своїм харчуванням і рухатися більше.»

5. Коли я хворію, я зазвичай... «Консультуюсь з лікарем, але іноді намагаюсь вилікуватися самостійно.»

Такі відповіді свідчать про наявність свідомого підходу до здоров’я, проте певні труднощі з втіленням принципів здорового способу життя.

Респонденти з високим рівнем ставлення до здоров’я активно працюють над своїм фізичним та психічним станом. Вони систематично підтримують здоровий спосіб життя і звертаються до медичної допомоги при перших ознаках проблем. Їхні відповіді на питання методики незакінчених речень свідчать про високий рівень свідомості та відповідальності:

1. Для мене здоров’я означає... «Основу для якісного життя. Я постійно працюю над його підтримкою.»

2. Я турбуюся про своє здоров’я, коли... «Відчуваю будь-які зміни у тілі, тому регулярно проходжу медичні огляди.»

3. Моє ставлення до фізичної активності є... «Активним і регулярним. Я відчуваю, як це покращує моє самопочуття.»

4. Турбота про своє здоров’я – це... «Моя відповідальність, я намагаюся забезпечити собі здорове старіння.»

5. Коли я хворію, я зазвичай... «Швидко звертаюсь до лікаря, адже розумію важливість своєчасного лікування.»

Ці відповіді показують високий рівень усвідомленості респондентів і їх активну позицію щодо підтримки здоров’я. Вони докладають зусиль для запобігання хворобам та дотримуються здорових звичок, активно слідкують за змінами в організмі та звертаються за медичною допомогою в разі потреби.

Отже, за співвідношенням результатів за методикою «ставлення до власного здоров’я» та методикою незакінчених речень, нами було визначено, що серед респондентів похилого віку ставлення до здоров’я варіюється в залежності від рівня свідомості та мотивації. Респонденти з низьким рівнем ставлення демонструють пасивний підхід, часто ігнорують проблеми зі здоров’ям, тоді як респонденти з середнім рівнем обізнані про важливість здоров’я, але мають труднощі в регулярному впровадженні здорових практик. Респонденти з високим рівнем ставлення активно працюють над підтримкою здоров’я, регулярно звертаються до медичної допомоги та впроваджують здорові звички у своєму житті.

3.3. Практичні рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку

Впровадження практичних рекомендацій, спрямованих на формування усвідомленого і відповідального ставлення до здоров’я, має вирішальне значення для забезпечення якості життя людей похилого віку. Це зумовлено такими чинниками, як:

1. Збереження фізичного здоров’я

— Попередження захворювань. Регулярна фізична активність і профілактичні заходи сприяють зменшенню ризику хронічних захворювань, таких як серцево-судинні хвороби, діабет та остеопороз.

— Зниження ризику травм. Підвищення рухливості та фізичної витривалості знижує ймовірність падінь, які є однією з головних причин

інвалідизації у похилому віці.

— Покращення функціонального стану. Адекватна турбота про здоров’я допомагає зберігати незалежність у виконанні повсякденних завдань.

2. Підтримка психологічного благополуччя

— Зниження рівня стресу та тривожності. Практики релаксації, психотерапевтична підтримка та участь у соціальних заходах сприяють стабілізації емоційного стану.

— Підвищення самооцінки. Усвідомлення контролю над власним здоров’ям та досягнення поставлених цілей зміцнює почуття впевненості.

— Профілактика депресії. Соціальна підтримка та участь у групових активностях допомагають долати самотність, що є важливим фактором у запобіганні депресивних станів.

3. Соціальна інтеграція

— Покращення якості взаємодії. Формування позитивного ставлення до здоров’я сприяє активній участі в соціальному житті, що знижує ізоляцію.

— Збереження зв’язків. Люди, які дотримуються рекомендацій, більш активно взаємодіють із сім’єю, друзями та громадою, що позитивно впливає на їхній соціальний статус.

4. Зниження економічного навантаження на суспільство

— Економія на лікуванні. Збереження здоров’я дозволяє знизити витрати на медичне обслуговування та реабілітацію.

— Зменшення потреби в догляді. Активне та здорове старіння знижує потребу у сторонній допомозі, що розвантажує систему соціального забезпечення.

5. Підтримка емоційного зв’язку поколінь

— Передача досвіду. Люди похилого віку, які активно залучені до життя громади, стають джерелом мудрості та підтримки для молодших поколінь.

— Формування моделі здорового способу життя. Своїм прикладом вони демонструють важливість піклування про фізичне та психологічне благополуччя.

Впровадження таких рекомендацій формує основу для забезпечення активного довголіття, зменшення тягаря старіння як для окремих осіб, так і для суспільства в цілому. Важливо, щоб ці заходи реалізовувалися комплексно, інтегруючись у національні програми підтримки здоров’я та соціального захисту літніх людей.

