

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ТРАНСФОРМАЦІЯ ЦІННОСТІ ЗДОРОВ'Я В СИТУАЦІЇ КАРАНТИННИХ
ОБМЕЖЕНЬ**

Кваліфікаційна робота

студента 2 року ОР Магістр
(Спеціальність 053 «Психологія», освіт-
ня програма «Клінічна психологія з
основами психотерапії»)

Казакова Станіслава Сергійовича

науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

Морозова-Ларіна Ольга Ігорівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол № ____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

Бурлачук

Л.

Ф.

Київ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	7
1.1. Феноменологія ціннісного ставлення до здоров'я особистості	7
1.2. Психоемоційний стан особистості в умовах епідеміологічної ситуації.....	17
1.3. Прокрастинація турботи про здоров'я як неадаптивна копінг-стратегія в умовах карантинних обмежень	30
Висновок до першого розділу	39
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	43
2.1. Планування та організація емпіричного дослідження	43
2.2. Обґрунтування методологічного інструментарію	47
2.2.1. Оцінка та самооцінка соматичного здоров'я.	51
2.2.2. Оцінка психоемоційного стану особистості в умовах карантинних обмежень.....	66
Висновок до другого розділу	81
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ.....	83
3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	83
3.2. Розробка та апробація тренінгу особистісного розвитку спрямованого на повернення ціннісного ставлення до здоров'я	105
Висновок до третього розділу	124
ВИСНОВКИ	127
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	129
ДОДАТКИ.....	139

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Запровадження карантинного режиму вимушеної самоізоляції змінило життєву ситуацію значного пласта населення, епідеміологічну ситуацію було названо «продовженою гострою психологічною кризою»: згідно з результатами сучасних досліджень протягом останнього року поступово погіршується психоемоційний стан населення.

Дана проблема вже значною мірою представлена у науковому дослідницькому процесі, проте поруч із метаморфозами психологічного стану, погіршується і стан соматичного здоров'я населення. Варто зауважити, що це значною мірою пов'язано із трансформаціями ціннісного ставлення до соматичного здоров'я в такій ситуації. Так, передусім, для багатьох в період карантину стала недоступною інфраструктура турботи про здоров'я, що стимулює розвиток такого феномену як відкладання, або прокрастинація необхідних для покращення здоров'я дій.

Певна частина населення України наразі немає фізичної можливості отримати допомогу у відповідних установах піклування про здоров'я, що змушує людей відтермінувати це. Такі процеси можуть вплинути на суспільне ставлення до здоров'я як до ціннісного орієнтира, в такій ситуації є доволі високим ризик зменшення суб'єктивної значущості здоров'я як самостійної цінності для населення. Таким чином, актуальність дослідження ціннісного ставлення до здоров'я в умовах епідеміологічної ситуації є цілком виправданою, оскільки зміни у мотиваційній сфері суспільства можуть мати сильний довгостроковий ефект.

Теоретико-методологічну основу даного дослідження становить доробок значного числа вчених, що зверталися до даної теми протягом власної дослідницької діяльності; найбільший внесок у розробку даної проблеми зробили наступні автори: Л. Р. Кадіс, С. Л. Кравчук, О. Н. Кузнецов, С. Б. Семічова, А. П. Салькова, Ю. В. Щербиніна, О. І. Шмирьова, В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов, Г. С. Абрамова, Т. С. Гурлева, С. А. Барсукова, Е. А. Овчарова, Т. І. Петракова, М. Вебера, В.М. Мясичева та ін. Наявні відомості було систематизовано та інтегровано в єдину теоретичну модель, з метою кращого опрацювання означеної теми.

Мета роботи полягає у дослідженні ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я в умовах епідеміологічної ситуації та розробки й апробації тренінгу особистісного розвитку спрямованого на пріоритезацію здоров'я в системі цінностей особистості.

Відповідно до мети було сформовано наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз феномену трансформації ціннісного ставлення до здоров'я в ситуації карантинних обмежень.
2. Сформувати теоретичну модель механізму відтермінування піклування про здоров'я особистістю в контексті її переживання цінності здоров'я;
3. Надати характеристику ціннісного ставлення особистості до здоров'я в умовах карантинних обмежень, спираючись на результати емпіричного дослідження;
4. Розробити та апробувати тренінг особистісного розвитку спрямований на пріоритезацію здоров'я в системі цінностей особистості.

Об'єкт дослідження: ціннісне ставлення до здоров'я

Предмет дослідження: трансформації ціннісного ставлення до здоров'я в ситуації карантинних обмежень.

Методи дослідження. У даному дослідженні було використано систему загальнонаукових методів:

Методи теоретичного пізнання: метод теоретичного аналізу, синтезу, моделювання, узагальнення та класифікації.

Методи емпіричного пізнання: метод психологічного опитування; застосовані у ході роботи психодіагностичні методики:

1. Методика «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (СОЗ);
2. Методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін;
3. Методика «Локус контролю» Дж. Роттера в адаптації Е. Г. Ксенофонтон-вой
4. Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф в адаптації М. В. Соколової;

5. Методика діагностики рівню невротизації Л. І. Вассермана;

6. Методика «Вимірювання почуття провини та сорому» (Test of Self-Conscious Affect-3 – TOSCA-3)

Методи математико-статистичної обробки отриманих результатів: методи дескриптивної статистики, аналіз за критерієм Колмогорова-Смірнова, кореляційний аналіз за Спірменом, дисперсійний аналіз.

Емпірична база. Учасниками дослідження стали люди, які належать до різних вікових категорій. Так, загальна кількість респондентів – 132 особи.

Новизна дослідження. З огляду на низький рівень культури самозбереження, а також складну і багатовимірну природу феномена здоров'я, слід визнати недостатню опрацьованість у вітчизняній психології проблеми здоров'я, його психологічних механізмів і дидактичних питань навчання ефективним стратегіям збереження здоров'я. Безумовно категорія «ставлення до здоров'я» є чи не найбільш опрацьованою у даній галузі знання, проте в контексті сучасних дослідницьких доробків, представлена здебільшого в лоні педагогічної психології та психології розвитку та стосується дидактичного аспекту. Тож, можемо сказати, що дослідження ціннісного ставлення до здоров'я у розрізі актуальних суспільних подій дає нам можливість отримати змістовно новий пласт інформації щодо даної проблематики.

Теоретична та прикладна цінність. У даній роботі пропонується можливе розв'язання проблеми поліпшення стану здоров'я населення, насамперед дітей і підлітків, і тим самим - позитивний вплив на демографічну ситуацію. Дане вирішення базується на укріпленні ціннісного ставлення до здоров'я, що тим самим знімає значне навантаження із соціальних інститутів та зміщує локус відповідальності на власне особистість. Сформована у ході розробки даного дослідження теоретико-методологічна база згодом може бути використана для отримання уявлень про реальний стан здоров'я різних соціальних груп. Окремим аспектом роботи є розробка тренінгу особистісного зростання, що спрямований на формування позитивного ставлення особистості до власного здоров'я та адекватних захисних стратегій, що допоможуть зняти напругу саме в ситуації карантин-

них обмежень. В актуальній ситуації прикладна цінність подібних досліджень визначається здебільшого можливістю вирішення актуальних запитів та проблем, та ми можемо говорити про те, що дана робота цілком присвячена сучасним практичним запитам.