Зазначимо практичні рекомендації щодо формування позитивного ставлення до збереження фізичного й психологічного благополуччя людей похилого віку, які можуть бути впроваджені на базі міських центрів соціальних служб:

1. Освіта та підвищення обізнаності

— *Інформування про здоровий спосіб життя.* Проведення лекції та семінари, спрямовані на пояснення важливості збалансованого харчування, фізичної активності та регулярного медичного обстеження.

— *Роз'яснення значення профілактики.* Зазначаючи важливість ранньої діагностики та лікування захворювань.

— *Психоедукація.* Надання знання про вплив позитивного мислення та способів подолання стресу на загальний стан здоров'я.

2. Соціальна підтримка

— *Залучення до групових активностей.* Організація клубів за інтересами, груп здоров’я, арт-терапевтичних або медитативних занять.

— *Розширення соціальних контактів.* Сприяння комунікації з родичами, сусідами та іншими членами спільноти, аби уникнути самотності.

— *Соціальні служби підтримки.* Залучення соціальних працівників для підтримки в домашніх умовах і вирішення побутових проблем.

3. Підтримка фізичної активності

— *Розробка індивідуальних програм.* Впровадження фізичних вправ з урахуванням стану здоров’я та можливостей (наприклад, йога,

скандинавська ходьба, гімнастика).

— *Мотивування до рухливості.* Обгрунтування, як фізична активність покращує функціональний стан організму, знижує рівень стресу та покращує настрій.

4. Зміцнення психологічного здоров'я

— *Психотерапевтична підтримка.* Залучення психологів для роботи з емоційними проблемами, такими як тривожність, самотність чи депресія.

— *Практики релаксації.* Доцільність впровадження медитації, прогресивно м'язової релаксації або дихальних технік для зниження стресу.

— *Фокус на особисті досягнення.* Ставлення досяжних цілей, які сприятимуть відчуттю значущості та самореалізації.

5. Харчування та гігієна

— *Складання раціону.* Впровадження дієтичних рекомендацій з урахуванням вікових потреб (високий вміст вітамінів, мікроелементів, омега-3 жирних кислот).

— *Гігієнічні звички.* Навчання правилам догляду за тілом та профілактики захворювань.

6. Робота з цінностями

— *Формування мотивації до здорового способу життя.* Звернення уваги на важливості самоповаги, гідного старіння та прагнення бути активними для підтримки стосунків із близькими.

— *Культурні й духовні практики.* З урахуванням культурного та релігійного контексту, сприяти участі в заходах, що відповідають системі цінностей респондентів.

7. Використання сучасних технологій

— *Онлайн-ресурси.* Навчання літніх людей користуватися додатками для моніторингу стану здоров'я, планування фізичних вправ або медитацій.

— *Теле-медицина***.** Організація онлайн-консультацій з лікарями для зручного доступу до медичних послуг.

Вважаємо, що реалізація цих рекомендацій сприятиме формуванню у літніх людей більш усвідомленого ставлення до власного здоров’я, підвищутиме їхню активність та якість життя. Важливо, щоб ці заходи проводилися систематично та інтегрувалися у суспільні та соціальні програми.

ВИСНОВКИ

1. Психологічний вимір здоров'я є важливою складовою загального розуміння здоров'я людини, що включає не лише фізичну відсутність хвороб, а й гармонійний стан психічних, емоційних та соціальних аспектів. Здоров’я розглядається як динамічний процес, в якому важливу роль відіграють психологічні чинники, зокрема здатність особистості до саморегуляції, адаптації до стресів та реалізації потенціалу. Психологічне здоров’я передбачає внутрішню гармонію, здатність до позитивного самосприйняття та ефективної взаємодії в соціумі. Різноманітні підходи до визначення здоров'я вказують на його комплексність, що включає фізичний, психічний та соціальний рівні. Теорії психологічної зрілості та самореалізації особистості акцентують увагу на важливості розвитку цих аспектів для досягнення здоров’я. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що психологічний вимір здоров'я є невід'ємною частиною загального благополуччя, і його вплив на здатність адаптуватися до життя в сучасному світі є надзвичайно важливим.

2. Особливості психічного та фізичного стану людей похилого віку зазначаються тому, що у похилому віці на особистість значний вплив мають фізіологічні зміни, що характеризуються зниженням фізичних можливостей, зменшенням швидкості реакцій та адаптаційних процесів. Ці зміни можуть впливати на поведінкові аспекти особистості та її взаємодію з навколишнім середовищем. Важливими факторами є збереження активності та уваги до здоров’я, що сприяє підтриманню життєвого тонусу.

В умовах старіння виникають психічні зміни, зокрема, зміни в когнітивних функціях (пам’ять, увага, швидкість мислення). Проте існують значні індивідуальні варіації, і навіть у похилому віці багато людей можуть зберігати високу здатність до адаптації та самореалізації, якщо підтримується

активний спосіб життя. Психічні розлади, такі як депресія чи тривожність, також є поширеними у старшому віці, і потребують особливої уваги.

Один із ключових аспектів розвитку особистості похилого віку – це соціальна активність та взаємодія з іншими. Старші люди часто стикаються з соціальною ізоляцією через вихід на пенсію, втрату близьких, або зміну ролей у суспільстві. Наявність підтримки з боку родини, друзів та соціальних мереж допомагає уникнути депресивних станів і зберігати позитивний психоемоційний стан.

Важливим аспектом є здатність до психологічної адаптації до нових життєвих умов, таких як зміни у фізичному стані чи у соціальних ролях. Розвиток особистості похилого віку значною мірою залежить від здатності старших людей приймати зміни, зберігати гнучкість та ставлення до життя з оптимізмом.

3. Фактори, що впливають на ставлення до власного здоров’я в похилому віці, утворюють багатокомпонентну систему, що включає фізіологічні (біологічні), психологічні, соціальні та культурні аспекти. Фізіологічні фактори обумовлені природними змінами організму в процесі старіння, зокрема зниженням фізичних можливостей і ризиком хронічних захворювань. Психологічні аспекти пов’язані зі здатністю особистості до адаптації, підтримки внутрішньої мотивації та управління емоціями. Соціальні фактори включають рівень підтримки з боку сім’ї та громади, які впливають на якість життя літніх людей.

Культурні норми та цінності відіграють важливу роль у формуванні ставлення до здоров’я. Вони визначають моделі поведінки, пов’язані з профілактикою та лікуванням, зумовлюють ставлення до старіння та сприйняття медичної допомоги. У суспільствах із розвиненими традиціями здорового харчування, сімейної підтримки та шанування старших поколінь спостерігається більш позитивне ставлення до власного здоров’я у похилому віці. Таким чином, інтеграція всіх цих факторів сприяє гармонійному ставленню до здоров’я, підтримці активності та якості життя літніх людей.

4. Емпіричне дослідження проводилось в офлайн форматі на базі Запорізького міського центру соціальних служб впродовж серпня-вересня 2024 року, вибірку нашого дослідження склали 20 людей похилого віку (від 60 до 70 років).

З розглянутих психологічних методів вивчення, нами було обрано методики, які можна було б використати в дослідженні, а саме: Опитувальник «Ставлення до власного здоров'я» та методика незакінчених речень.

Результати опитувальника «Ставлення до власного здоров'я» показали наступний розподіл: низький рівень мають 9 респондентів (45%); середній рівень мають 6 респондентів (30%); високий рівень 5 респондентів (25%).

Отже, за співвідношенням результатів за методикою «ставлення до власного здоров'я» та методикою незакінчених речень, нами було визначено, що серед респондентів похилого віку ставлення до здоров'я варіюється в залежності від рівня свідомості та мотивації. Респонденти з низьким рівнем ставлення демонструють пасивний підхід, часто ігнорують проблеми зі здоров'ям, тоді як респонденти з середнім рівнем обізнані про важливість здоров'я, але мають труднощі в регулярному впровадженні здорових практик. Респонденти з високим рівнем ставлення активно працюють над підтримкою здоров'я, регулярно звертаються до медичної допомоги та впроваджують здорові звички у своєму житті.

За результатами емпіричного дослідження нами було визначено впровадження практичних рекомендацій, спрямованих на формування усвідомленого і відповідального ставлення до здоров'я, яке має вирішальне значення для забезпечення якості життя людей похилого віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асланов Г. А. Здоров’я як особистісна цінність сучасної успішної особистості. *Педагогічна освіта. Педагогічні технології*. 2016. № 23. С. 111–117.

2. Бабак І. М. Бідність як критерій оцінювання рівня життя населенн. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2013. Вип. 57. С. 41–48.

3. Бабак І. М. Бідність як критерій оцінювання рівня життя населення. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2013. Вип. 57. С. 41–48.

4. Бабич В. О. Старість як соціально-культурне явище: між поколіннями в сучасному суспільстві. Львів: Видавництво ЛДУ, 2018). С. 59-74.

5. Бедрань Р. В. Педагогічні умови виховання культури здоров’я дітей дошкільного віку в різновікових групах: канд. пед. наук. Одеса, 2017. 277 с.

6. Бенедиктова Г. І. Соціальна інклюзія і виклики старіння: перешкоди на шляху старших людей до гідного життя. Луганськ: ЛНПУ, 2021. С. 53-66.

7. Бєлов В., Котова А., Магльований, А. Валеологічні основи психофізіології старіння: теоретичний аналіз. Київ: Наукова думка. 2017. С. 33-45.

8. Бєляєва Г. О. Геронтологічний ейджизм: проблема самостигматизації та вплив на особистість літньої людини. Одеса: ОНУ, 2021. С. 102-118.

9. Біленький Є. А., Дебой В. М., Козловець М. А., Котвицький А. А., Саух І. В., Федоренко В. О., Цибульський В. О., Жаловага В. О. Соціологія: словник термінів і понять. Київ : Кондор, 2006. 372 с.