Водночас теоретична цінність роботи полягає в інтегративній, синтетичній концепції захисного механізму – прокрастинації турботи про здоров'я; можемо говорити, про те, що виокремлення такого феномену та розгляд його як дискретного явища дає можливість зробити його самостійним дослідницьким предметом, та в подальшому підвищити якість психологічних практик, спрямованих на формування установок і цінностей, пов'язаних зі здоров'ям і адекватних сучасним вимогам копінг-стратегій.

Структура роботи. Дипломна робота складається з вступу, 3 розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, 12 додатків, списку використаної літератури (96 найменувань, з них 25 – іноземною мовою). Повний обсяг дипломної роботи становить 157 сторінки, основний зміст роботи викладено на 120 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 15 таблиць, загальним обсягом 6 сторінок, та 4 рисунка, загальним обсягом 2 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Феноменологія ціннісного ставлення до здоров'я особистості

Категорія «ставлення» охоплює безліч різноманітних ознак і властивостей об'єктів в їх взаємозалежності один від одного, а також в їх взаємозв'язку.

Поняття «ставлення» почали застосовувати після робіт А.Ф. Лазурського, він визначив, що у людини є ендопсихіка як внутрішня сторона психічного та екзопсихіку як зовнішню сторону психічного. Екзопсихіка виступає у вигляді системи ставлень суб'єкта до навколишньої дійсності.

Термін "ставлення" має найрізноманітніші ознаки та властивості об'єктів в їх взаємозалежності та взаємозв'язку один від одного.

В книзі А.В. Петровського та М.Г. Ярошевського «Основи теоретичної психології» даний термін описує предметно-змістовний характер трактування стосовно будь-якої системи, ця система може мати різну форму, структуру та світогляд, тобто це може бути в інтерпретації формальної, матеріальної, соціальної, психологічної, духовної та інших систем у світі» [54].

Ставлення особистості в психологічній науці на своїх різних рівнях охоплює різні типи відносин завдяки формі причинно-наслідкових зв'язків, системних залежностей частин від цілого та інших відносин.

Ставлення як категорія виступає в різних суспільних науках таких як: психології, філософії, соціології, етики, економіки. В психології категорія ставлення є однією з провідних.

Психіка людини виявляється суб'єктно-об'єктним відношенням. Термін «ставлення» виступає тоді, коли в предметі психологічної науки виділяється сам зміст.

В.Н. Мясіщев основну увагу вивченню особистості присвятив створенню теорії ставлень, на його думку психологічне ставлення є однією з форм відображення людиною навколишньої її дійсності, формування взаємовідносин особистості, в її структурі життя, ставлення утворюється на свідомому рівні, в резуль-

таті відображення сутності соціальних об'єктивно наявних відносин суспільства в умовах його макро- і мікросоціуму та буття, в якому людина живе [47]

У своїй книзі «Психологія відносин» Мясищев розглядаючи поняття «ставлення» визначає його як свідомий, пов'язаний з досвідом психологічний зв'язок людини, яка перебуває в об'єктивній дійсності, цей зв'язок проявляється у діях особистості, її реакціях, переживаннях [47], учений зазначає, що суб'єктивне ставлення людини реалізується у зовнішньому просторі, утворюючи внутрішній суб'єктивний світ.

Активність психічних процесів, особисте ціннісне значення обумовлюється взаємозв'язком між рівнями ставлення. Тобто, якщо ставлення людини має позитивну оцінку, то відповідно, її взаємодія з об'єктом розвивається, покращується, підвищується ефективність в діяльності; але якщо ставлення людини має негативне відношення, то відбувається зворотний зв'язок — зв'язок між суб'єктом та об'єктом обривається, діяльність не підвищується за ефективністю, не накопичується досвід, знижується потенціал активності.

На рисунку 1.1 схематично зображена теорія ставлень Мясищева. Отже, особистість являє собою систему ставлень, яка у свою чергу має структуру і ділиться на три основні компоненти: емоційний компонент – сприяє формуванню емоційного ставлення особистості до об'єкта дійсності, до себе та інших людей, когнітивний або оцінний компонент – сприяє пізнавальному сприйняттю та оцінки, усвідомленню, розумінню об'єктів дійсності, а також себе та поведінковий компонент – сприяє здійсненню вибору стратегій поведінки стосовно значущих для людини об'єктів дійсності та самої себе [1].

Також, неможливо не погодитися з Н.Т. Щурковою, яка зазначає, що «ставлення формується у процесі його переживання... Формування ставлення відбувається у момент діяльнісного зв'язку з об'єктом» [69].

Ставлення представлено як своєрідна характеристика психіки людини, її складних зв'язків з навколишньою дійсністю.

За теорією ставлень Мясищева є ознаки відносин. Домінування в категорії ставлення значущою для суб'єкта спрямованості на об'єкт, в якості якого можуть

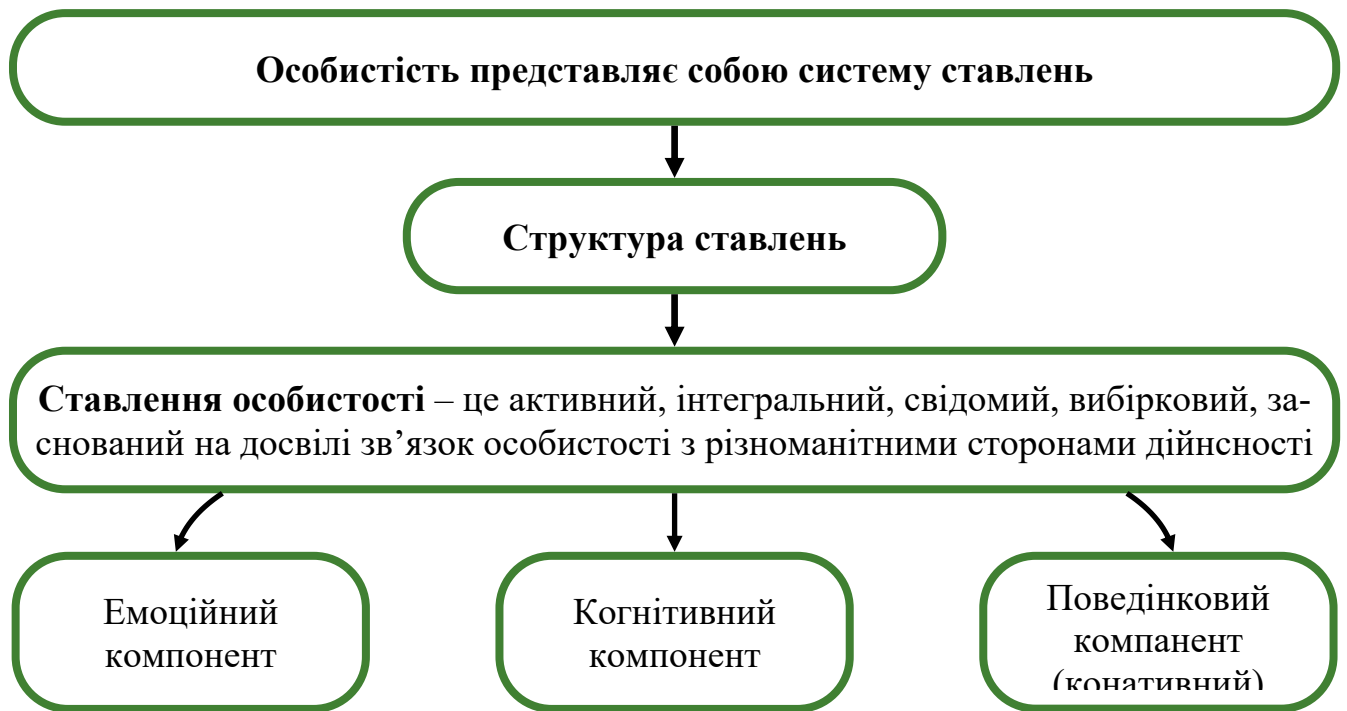


Рис.1.1. Теорія ставлення та його структурні компоненти В.Н. М'ясищева

виступати не тільки матеріальні речі, але також і феномени культури, духовні цінності, інші люди, сама людина для себе [47].