10. Богданова К. А. Соціальна ексклюзія і її вплив на старих людей в умовах сучасного суспільства. Харків: ХНУ, 2019. С. 92-106.

11. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров’я як умова формування особистості (спроба проблематизації). *Зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України*.Т. IV Ч.1. 2002. С. 11–20.

12. Богучарова О. І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі : монографія. Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка, Ін-т післядиплом. освіти. Київ : КНУ, 2004. 282 с.

13. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 ; Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2013. 484 с.

14. Болтівець С. І. Психологічні основи розвитку особистості. Київ: Педагогічна преса, 2019. 250 с.

15. Бондаренко О. М. Психологія здоров'я. Київ: Академвидав, 2020. С. 45–67.

16. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості : монографія. Суми : Еллада, 2012. 608 с.

17. Васильєва І. П. Міжпоколінний конфлікт: виклики старіння для сучасного суспільства. Київ: Видавничий дім, 2020. С. 67-85.

18. Васютинський В. Колективізм носіїв бідності як стилю життя в контексті спільної діяльності. Серія: Психологічні науки. URL : http://visnyk.chnpu.edu.ua/?wpfb_dl=376.

19. Вороніна Т. В. Ейджизм у соціальній допомозі літнім: негативні стереотипи та їх наслідки. Львів: ЛНУ, 2015. С. 74-85.

20. Галецька І., Сосновський Т. *Психологія здоров'я*: *теорія* та *практика*. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 338 с.

21. Гладощук О.Г. Здоровий спосіб життя: виховання та контроль. *Вища освіта України.* No 1. 2007. С. 99-105.

22. Єрмакова Т. М. Психологічні наслідки старіння: як зниження соціального статусу впливає на старших осіб. Запоріжжя: ЗНТУ, 2020. С. 98-112.

23. Железняк Л. М. Психологія старіння: теорії та практики. Львів: Видавництво "Психологія". 2019.

24. Зимівець Н. В. Соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді : дис. канд. пед. наук. Київ, 2008. 247 с.

25. Іванова В. Л. Проблеми соціальної допомоги літнім людям в умовах ейджизму. Запоріжжя: ЗНТУ, 2017. С. 120-134.

26. Калью, П. Психофізіологічні зміни в процесі старіння людини. *Вісник психофізіології*, 3(1), 2018. С. 15-28.

27. Ковальчук І. О. Психологія старіння: вплив на особистість та соціальні відносини. Харків: ХНУ, 2020. С. 80-95.

28. Ковальчук О. В. Геронтологія: основи науки про старіння. Київ: Академвидав. 2016.

29. Колесник В. І. Психологія старіння та проблеми геронтологічного ейджизму в Україні. Дніпро: ДНУ, 2016. С. 75-89.

30. Колпіна Л. А. Геронтологічний ейджизм в медичній практиці: вплив стереотипів на ставлення до літніх людей. Київ: Академія медичних наук України, 2018. С. 22-34.

31. Корж Г. І., Козловський Ю., Мукан Н. Розвиток ціннісного ставлення до власного здоров'я у системі професійної підготовки фахівців із цивільної безпеки : монографія ; Нац. ун-т «Львів. Політехніка». Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2021. 210 с.

32. Корнієнко О. В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей: Київ : Київський медичний університет, 2000. 126 с.

33. Корнієнко О. В. Психосоматичне здоров’я учнівської / студентської молоді на межі норми/патології (концептуальний підхід, емпіричні дослідження, перспективи розвитку). *Grail of Science*. №24, 2023. С. 647-653. URL: https://doi.org/10.36074/grail-of-science.17.02.2023.121

34. Короткевич А. О. Геронтологія та геріатрія: Навчальний посібник. Київ: Видавництво "Знання", 2017**.**

35. Костюченко Ю. І. Геронтологія та ейджизм: виклики для соціальної політики України. Львів: ЛДУ, 2019. С. 75-89.

36. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров’я людини. За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.430 с.

37. Ласло К. Соціальні фактори здоров’я людей похилого віку". Київ: Академвидав. 2009.

38. Ликова В. Природовідповідність навчання як умова збереження здоров’я учнів. *Директор школи (Шкільний світ).* 2005. № 9. С. 23-26.

39. Ліщина Н. І. Психологічні особливості старіння та вплив на здоров'я. Дніпро: Дніпропетровський університет. 2015.

40. Ляпіна М. А. Геронтологія і соціальна допомога: теоретичні та практичні аспекти (2-е вид.). Київ: Інститут соціології НАН України, 2015. С. 102-116.

41. Максименко С.Д. Психічне здоров’я дітей. *Психолог*. 2002. №1 (1). С. 4-6.

42. Максименко С.Д., Руденко Я.В., Кушнєрьова А.М., Невмержицький В.М. Психічне здоров’я особистості: підручник для вищих навчальних закладів. Київ : Людмила, 2021. 438 с.