А.В. Петровський у книзі «Основи теоретичної психології» виділяє ознаки категорії ставлення, серед них:

- Вибірковість;
- Оцінка (позитивна, негативна);
- Суб'єктивна спрямованість;
- Схильність та готовність до певного способу дій, тактик, стратегій.[54].

Єдність внутрішнього і зовнішнього, суб'єктивного та об'єктивного – необхідна умова правильного змістовного дослідження особистості, її ставлень. [47]

Вітчизняна психологія мала уявлення про ставлення особистості з позиції мотиваційно-сміслового формування, ставлення досліджували такі науковці як Л.С. Виготський, О.М. Леонт'єв, О.Р. Лурія.

Л.С. Виготський у своїй роботі «Мислення і мовлення» намагався знайти одиницю, що виражає єдність емоційних (афективних) й інтелектуальних процесів. Він пише: «Аналіз, що розчленовує складне ціле на одиниці показує, що

існує динамічна смислова система, що є єдністю афективних й інтелектуальних процесів". [27]. Так, на його думку, у людини в будь-якій ідеї в видозміненому вигляді є афективне ставлення до дійсності, яке представлене цією ідеєю, а також і ставленням до інших.

На думку Л.С. Виготського, загальна структура свідомості визначається системою ставлень та залежностей.

О.Д. Алфьоров у своїх працях зазначав, що ставлення у психічній діяльності має взаємозв'язок з потребами в пізнанні, інтересах, мотивах, емоціях та здібностях людини. Він визначив ставлення в таких взаємозв'язках як ставлення та потреба і ставлення та інтерес, інтерес виникає в разі позитивного ставлення до об'єкта [5]

Г.І.Щукіна зазначає, що інтерес, безумовно, показує дійсність, але при цьому людина завжди висловлює та показує свої ставлення до неї [68]

Так, коли людина викликає інтерес до об'єкта дійсності, формується її ціннісно-мотиваційний аспект до конкретного об'єкта.

Цінність – це соціальне специфічне визначення об'єктів навколишнього світу, яке визначає об'єкти як позитивні або негативні для людини та суспільства.

Цей термін широко застосовується в філософській та соціальній літературі, так вважає М. Вебер, він вказує на соціальне та людське значення певних явищ дійсності.

Усі предмети дійсності, людські відносини виступають в якості предметних цінностей як об'єктів ціннісного ставлення. Оцінка цим явищам визначається культурно сформованою суб'єктивною цінністю, яка виступає як орієнтир діяльності людини.

В.П. Тугарином дає таке визначення: «Цінності – предмети, явища природи і їх властивості, які потрібні (спостережувані, корисні, приємні та інше) людям певного суспільства або класу і певної особистості як засоби задоволення їх потреб та інтересів, а також ідеї та пробудження в якості норми, цілі або ідеалу» [15]. Так, цінності важливі людині для задоволення її потреб.

Кожне суспільство має набір певних цінностей, який виступає в якості рівня соціальної регуляції. В ньому є критерії соціально визнаного, на основі яких будуються спеціальні системи нормативного контролю, суспільні інститути та, безпосередньо, дії самих людей. Засвоєння даних критеріїв в структурі особистості дозволяє формувати людину як особистість та норми в суспільстві. Існує багато позитивних явищ, які так чи інакше прослідковуються у різних суспільствах однаково - це життя, здоров'я, діяльність тощо. На думку З.І. Равкіна такі цінності є абсолютними: «Усвідомлення абсолютних цінностей (і пріоритетних значною мірою теж) об'єднує людей, що живуть в різних країнах і частинах світу, що належать до різних верств суспільства. Ця об'єднавча, інтегративна функція такого роду цінностей надає їм загальнолюдське значення і не применшує їхньої національної своєрідності» [15].

Вебер виділяв «оцінку об'єктів», де на першій стадії постає не саме поняття, а відчуття, яке абсолютно індивідуальне. Так, співвідносячи об'єкт з певною системою цінностей, він вказує на неповторну форму свідомості, в якій формується та розвивається ціннісний зміст об'єкта пізнання.

Спираючись на ідеї Вебера, можна визначити формування ціннісного ставлення до здоров'я особистості.

Людина, коли вперше стикається з цим явищем, вона відчуває щось як складно відчуте та все ж розуміє, що це є неминучою необхідністю в індивідуальному плані. Потім, здійснюється перетворення об'єктів первинної оцінки в цінність. Співвідносячи об'єкт (здоров'я) в певну систему цінностей, людина починає відчувати цю цінність, доносити її до інших людей в своїй неповторній індивідуальній формі, в якій втілилось ціннісний зміст досліджуваного явища - «цінність здоров'я».

В нашому дослідженні ми будемо використовувати таке поняття «здоров'я», яке офіційно зазначено ВОЗ: «Здоров'я - це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або фізичних дефектів».

На різних етапах існування людства, проблема здоров'я розглядалась по різному. Ще на початку 19-го століття Гегель підкреслював те, що здоров'я - це пропорційність між самістю та буттям людини, вказуючи на те, здоров'я є найбільш складним та багатограними.

Аналізуючи відмінності функціональних визначень поняття «здоров'я», А.Д. Степанов вважав здоров'я станом організму, при якому він здатен повноцінно виконувати задані ним функції.

Деякі дослідники розглядають здоров'я з точки зору врівноваження середовища та організму.

Різноманітні дослідження уявлень про здоров'я показують, що відмінності у ставленні до здоров'я з одного боку залежать від фізіологічних особливостей, статі, віку, професії, а з іншої – слабка диференційованість даних уявлень [45].

Встановлено зв'язок здоров'я та довгострокового життя з особливостями емоційної сфери, умовами розвитку в дитинстві та історії розвитку сім'ї. Таким чином, з одного боку ціннісне ставлення до власного здоров'я відображається особистим досвідом людини, з іншого - надає суттєвий вплив на поведінку людини.

Одним з центральних понять «здоров'я» є поняття «ставлення до здоров'я», яка включає в себе систему цінносно-мотиваційних установок, які пов'язують людину з суспільством.

Поняття «Ставлення до здоров'я» є системою індивідуальних, вибіркового зв'язків особистості з різноманітними явищами навколишньої дійсності, яка дозволяє оцінити загрози, переваги, власну оцінку свого фізичного та психічного здоров'я.

Димов М.В. у своїй книзі «Здоров'я як соціальна проблема» описує ставлення до власного стану здоров'я наступним чином. Він говорить про ставлення до власного здоров'я як про об'єкт, що «представляє собою систему особистісних, виборчих зв'язків людини з різними феноменами довкілля, що впливають позитивно або, навпаки, становлять небезпеку для здоров'ю людей, а також певну оцінку особистістю фізичного і психічного стану» [23].

В основі концепції Е.А. Овчарова стан здоров'я є цінністю для людини, є необхідністю для повноцінного існування, задоволення її матеріальних та духовних благ, участь в соціальній, економічній, науковій, культурній діяльності. Дана концепція підтверджує сутність здоров'я, яке визначає ВОЗ, що здоров'я - це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя [50]. На її думку: «В даний час розрізняють кілька концептуальних моделей визначення поняття «здоров'я». У кожній з них дається своєрідна інтерпретація специфічного змісту даного поняття, розкривається основна точка зору, ідея, спосіб його трактування, покладені в основу тієї чи іншої моделі» [50].

С.Т. Шацький зазначав, що підхід до психіки людини, який представляє її оцінку як продукт діяльності і як результат зв'язку зовнішніх та внутрішніх якостей, активності людини, показує залежність психічного розвитку від її цілей, такий підхід дозволяє успішно формувати ставлення особистості до дійсності [66].

С.Л. Рубінштейн запропонував структуру особистості в контексті її психологічного здоров'я, де є психофізіологічний, індивідуально-психологічний та особистісно-смісловий рівні [59]. Людина, у якій сформовані відпоидні якості відповідають типам психологічного здоров'я, а саме: психосоматичне, психічне та духовне здоров'я.

Б.С. Братусь додав до моделі Рубінштейна четвертий рівень та позначив його як екзистенціальний, який досягається лише через здійснення вибору, знаходження сенсу життя та слугує людині в її моральній орієнтації [11].

Аналізуючи літературу, яка присвячену проблемі «цінностей», ми виявили певні відмінності в трактуванні даного поняття.

З точки зору В.А. Канке: «Цінністю є для людини все, що має для неї певну значимість, особистісний або суспільний сенс». «Цінності немає тільки там, де людина ставиться до чого-небудь байдуже, не цікавиться відмінностями між істиною і помилкою...» [30].

На думку Е.З. Волчек: «Цінність - це прийняте в філософії поняття, за допомогою якого характеризується соціально-історичне значення певних явищ дійсності для суспільства індивідів» [18].

У словнику сучасних понять і термінів поняття «цінності» розглядається як «позитивна або від'ємна значимість об'єктів навколишнього світу для людини, групи, класу, суспільства; 2) цінний предмет, явище; матеріальні, духовні цінності; загальнолюдські цінності - світоглядні ідеали, моральні норми, які відображають досвід всього людства і які є загальними для всіх людей незалежно від будь-яких відмінностей» [40].

Деякі дослідники вважають, що цінність має значення тільки позитивне. Так, Н.Ф.Бучіло і А.Н.Чумакова вважають, що «цінністю є тільки те, що має позитивну значимість для людини» [12].

Таким чином, в науковій літературі немає єдиного визначення поняття «цінності» так само як і немає єдиного твердження щодо «ціннісного ставлення до здоров'я».

На думку В.П. Петленко немає єдиного типу ставлення особистості до свого здоров'я. Він виділив такі ознаки ціннісного ставлення особистості до свого здоров'я: [13].

1. Здоров'я як цінність визначається людиною завжди емоційно. Даний рівень визначається відсутністю вираженою потреби у покращенні здоров'я. Так, ціннісна орієнтація не перетворюється у діяльність, а лишається лише у свідомості як факт. Такі люди впевнені, що здоров'я виправити неможливо, тому зароджується відповідна установка, таким людям властива емпатична інерція.

2. Особистість сприймає важливість здоров'я, але не усвідомлює її соціальної значимості. У людини є установка щодо покращення здоров'я, але вона не стійка і підвласна змінам. Таким людям властивий спонтанно-діяльнісний тип у ставленні до здоров'я.

3. Особистість сприймає цінність здоров'я як соціально значиму. У людини сформовані певні потреби та знання щодо власного здоров'я. Проте, ціннісна орієнтація не виконує регулятивної функції і немає установки на виздоровчу діяльність. Такі люди схильні до пасивного типу ставлення до здоров'я.

4. Особистість сприймає здоров'я як цінність на рівні переконань. Потреба у зміцненні здоров'я формує соціальну установку, Тому, поведінка людина направлена на ціннісну орієнтацію, діяльність орієнтована на виздоровчу. Таким людям властивий активно-діяльнісний тип у ставленні до здоров'я.

У словнику з психології «ціннісні орієнтації» визначаються так: «спосіб диференціації об'єктів індивідів за їх значимістю. Система ціннісних орієнтацій утворює змістовну сторону спрямованості особистості і висловлює внутрішню основу її відносин до дійсності» [56].

На думку Л.І. Рувинського, ставлення ціннісне тоді, коли свідомо виражений об'єкт, на який направлене ставлення, виявляється суспільною цінністю і коли суб'єкт на даний об'єкт дає позитивну оцінку [60].

І. Коцан, Г. Ложкін, М. Мушкевич визначили критерії оцінювання у ставленні людини до здоров'я: оптимістичний погляд, відсутність метушливості, чесність як чинник моралі, почуття, впевненість у собі, незалежність, почуття гумору, толерантне ставлення. Важливи психічними станам є емоційна стійкість, зрілість почуттів, самовладання, опанування негативних емоцій, прояв почуттів та емоцій, здатність до позитивних емоцій [39].

Важливим конструктом цінності здоров'я є психологічне благополуччя. Психологічне благополуччя визначається як ставлення та оцінка людиною свого психічного стану. Даний конструкт є важливим елементом утворення цінності здоров'я. Психологічне благополуччя визначається суб'єктивною оцінкою власного здоров'я на основі внутрішніх відчуттів і загального стану в якому перебуває особистість.

Психологічне благополуччя досліджували багато науковців, але К. Ріфф розробила методикку на визначення психологічного благополуччя людини. Психологічне благополуччя включає в себе переживання та стани в яких може перебувати здорова особистість. Так, за ВООЗ здоров'я розглядається як комплексний стан, в структуру якого входить благополуччя.

Є декілька підходів, які трактують психологічне благополуччя.

Гедоністичний піхід розглядає психологічне благополуччя в рамках задоволення, насолоди - задоволення на фізичному, фізіологічному, психологічному рівнях. Найближчим до гедоністичного підходу в понятті психологічного благополуччя є суб'єктивне переживання щастя, суб'єктивне благополуччя.

Евдимоністичний підхід описують гамністи. Даний підхід характеризує психологічне благополуччя як самореалізацію особистості в різних життєвих обставинах.

Керол Ріфф вивчаючи психологічне благополуччя, визначила його компоненти, серед яких: наявність життєвої мети, позитивні стосунки з людьми, особистий ріст, керування оточенням, самоприйняття та автономія. На основі даних критеріїв вона розробила діагностичну методіку рівня психологічного благополуччя, яку ми застосували для дослідження ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я в умовах епідеміологічної ситуації [87].

Також існують різні аспекти ціннісного ставлення до здоров'я. Будь-який аспект може розвиватись особистістю в залежності від її ціннісних орієнтацій, мотивації та установок.

Так, когнітивний аспект представляє здійснення психічних процесів, які пов'язані з певними уявленнями про здоров'я, відповідного образу життя. Людина має теоретичні уявлення про фізіологічні особливості людського тіла, гігієну здоров'я та інше.