43. Малишева Л. С. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх учителів початкової школи в освітньому середовищі педагогічного коледжу : дис. канд. пед. наук : 13.00.04; Сумський держ. пед. ун-т ім. А.С. Макаренка. Одеса, 2018. 296 с.

44. Матвєєва О. І. Третій вік в умовах соціальних змін: геронтологічний ейджизм у світі та Україні. Одеса: Видавництво ОДГУ, 2020. С. 31-45.

45. Мельник Н. В. Геронтологічний ейджизм: психологічні та соціальні наслідки для старших осіб. Луцьк: ЛНТУ, 2016. С. 143-158.

46. Михайленко Ю. Л. Вплив ейджизму на психологічний стан старших людей. Запоріжжя: ЗНУ, 2017. С. 118-130.

47. Момоток О. М. Дослідження бідності в Україні та шляхи її подолання. URL: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Apdup/2011_1/1-4-20.pdf .

48. Науменко Н. В., Козлов А.В., Дрожик Л.В. *Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини* : Збірник наукових праць. Харків, 2020. Вип. 1. С. 103-106.

49. Нікольська С. О. Соціально-економічна ситуація літніх людей: наслідки соціальної ексклюзії та ейджизму. Черкаси: ЧДУ, 2021. С. 67-79.

50. Організм та особистість. Діагностика та керування / А. Магльований, В. Бєлов, А. Котова. Львів : Мед. газ. України, 1998. 250 с.

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

52. Павленко О. М. Геронтологічний ейджизм і медичні практики: міжнедоумкові підходи до літніх пацієнтів. Київ: Вища школа, 2019. С. 56-69.

53. Павлик Н. Гормональні зміни в процесі старіння і їхній вплив на психічне здоров'я. *Журнал клінічної психофізіології*. Вип. 12(2), 2015. С. 34-41.

54. Павлик Н.В. Структура й критерії психологічного здоров'я особистості. *Psychology & Personality*. 2022, Vol. 1 Issue 21, p. 34-59.

55. Прокопенко І. В. Геронтологічний ейджизм: соціальні та медичні виклики сучасності. Київ: АСТ, 2017. С. 58-71.

56. Пустовойт М.М. Психосоматична перспектива в медицині. *Медична психологія*. 2006. Т. 1, № 4. С. 13-15.

57. Роджерс К. Р. Погляд психотерапію. Становлення людини. Київ: PSYLIB, 2004. URL : https://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm

58. Руденко Л. В., Єфремова Т. Г. Психологія старіння та геронтопсихологія. Харків: Основа. 2019.

59. Сєрова Н. Ю. Геронтологічний ейджизм у контексті соціального впливу на старших осіб. Харків: ХІС, 2018. С. 85-99.

60. Смірнова Т. О. Соціальні аспекти старіння: вплив на старших осіб в умовах сучасного суспільства. Львів: Видавництво ЛНУ, 2017. С. 15-29.

61. Соловйова О. А. Стереотипи та культурні уявлення про старість: соціальний контекст. Харків: ХГПА, 2018. С. 90-101.

62. Стецюк Н. П. Здоров'я людини в умовах старіння. Львів: Львівська наукова видавнича агенція. 2018.

63. Сундукова І. В. Формування ціннісного ставлення старшокласників до психічного здоров'я засобами фізичної культури : автореф. дис. ... канд. психол. наук.19.00.07. Київ, 2018. 22 с.

64. Таран О. І. Проблеми соціального відчуження та ексклюзії старших людей в сучасному суспільстві. Київ: Видавництво НАУ, 2020. С. 83-97.

65. Ткачук І. М. Стереотипи та стереотипізація старості: соціальні та психологічні наслідки для літніх людей. Київ: Наукова думка, 2020. С. 55-70.

66. Токарева О. А. Старість і суспільство: соціально-культурні виклики та шляхи подолання ейджизму. Одеса: ОДУ, 2020. С. 33-46.

67. Токман А. А., Немченко Н. В. Психологія способу життя: навч. посіб. Ч. ІІ. Київ: «ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 300 с.

68. Федорова І. С. Психологічні аспекти старіння: вплив ейджизму на соціальну активність літніх людей. Луганськ: ЛНУ, 2016. С. 66-80.

69. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Київ: Клуб сімейного дозвілля, 2022. 160 с.

70. Фролова М. С. Геронтологічний ейджизм та його соціальні наслідки для літніх осіб в Україні. Харків: ХНУ, 2016. С. 62-75.

71. Х'єлл Л., Зіглер Д. Теорії особистості. Основні положення, дослідження і застосування. Київ : PSYLIB, 2006.

72. Штифурак В. І., Корнієнко О. А. Культурні аспекти ставлення до здоров'я в літньому віці. Харків: Видавництво ХНУ, 2021. С. 90–112.

73. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості : монографія. Вінниця, 2019. 331 с.

74. Яценко Л. І. Стереотипи старіння та їх вплив на особистість літніх осіб. Черкаси: ЧНУ. 2019. С. 103-118.

75. Heikkinen E., Kauppinen M. Social support and health in older adults. *Journal of Aging and Health*. Vol. 16(2). 2004. P. 123-145.

76. Lawton M. P. The psychology of aging and health. *Journal of Gerontology*, Vol. 49(2). P. 123-129.

77. Maslow A. Health as a Trancedence of Environment. *Essues in Human Behaviour. A Bestr of XIP Reader for Introductory Psychology*. Toronto, P. 251-255.

78. Mroczek D. K. The role of psychological factors in aging and health. *Journal of Aging and Health*. Vol. 13(2). 2001. P. 122-139.

79. Smith J. Psychological adaptation to illness in older adults. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 71(10). 2015. P. 907-915.

80. Spitzer W. O., Dobson A. J., Hall J., Chesterman E., Levi J., Shepherd R., Battista R. N., Catchlove B. R. Quality of Life Index (QL-Index). *Database record*. 1981. APA PsycTests. URL : https://doi.org/10.1037/t04238-000

81. Steptoe A. Psychological factors in aging and health: The role of social relationships and emotional regulation. *Age and Aging*. Vol. 35(2). 2006. P. 212-218.

82. Stern T. Psychosomatics: That Was Then, This Is Now, and This Is What It Might Be. *Psychosomatics*. Volume 61, Issue 6, 2020. P. 583-584. URL : https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.09.001

83. Stern T., Wang S. Aging in Cultural Contexts. Cambridge: Cambridge University Press, 2018. 320 p.

84. Wang S., Wen X., Dong Y., Liu B., Cui M. Psychological Influence of Coronovirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on the General Public, Medical Workers, and Patients With Mental Disorders and its Countermeasures. *Psychosomatics*. 2020. № 61(6). P. 616-624. URL: https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.05.005

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «Ставлення до здоров'я»

Поняття "Ставлення до здоров'я" є системою індивідуальних, вибіркових зв'язків особистості з різноманітними явищами навколишньої дійсності, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також визначають оцінку індивідом свого фі- зичного і психічного стану.

Ставлення до здоров'я може бути описане за допомогою трьох компонентів: емоційного, пізнавального і вольового.

При аналізі ставлення до здоров'я також важливо враховувати і чинник часу, що припускає розгляд його ставлення і динаміки. Формування ставлення до здоров'я — процес вельми склад ний, суперечливий і динамічний, що обумовлений двома групами чинників:

- зовнішніми (характеристики навколишнього середовища, зокрема, особливості соціального мікро- і макросередовища, а також професійного середовища, в якому перебуває людина);
- внутрішніми (індивідуально-психологічні і особові особливості людини, а також стан її здоров'я).

Таке ставлення не залишається незмінним, воно безперервно змінюється з набуттям нового життєвого досвіду. Мінливість ставлення — правило, а не виняток. Разом з тим корекція несприятливих аспектів того або іншого ставлення — тривалий, а часом і вельми хворобливий для особистості процес, пов'язаний з подоланням внутрішніх конфліктів і негативних емоційних переживань. У зв'язку з цим особливого значення набуває цілеспрямоване формування правильного ставлення до здоров'я на ранніх етапах розвитку особистості (особлива роль відводиться сімейному вихованню і навчанню у початковій школі).

Важливо також відзначити, що ставлення людини до свого здоров'я виступає внутрішнім механізмом саморегуляції діяльності і поведінки у цій сфері (за аналогією з психологічним механізмом самооцінки). Проте регуляторна функція ставлення вступає в дію лише на певному етапі онтогенезу; з накопиченням соціального і професійного досвіду вона вдосконалюється.

Таким чином, ставлення людини до свого здоров'я, з одного боку, відображає її досвід, а з другого — істотно впливає на її поведінку.

Мета. Дослідження психологічних особливостей ставлення людини до свого здоров'я.

Інструкція. Вам буде запропонований ряд питань-тверджень, з якими ви можете або погодитися, або не погодитися, або погодитися частково. Оцініть, будь ласка, кожне твердження відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою, де:

1 — абсолютно не згоден, або абсолютно не важливо;
2 — не згоден, це не важливо;
3 — швидше не згоден;
4 — не знаю (не можу відповісти);
5 — швидше згоден, ніж ні;
6 — згоден, дуже важливо;
7 — абсолютно згоден, безумовно, це важливо.

Обраний вами варіант обведіть кружком або відзначте якимось іншим способом. Будьте уважні, для кожного твердження має бути вибрана і помічена тільки одна відповідь.

Відповідайте на всі питання підряд, не пропускаючи жодного. Не витрачайте багато часу на обдумування відповідей. У разі утруднення намагайтеся уявити ситуацію, яка найбільше зустрічається і відповідає сенсу питання. Виходячи з цього, вибирайте відповідь.

Зверніть увагу, що в третьому питанні варіантів відповіді не передбачено. Для відповіді на нього виділено кілька порожніх рядків. Порожні рядки залишені також для можливих додаткових варіантів відповідей на питання 5, 8, 9 і 10.