У монографії Л.А. Акимової, Е.М. Голікової, Н.В. Сократова емоційний компонент ціннісного ставлення до здоров'я визначається як емоційний прояв у ставленні до здоров'я. Емоційний аспект характеризується з визначення емоції як «психічного відображення у формі безпосереднього, упередженого переживання, життєвого сенсу явищ і ситуацій, обумовленого відношенням їх об'єктивних властивостей до потреб суб'єкта» [2].

Своє позитивне ставлення до життя особистість схильна проявляти у прояві емоцій, переживанні любові, радості, задоволення та щастя. Тоді як негативне ставлення до життя особистість проявляє у тузі, нудьги, печалі тощо. Так, емоційний компонент також залежить від рівня ціннісного ставлення до здоров'я.

Поведінковий компонент ціннісного ставлення до здоров'я проявляється у певній діяльності людини. Така людина проявляє активність щодо здорового образу життя, створює навколо себе образи та продукти діяльності, які направлені на покращення здоров'я та життя. Наявність поведінкового компоненту свідчить про направленість особистості на зміцнення здоров'я, що у свою чергу відображає її ціннісне ставлення до здоров'я.

Оціночно-рефлексивний компонент ціннісного ставлення до здоров'я проявляється у здібності осмислювати, давати оцінку свого ставлення до здоров'я. Розвиток рефлексії призводить до зміцненню даного компоненту, реалізовувати мету, цілі. Так, ціннісне ставлення до здоров'я інших виховує у людині ціннісне ставлення власного здоров'я.

На основі опрацьованої літератури, ми можемо визначити структурні компоненти ціннісного ставлення до здоров'я, серед них: когнітивний, емоційно-оціночний та поведінково-діяльнісний компоненти (див. Рис. 1.2).

1.2. Психоемоційний стан особистості в умовах епідеміологічної ситуації

Епідеміологічна ситуація у світі, яка передбачила соціальну ізоляцію, викликала важливість дослідження психоемоційного стану та переживань людини в умовах пандемії та невизначеності.

Існує безліч припущень про те, що в соціальній ізоляції під впливом епідеміологічної ситуації, у людини можуть виникати втома, депресія, тривога, а також фізіологічні показники такі як погіршення сну, паніка та інші [71].

Соціальна ізоляція є однією з найважливіших соціальних змін сучасного світу. Дослідники вказують на те, що до середини 20 століття жодне суспільство в історії нашого виду не витримувало великої кількості людей, які жили поодиноці протягом тривалого періоду часу. На сьогоднішній день, однак, самотнє життя є повсюдним у розвинутих, відкритих суспільствах. Існують вагомі підстави вважати, що цей стрибок соціальних змін впливає на здоров'я та охорону здоров'я. Але у нас поки що недостатньо досліджень, щоб зрозуміти, як саме [81].

Одна з можливостей полягає в тому, що існує причинно-наслідковий зв'язок між соціальною ізоляцією та почуттям самотності.

Була опублікована в науковому журналі «Pantell» стаття, яка додала більшої ясності щодо соціальної ізоляції та дискусій в галузі охорони здоров'я. Ключові висновки за статті полягають у тому, що соціальна ізоляція була предиктором смертності нарівні з курінням, ожирінням, підвищеним кров'яним тиском та високим рівнем холестерину - тому були особливо надійними [86].

Звичайно, виявлення ризиків соціальної ізоляції - це лише перший крок до вирішення цієї проблеми як проблеми здоров'я в її психоемоційному контексті.

Ризики соціальної ізоляції залежать не тільки від того, ким є людина та які її особливості розвитку, але й від того, де ви живете. Певні соціальні середовища сприяють соціальній ізоляції, а інші сприяють місцевим контактам та взаємній підтримці.

На думку науковців, адаптація до умов нових та непередбачуваних суспільних викликів забезпечує активну діяльність процесів емоційної регуляції. Вона виявляється у усвідомленні змін, власного стану та суспільства загалом; зміні оцінювальних конструктів, установок; актуалізація емоційних паттернів, що проявляється у взаєминах з іншими людьми [38].

Соціологічною групою «Рейтинг» було проведено дослідження стосовно динаміки психоемоційних станів українців на карантині [57].

Вони визначили, що рівень депресії підвищився в умовах епідеміологічної



Рис. 1.2. Структурні компоненти ціннісного ставлення до здоров'я

ситуації. Це може бути пов'язано з відсутністю фізичної активності, людина малорухлива в обмеженому просторі та немає достатньої кількості зовнішніх подразників таких як: враження, спілкування, події. За результатами дослідження чим вищий рівень втоми, тим вищий рівень депресії та розладу сну.

Тривожність в умовах епідеміологічної ситуації розвивається ситуативно, виникає внаслідок дій та умов навколишнього середовища.

На психоемоційний стан також впливають такі фактори як: робота, локус контролю, ставлення до життєвих обставин, стосунки та атмосфера в сім'ї. Позитивний вплив на психоемоційні стани людини мають стосунки в сім'ї як спокійно-довірливі, можливість виконувати трудову діяльність (збереження робочого місця) та інтернальний локус контролю.

Коробка Л.М., Гусєв І.М., М'яленко В.В. та ін. визначили стратегії адаптації до нових суспільних викликів, серед яких: консервативні переживання, міркування, діяння; трансформаційні переживання, міркування та діяння [38]. Дані стратегії визначили консервативно-рутинні і проактивно-трансформаційні психологічні стратегії адаптації людини.

Консервативно-рутинні стратегії відзначаються відповідними переживаннями до яких належать самоконтроль, стабілізація емоційних процесів та концентрація на них, емоційне відреагування, втеча від зовнішнього світу, витіснення негативних переживань; а також поглибленість у власні думки, постійний пошук винних, самокритичність, звинувачення; конфронтація, уникнення, покірність, втеча, пошук підтримки.

Проактивно-трансформаційні стратегії відзначаються такими переживаннями як емоційне відреагування, адаптація, концентрація, активне подолання власних негативних емоційних станів, визначення емоційних пріоритетів; а також планування, вирішення проблем, позитивна оцінка, раціонально-емпатійне слухання, визначення діяльності у складних моментах життя; подолання проблем, накопичення та здійснення ресурсів, підвищення благополуччя.

Так, на колективному рівні людина частіше обирає консервативно-рутинні стратегії в своїх переживаннях, що відображається на психоемоційному стані.

На індивідуальному рівні людина проявляє проактивно-трансформаційні стратегії.

Тож, вибір певної стратегії поведінки в умовах епідеміологічної ситуації зумовлюється такими характерними особливостями: залученість у процес, ситуацію, глибина особистих емоційних переживань, сприймання світу, ставлення, рівень суб'єктивного благополуччя, розвиток рефлексії, наявна система цінностей та установок [62].

Підтримка психологічного благополуччя безперечно впливає на психоемоційний стан людини [53].

Як зазначалось вище, психологічне благополуччя розглядається з різних підходів по-різному.

N. Bradburn, A. Campbell, E. Diener розглядають психологічне благополуччя з позиції, що воно відображає суб'єктивне відчуття щастя, тобто співставлення позитивних та негативних афектів, і, власне, задоволення життям.

На думку К.Ріфф та А.Ватерман психологічне благополуччя витіснює сенс життя, розвитком потенціалу та самореалізації особистості.

За теорією самодетермінації проявляється у задоволенні базових психологічних потреб: саморегуляція, самоефективність та відчуття зв'язку з важливими об'єктами, як зазначає А.Бандура зі «значущими іншими» [70].

Емоційне благополуччя багатьма дослідниками розглядається в контексті феномену афективного розвитку особистості. На розвиток емоційного благополуччя впливає багато факторів таких як: розвиток в дитинстві, стиль сімейного виховання, ставлення до себе та оточуючих, до свого здоров'я як психічного так і фізіологічного, взаємодія з соціумом.

Можемо зробити висновок про те, що зовнішні події, зміни та фактори розвитку емоційного благополуччя впливають на психоемоційний стан людини, вони визначають вектор реакцій особистості, її ставлення до здоров'я.

Для визначення різних способів ставлення до невизначеності виникло поняття толерантного ставлення до невизначеності, яке Д. МакЛейн описує як

«спектр реакцій на стимул, які відтворюються окремо як незначні, складні, змінні чи даючі можливості декільком принципам різних інтерпретацій» [51].

В умовах невизначеності визначення детермінанта соціально-психологічної адаптивності людини є важливим для побудови системи дій, підтримки в ситуаціях життєвих змін, які порушують прийняті форми поведінки, реагування, емоційного реагування, викликає стрес та призводить до динамічних змін [65].

До інтегративних когнітивно-афективних детермінантів ставлення до невизначеності відносять світоглядну позицію та структуру особистості, її життєві принципи, цінності та установки [49].

Адаптація готовності людини є наслідком її соціалізації, через це людина чутливіша до змін навколишнього середовища.

А. А. Налчаджян досліджував адаптацію особистості, він вказує на те, що адаптивні механізми актуалізуються в певних ситуаціях, «закріплюються в структурі особистості, становлять структуру її характеру» [48].

Безліч досліджень вказує на те, що психіка людини не є результатом природнього розвитку, її формування відбувається завдяки соціальному досвіду, тож поведінка людини залежить від психіки.

Поведінка людини та її реакції в кризових ситуаціях обумовлені не лише об'єктивними характеристиками. Стратегія поведінки людини в непередбачуваних умовах обумовлена перш за все інтересами людини, його моральністю, знаннями, досвідом [19].

Адаптація - це готовність до майбутньої саморегуляції особистості.

Детермінанти адаптаційного процесу зосереджують свою увагу на властивостях особистості, передусім на суб'єктивних властивостях [20], готовності до ризику [7], утворення саморегуляції [10], ціннісно-сміслових образів [90] та Я-концепції, емоційного вигорання та оцінка складності ситуації та її емоційна саморегуляція [83] та інші детермінанти.

Толерантність до невизначення пов'язана з характером мотивації, психоемоційною регуляцією особистості, також виявлені закономірності співвідношення умов невизначеності з протилежними емоціями і психічними станами [88].

Тож, аналіз особистості як її соціально-психологічних характеристик, які формують адаптивну готовність до невизначеності характеризує її внутрішній світ, рівновагу, суб'єктивне ставлення.

Актуалізація адаптивної готовності пов'язана з різного роду ситуаціями та контролем цих ситуацій. Тож, готовності до змін та толерантності до невизначеності формує адаптаційну готовність [37].

Невизначеність в умовах епідеміологічної ситуації може порушувати систему «людина-середовище». Тому, наявність досвіду в адаптації створює гарні умови для готовності до змін і ставлення до невизначеної ситуації в умовах пандемії.

Слід зазначити, що невизначеність ситуації та обмеження в просторовому русі призводять до негативного впливу на психіку людини, кожен індивід не може існувати осоторонь, слугувати принципу самодостатності та не відтворювати соціальні зв'язки. Енергія обміну з середовищем необхідна людині. Ця енергія потрібна для того, щоб вступати у взаємовідносини з навколишнім середовищем, тим самим людина гарантує проуктивність свого існування. Під час ізоляції відбувається порушення обміну системи «людина-середовище», людину полишають звичного образу життя, але потреби не змінюються, вони актуалізуються за недостатку інших [4]. Потреби генеруються як на фізіологічних, так і на психологічних показниках. Потреби казуються на те, що потрібно людині та що не потрібно. А. Маслоу у свої теорії потреб, вистроїв потреби людини за певною ієрархією. На найнижчому ступіні знаходяться фізіологічні потреба. Тож, в першу чергу вони мають бути заодолвені, аби перейти на вищий ступіль потреб.

Відомо, що основлю свідомого вибору для людини слугує впорядкування ставлення до світу, себе та інших людей, все це утворює системи її цінностей та смислів. На думку В.П. Зінченко головним в подоланні невизначеності є смисл. [28]. Д.А. Леонт'єв вважає, що головним в подоланні невизначеності є орієнта-

ція поведінки в ситуації невизначеності з високим рівнем осмисленості дійсності [43], а також психоемоційною регуляцією та відповідним ставленням до майбутнього.

Особистісні цінності вибудовують ціннісно-смыслову структуру особистості, від якої залежать реакції, поведінка та ставлення як до свого здоров'я, здоров'я інших. Особистісні цінності будують фундамент регуляції життєдіяльності людини в непередбачуваних умовах суспільства. Теоретично, толерантність до невизначеності базується на відкритому досвіді, креативності, позитивній оцінці [95].

Ми, у свою чергу, можемо припустити, що ряд цінностей, які підкреслюють психоемоційну регуляцію людини, готовність до ризику та змін, до нових вражень також будують толерантність до змін, невизначеності, а позитивна оцінка та ставлення цим змінам дає можливість до реалізації цінностей. Так, якщо людина готова до невизначеності та змін, її психоемоційний стан в тому числі буде реалізовуватись за рахунок її особливостей розвитку, ціннісного ставлення, установок. А якщо вона не готова, її ціннісні орієнтації будуть суперечити дійсності, психоемоційний стан буде погіршуватись та спричиняти різного роду ризику власному здоров'ю.

Можемо припустити, що певні цінності, які підкреслюють незалежність, адаптивність, високий рівень саморегуляції, готовність до змін та нових вражень, може бути основою для високого рівня толерантності до невизначення.

Пандемія розглядається як непередбачувана ситуація, яка вказує на несприятливий вплив на психіку людини, це може призводити до тяжких психологічних наслідків, змін в психоемоційному фоні у зв'язку з нарощуванням страху загрози здоров'ю та страху за близьких [61].

Дослідження епідеміологічної ситуації показали, що основними переживаннями при дистресі є почуття вразливості, втрата контролю над ситуацією, погіршення самопочуття, емоційні хиткості, страх за здоров'я, ізоляція [96].

Аналізуючи наукову літературу зарубіжних та вітчизняних вчених, ми визначили, що основними психологічними якостями людини в умовах неперед-

чауваної ситуації є рівень нервового-психічної стійкості, відчуття значимості в соціумі та рівень моральної сфери людини. Ці якості входять в поняття «Особистісний адаптаційний потенціал».

На думку вітчизняного психіатра Ю.А. Александровського, у кожної людини наявні характерні особливості, які визначають інтервал зовнішнього впливу, з яким людина ладна справитись, адекватно реагувати та діяти ефективно. Якщо психоемоційний стан людини не витримує впливу зовнішніх ризиків, тоді відбувається зрив психічної адаптації. Дане явище він визначив як «бар'єр психічної адаптації» [3].

Психіатр вважає, що індивід не може справитись з кризовою ситуацією в стані адаптивних умов, які перевищують його організм та психіка.

Адаптаційний потенціал особистості є оціночним критерієм розитку її психіки, який дозволяє не лише сприяти можливостям адаптації до складаних життєвих обставин, а й пролонгованості ефективної діяльності в умовах, коли адаптація фактично неможлива.