Обробка й інтерпретація результатів. Опитувальник “Ставлення до здоров’я” складається з 10-ти питань, які можуть бути розподілені по чотирьох шкалах:

- когнітивна;
- емоційна;
- поведінкова.

Аналіз результатів проводиться на підставі якісного аналізу отриманих за допомогою опитувальника даних, який може бути здійснений на кількох рівнях:

- кожне твердження може бути проаналізоване окремо;
- аналіз даних може проводитися по кожному питанню (інтерпретуються всі твердження, що входять у це питання);

кожен блок питань, або шкала, також можуть бути розглянуті окремо (аналізуються всі питання і твердження, що входять у цю шкалу).

Розподіл питань опитувальника “Ставлення до здоров’я” по шкалах

Назва шкали	**Номери питань**
Когнітивна	3, 4, 5
Емоційна	6, 7
Поведінкова Ціннісно-мотиваційна	1, 2, 9, 8, 10,

При аналізі ставлення до здоров'я можуть бути виділені протилежні типи відносин — адекватні і неадекватні. У реальному житті, проте, полярна альтернатива практично виключена, тому надалі при інтерпретації отриманих емпіричних даних потрібно говорити про ступінь адекватності або неадекватності.

Критеріями ступеня адекватності-неадекватності ставлення людини, що емпірично фіксуються, до свого здоров'я слугують:

- *на когнітивному рівні:* ступінь обізнаності або компетентності людини у сфері здоров'я, знання основних чинників ризику, розуміння ролі здоров'я у забезпеченні активного і тривалого життя;
- *на поведінковому рівні:* ступінь відповідності дій і вчинків людини вимогам здорового способу життя;
- *на емоційному рівні:* оптимальний рівень тривожності відносно здоров'я, уміння насолоджуватися станом здоров'я і радіти йому;

на ціннісно-мотиваційному рівні: висока значущість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, ступінь сформованості мотивації на збереження і зміцнення здоров'я.

1. Люди по-різному оцінюють різні сфери життя. Оцініть, наскільки наведені цінності важливі для вас на цей момент								
1.1.	Щасливе сімейне життя	1	2	3	4	5	6	7
1.2.	Матеріальне благополуччя	1	2	3	4	5	6	7
1.3.	Вірні друзі	1	2	3	4	5	6	7
1.4.	Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
1.5.	Цікава робота (кар'єра)	1	2	3	4	5	6	7
1.6.	Визнання і пошана тих, хто оточує	1	2	3	4	5	6	7
1.7.	Незалежність (свобода)	1	2	3	4	5	6	7
2. Як ви вважаєте, що необхідне для того, щоб досягти успіху в житті?								
2.1.	Гарна освіта	1	2	3	4	5	6	7
2.2.	Матеріальний достаток	1	2	3	4	5	6	7
2.3.	Здібності	1	2	3	4	5	6	7
2.4.	Везіння (успіх)	1	2	3	4	5	6	7
2.5.	Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
2.6.	Завзятість, працьовитість	1	2	3	4	5	6	7
2.7.	"Потрібні зв'язки (підтримка друзів, знайомих)	1	2	3	4	5	6	7
3. Як би ви кількома словами визначили, що таке здоров'я?								
4. Оцініть, який вплив на вашу обізнаність у сфері здоров'я надає інформація, отримана з таких джерел:								

4.1	Засоби масової інформації (радіо, телебачення)	1	2	3	4	5	6	7
4.2.	Лікарі (фахівці)	1	2	3	4	5	6	7
4.3.	Газети і журнали	1	2	3	4	5	6	7
4.4.	Друзі, знайомі	1	2	3	4	5	6	7
4.5.	Науково-популярні книги про здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
5. Як ви гадаєте, які із зазначених нижче чинників найістотніше впливають на стан вашого здоров'я?								
5.1.	Якість медичного обслуговування	1	2	3	4	5	6	7
5.2.	Екологічна обстановка	1	2	3	4	5	6	7
5.3.	Професійна діяльність	1	2	3	4	5	6	7
5.4.	Особливості харчування	1	2	3	4	5	6	7
5.5.	Шкідливі звички	1	2	3	4	5	6	7
5.6.	Спосіб життя	1	2	3	4	5	6	7
5.7	Недостатня турбота про своє здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
5.8	Інше	1	2	3	4	5	6	7
6. Що ви відчуваєте найчастіше, коли із здоров'ям у вас все благополучно?								
6.1.	Я спокійний	1	2	3	4	5	6	7
6.2.	Я задоволений	1	2	3	4	5	6	7
6.3.	Я щасливий	1	2	3	4	5	6	7
6.4.	Мені радісно	1	2	3	4	5	6	7
6.5.	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4	5	6	7
6.6.	Мені це байдуже	1	2	3	4	5	6	7
6.7	Ніщо особливо не турбує мене	1	2	3	4	5	6	7
6.8.	Я відчуваю впевненість у собі	1	2	3	4	5	6	7
6.9.	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4	5	6	7
6.10.	Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4	5	6	7
7. Що ви відчуваєте найчастіше, коли дізнаєтеся про погіршення свого здоров'я:								
7.1.	Я спокійний	1	2	3	4	5	6	7
7.2.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4	5	6	7
7.3.	Я стурбований	1	2	3	4	5	6	7
7.4.	Я відчуваю почуття провини	1	2	3	4	5	6	7
7.5.	Я засмучений	1	2	3	4	5	6	7
7.6.	Мені страшно	1	2	3	4	5	6	7
7.7.	Я роздратований	1	2	3	4	5	6	7

7.8.	Я відчуваю себе пригнічено	1	2	3	4	5	6	7
7.9.	Я стривожений і сильно нервую	1	2	3	4	5	6	7
7.10.	Мені соромно	1	2	3	4	5	6	7
8. Чи робите ви що-небудь для підтримки вашого здоров'я? Визначіть, будь ласка, наскільки регулярно?								
8.1.	Займаюся фізичними вправами (зарядка, біг підтюпцем і т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.2.	Дотримуюся дієти	1	2	3	4	5	6	7
8.3.	Піклуюся про режим сну і відпочинку	1	2	3	4	5	6	7
8.4.	Загартовуюся	1	2	3	4	5	6	7
8.5.	Відвідую лікаря з профілактичною метою	1	2	3	4	5	6	7
8.6.	Стежу за своєю вагою	1	2	3	4	5	6	7
8.7.	Відвідую лазню (сауну)	1	2	3	4	5	6	7
8.8.	Уникаю шкідливих звичок	1	2	3	4	5	6	7
8.9.	Відвідую спортивні секції (шейпінг, тренажерний зал, басейн і т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.10.	Практикую спеціальні оздоровчі системи (йога, китайська гімнастика та ін.)	1	2	3	4	5	6	7
8.11.	Інше							
9. Якщо ви піклуєтеся про своє здоров'я недостатньо або нерегулярно, то чому?								
9.1.	У цьому немає необхідності, оскіль- ки я здоровий(а)	1	2	3	4	5	6	7
9.2.	Не вистачає сили волі	1	2	3	4	5	6	7
9.3.	У мене немає на це часу	1	2	3	4	5	6	7
9.4.	Немає компанії (одному нудно)	1	2	3	4	5	6	7
9.5.	Не хочу себе ні в чому обмежувати	1	2	3	4	5	6	7
9.6.	Не знаю, що потрібно для цього робити	1	2	3	4	5	6	7
9.7.	Немає відповідних умов	1	2	3	4	5	6	7
9.8.	Необхідні великі матеріальні витрати	1	2	3	4	5	6	7
9.9.	Є важливіші справи	1	2	3	4	5	6	7
9.10.	Інше							
10. Якщо ви відчуваєте нездужання, то:								

10.1.	Звертаєтеся до лікаря	1	2	3	4	5	6	7
10.2.	Прагнете не звертати уваги	1	2	3	4	5	6	7
10.3.	Самі вживаєте заходи, виходячи зі свого минулого досвіду	1	2	3	4	5	6	7
10.4.	Звертаєтеся за порадою до друзів, родичів, знайомих	1	2	3	4	5	6	7
10.5.	Інше							

За підсумками виконання завдання має бути подана якісна характеристика особливостей ставлення до здоров’я на когнітивному, емоційному, поведінковому та ціннісно-мотиваційному рівнях.

Додаток Б

Методика незакінчених речень

Інструкція для респондентів:

Заповніть речення, які наведені нижче, висловлюючи свої думки, почуття чи погляди. Відповідайте так, як вам здається правильним, немає «правильних» чи «неправильних» відповідей.

1. Для мене здоров’я означає_____
2. Я турбуюся про своє здоров’я, коли_____
3. Найважливіше для збереження здоров’я – це_____
4. Хвороби заважають мені_____
5. Я вважаю, що здоровий спосіб життя включає_____
6. Коли я думаю про своє здоров’я, я відчуваю_____
7. Моє ставлення до фізичної активності є_____
8. Турбота про своє здоров’я – це_____
9. Лікарі потрібні для того, щоб_____
10. Я переживаю за своє здоров’я, коли_____
11. Для підтримання мого здоров’я я зазвичай_____
12. Моє ставлення до дієти та харчування є_____
13. Найбільше на моє здоров’я впливає_____
14. Старіння змінює моє ставлення до здоров’я, тому що_____
15. Моя сім’я підтримує мене в тому, щоб_____
16. Коли я хворію, я зазвичай_____
17. Головна причина, чому люди нехтують здоров’ям, це_____
18. Я відчуваю відповідальність за своє здоров’я, тому що_____
19. Здоров’я інших людей для мене_____
20. Якщо я втрачу здоров’я, це означатиме_____