Такої критерій як ступінь вираженості загрози життю в більшості екстримальних ситуаціях не залежить від людини, а обумовлен він тими несприятливими факторами, які є характеристиками діяльності, яку індивід виконує чи в якій несприятливій ситуації людина опинилась.

Також швидкість виникнення екстримальної ситуації є об'єктивним критерієм, який дозволяє оцінити ступінь витримки людиною психогенного впливу. Усі критичні ситуації виникають спонтанно або розвиваються поступо. Так, ступінь виникнення екстримальної ситуації також може впливати на психоемоційний стан людини.

Пандемія, яка виникає спонтанно або ж в короткий проміжок часу, сприяє підвищенню нервово-психічної напруги, а панічні реакції стають розповсюдженими серед багатьох верств населення кожної країни.

Також, в умовах пандемії, психогенним фактором є не тільки відчуття небезпеки, а й тривала самоізоляція та обмеження у просторовому русі людини. Примусова ізоляція впливає на психіку людини. Ще в 2015 році Д. Холт-Лунстад

встановила, що відсутність соціальних зв'язків впливає на ризики для здоров'я так само як і тривала споживання алкоголем. Також, вона зазначає, що самотність та самоізоляція шкідливіші в два рази для психічного та фізичного здоров'я людини ніж ожиріння [79].

Дослідження, проведене L.C. Hawkleу та J.P. Capitanіо в 2015 році, показало, що соціальна ізоляція підвищує ризики депресії, порушення сну, послаблення імунітету, порушення важливих функцій організму [84].

А в 2019 році американські науковці встановили на величезній вибірці, що соціальна ізоляція провокує ризики передчасної смерті. А також ізоляція впливає не лише на фізичне здоров'я людини, а й психологічне, також знижуються когнітивні показники [80].

Ю. В. Щербатих зазначає, що довготривалий вплив стресору на людину викликає тривожні розлади, втрачає віру в себе, а також у складних обтяжливих ситуаціях відчувати депресію [67].

Можемо зробити висновок про те, що психічна напруга неоднозначно впливає на психіку людини, вона може призвести до адаптаційних можливостей, а може впливати на діяльність, особливо в емоційно нестійких індивідів, проявляти деструктивний вплив, порушуючи багато психічних функцій. Недарма, на китайській мові поняття «криза» позначається двома ієрогліфами, а саме: небезпека та можливість подолання [6].

Поточна пандемія є ситуацією, яка має високу стресогенність та загрозу життю та здоров'ю, викликає страх у великої кількості людей. Невизначенність ситуації в значній мірі впливає на підвищення стресу.

Страх є одним з найважливіших людських емоцій, страх керує вчинками людей.

За Т. Гоббсом страх є невідомою частиною звичного стану індивіда. Він зазначає, що страх виконує дві ролі. Так, страх допомагає активізувати пізнавальну діяльність особистості, в якій він вираховує засоби та шляхи для свого життя, тож страх призводить до запуску когнітивних моделей особистості, але є інша сторона - «страх невидимих речей», який виникає в момент невизначенності, не-

безпеки. Гоббс для одного зі страхів виділив вид, який визначає страх перед невидимими силами в результаті істинних причин виникнення явища. [19]. Саме цей страх розповсюджений під час епідеміологічної ситуації, коли страх людини подвоюється через різні інформаційні канали, на які він спирається, через нестачу адаптивності та готовності до невідомого. Це все провокує дестабілізацію психоемоційного стану людини.

В будь-яких складних та непередбачуваних ситуаціях вирішальну роль займає психічний стан людини, який сприяє аналізу, усвідомленості, впевненості в будь-яких критичних ситуаціях. Людина постійно стикається з загрозою для життя, тому страх потребує підвищеної пильності та уваги, до його адаптаційних можливостей, потрібна повна мобілізація та актуалізація ресурсів, включеність важливих компонентів особистості для того, щоб вона могла функціонально забезпечити собі життєдіяльність. Але все залежить від суб'єктивного розвитку психіки людини та її досвіду. Тому, не всі можуть одразу визначити та обрати реакцію, поведінку для невизначених ситуацій. Це й провокує на глибинні проблеми людини. Людина починає тривожитись, впадати в депресію, її психоемоційний стан погіршується тощо.

Психологічна безпека забезпечує людині адекватні форми поведінки та реакції на непередбачувані умови в житті. Так, в будь-якій ситуації людина перебуває в спокійному стані, аналізує, шукає стратегії та застосовує лише здорові форми копінг-стратегій, а також вона здатна зберегти свою адекватну самооцінку, реалізувати бажані потенціали, енергію.

В моменту розвитку потреби в фізіологічній та психологічній безпеці під час пандемії актуалізується пошук соціальних можливостей, інститутів (в тому числі сім'ї), які б могли допомогти людині задовольнити ці потреби.

Загалом, психічні реакції на небезпеку універсальні за своєю природою [25]. Тому, можемо припустити, що нинішня епідеміологічна ситуація спричинює ті ж самі психологічні реакції як і під час будь-якої загрозової ситуації.

Обмеження свободи, соціальна дистанція, ізоляція призводять до утворення стресогенних факторів, які наносять травму на психіку людини та її організму.

Навіть короткочасна втрата свободи порушує психічну стійкість людини, а відсутність самостійного переривання цієї ситуації є психоемоційним стресором.

Екологічні психологи вважають, що простір та оточення грає вагомий роль в житті людини, вони є об'єктивними умовами розвитку людської діяльності [52].

В умовах ізоляції, коли відсутня можливість звичного спілкування з іншими людьми, на людину впливають психогенні фактори, які різко змінюють звичний спосіб життя людини, впливають на якість сенсорної інформації тощо. Все це, створюючи емоційну напругу, може призвести до різного ступеню психічних станів, а в деяких випадках навіть до неврозім та реактивних психозів [42].

Н.Ю. Хрящева вважає, що депривація як фактор, що надає вплив на людину в умовах ізоляції, може бути психологічними наслідками сенсорної та соціальної депривації [63].

Людина, яка перебуває в умовах сенсорної депривації, не отримує звичної соціально значимої інформації, не має можливості реалізовувати емоційно-чуттєві контакти з навколишнім світом. Так, особистість, яка перебуває в умовах вимушеної ізоляції, більшість реакцій відноситься до її емоційно-регулятивної сфери - занепокоєння, підвищена чутливість, тривога, смуток, байдужість тощо [64].

Результати, які надав Науковий центр психічного здоров'я, показали, що високий рівень потреби в психологічній допомозі пов'язаний з ризиками стресу, неможливістю справлятися з переживаннями та емоційною депривацією в умовах епідеміологічної ситуації [9].

Дослідження, яке проводилось в США психологом Стівеном Тейлором, визначило новий термін як «синдром COVID-стресу» (*COVID stress syndrome*). Синдром провокує страх про своє здоров'я та здоров'я близьких, а також переживання, пов'язані з соціальними та психологічними наслідками, провокується розвиток тривожних розладів. Великий вклад в тривожність вносить невизначеність. Невизначеність веде до негативного стану людини, песимістичного погляду і зниженого почуття захищеності.

Психологічна втома, психоемоційна напруженість, безсоння, депресія та страх утворюються в умовах епідеміологічної ситуації. Тривога в ситуації ізо-

ляції є звичним явищем, особливо коли загроза захворіти та саме захворювання несуть небезпеку життю та здоров'ю людини [33].

Також в умовах ізоляції виникає емоційна напруга в малих групах через постійний контакт. В таких умовах провокується агресивні акти зі сторони близьких, тим самим ще більше підривається психоемоційний стан людини.

Такий перебіг психічного стану людини завжди прослідковується в умовах невизначеності та ізоляції.

Дані психоемоційні стани виникають в момент різких смін в соціальному оточенні людини та в світі [34].

Аналізуючи вплив про негативні наслідки пандемії, може зазначити про тенденцію до широкого спектру психологічних розладів, стресу. Особливо часто зустрічаються скарги на знижений настрій, дратівливість [72].

Окрім впливу на фізичне здоров'я, яке провокується завдяки стресу, людина у відповідному психоемоційному стані ладна перевантажувати систему охорони здоров'я, що також призводить до негативних соціальних наслідків.

В умовах пандемії важливо актуалізувати ресурси на усіх рівнях розвитку, особливо на індивідуальному рівні, який забезпечує фізичне та психологічне здоров'я людини. Існує такий ресурс особистості як життєстійкість (англ. Hardiness), завдяки протистоянню стресу, ризикам, людина може розв'язувати проблеми, справлятися з психоемоційним станом, все це супроводжується зміцненням та підвищенням особистісного зростання.

За умов пандемії важливо активізувати усі ресурси не лише на суспільному, але й індивідуальному рівні задля збереження фізичного та психологічного здоров'я кожної людини. Одним із таких особистісних ресурсів ми вважаємо життєстійкість («Hardiness»). Така життєстійкість включає в себе якості психологічної опірності зовнішнім ситуаціям, стресовим впливам.

Вважається, що така життєстійкість здатна зменшувати збудження нервової системи на стресові фактори. Дослідники визначили, що за наявності життєстійкості у людей навіть знижується ризик захворювання серцево-судинної системи [74].

Дослідження С.Мадді показали, що життєстійкість не обумовлена природою та генетикою, а є набутою якістю, яку можна розвивати шляхом проходження спеціальних тренінгів, які формують адаптивні копінг-стратегії для полодання небажаних результатів невизначених ситуацій, стимуляції міжособистісних стосунків та ціннісного ставлення до здоров'я [85].

З моменту виникнення будь-якої непередбачуваної ситуації у людини починається так звана «психологічна боротьба» та підключаються процеси переживання.

На думку Ф.Е. Василюка переживання це: «боротьба проти неможливості жити, це в якомусь сенсі боротьба проти смерті всередині життя» [16].

Такі дослідники як П.К. Анохін, Л.С. Виготський, С.Л. Рубінштейн, В.К. Вілюнас, Ф.Е. Василюк, Б.И. Додонов, П.М. Якобсон розглядають переживання з точки зору складаного психологічного феномену, в яку помістились процес та зміст переживання.

Ф.Е. Василюк зазначає, що переживання непередбачуваної ситуації являє собою діяльність, яка направлена на врівноваження психічного смислу. Завдяки переживанням, людина ладна справлятися з критичними ситуаціями. Тож, завдяки переживанню людина може витримати складні обставини, страждання, вийти з кризової ситуації та встановити душевну рівновагу, тобто психологічно справлятися з ситуацією.

Аналіз психологічної літератури показав нам, що проблема емоційного переживання в епідеміологічній ситуації опрацьована психологами, є багато досліджень щодо толерантності до невизначеності, адаптивних механізмів та реакцій психіки в умовах кризових ситуацій.

На наш погляд, дослідження даної проблеми є надзвичайно важливою для комплексного розгляду феномен ціннісного ставлення до здоров'я, це дозволяє нам визначити перебіг емоційний переживань в період епідеміологічної ситуації, а також визначити як людина ставиться до свого здоров'я та здоров'я оточуючих людей в умовах пандемії, ісоціальної ізоляції.

1.3. Прокрастинація турботи про здоров'я як неадаптивна копінг-стратегія в умовах карантинних обмежень

Під час епідеміологічної ситуації спостерігається особливий феномен як прокрастинація турботи про здоров'я, яка є неадаптивною копінг-стратегією в умовах карантинних обмежень.

Прокрастинація – це психологічний феномен, який включає в себе поведінкові, емоційні та когнітивні компоненти та тісно пов'язані з мотивацією особистості. Психологічний феномен помітний в поведінці: в затримці діяльності, відкладанні прийняття рішень. До прокрастинації також відносять страх ризикувати. Основні сфери, де проявляється даний феномен, є професійна діяльність, піклування про здоров'я тощо.

Термін «прокрастинація» почав застосовувати П.Рінгенбаз в книзі «Прокрастинація в житті людини». Після виходу його роботи, починається окремий напрямок в дослідженні прокрастинації як особливого феномену психіки людини.

Дослідження прокрастинації як психологічного феномену збільшились, так це пов'язано з розповсюдженістю даного явища у широких верствах населення в багатьох країнах.

К. Лей розширила поняття прокрастинації, характеризуючого його як «добровільне, ірраціональне відкладання намічених дій, незважаючи на негативні наслідки цього для людини [82].

П.Стілл розглядає даний феномен в контексті стратегій відкладання справ, які викликають негативні емоції у людини [91].

Природа прокрастинація досліджується в теоріях психодинамічної школи, а також когнітивно-поведінкової та інтегративної теорії тимчасової мотивації (англ. temporal motivation theory).

На думку американських дослідників, психодинамічні дослідження одні з перших пояснили значимість та природу давнього феномену. Дослідження в напрямку когнітивно-поведінкової школи направлені на отриманні інформації

щодо феномену та загальне визначення прокрастинації. На основі цих теорій, Стіл та Коніг розробили інтегративну теорію тимчасової мотивації

За психодинамічним підходом пояснення тенденції до постійного відкладання спра може бути пов'язана з механізмами психологічного захисту, в частині уникнення. Згідно теорії, людина уникає будь-чого, оскільки це надає загрозу для її Его. В традиційному психоаналізі люди, яким властива прокрастинація, орієнтовані на теперішнє, мають труднощі з прогнозуванням планів на майбутнє.

В умовах епідеміологічної ситуації прокрастинація турботи про здоров'я може бути викликана з труднощами прогнозування, оскільки людина перебуває у теперішньому загрозовому стані, який вона не може контролювати та прогнозувати.

Біхевіористи вбачають, що рівень прокрастинація підвищується за рахунок набутих стратегій поведінки. Також проводились дослідження щодо уникнення впливу несприятливих чинників та стимулів. Уникнення відбувається тоді, коли людина виконуючи якусь діяльність, зупиняється і припиняє її роботи [76]. З часом, починає формуватись відвпоідно стратегія. Це закріплюється в умовах науачіння і затримується щодо будь-якого об'єкта чи дії.

В умовах епідеміологічної ситуації за даним підходом можна пояснити наступне. Людина, яка в звичних умовах виконує певні стратегії поведінки щодо будь-якого стимулу, оперуючи заданими механізмами, в умовах невизначеності починає давати збій у свої поведінці. Людина може постійно піклуватись про своє здоров'я, але в критичних умовах, коли повинні мобілізуватись ресурси, сили та енергія і бути направлені на інший спосіб реагування та поведінки, вона починає прокрастинувати по відношенню до здоров'я.

В рамках когнітивного підходу було запропоновано три явища, які лежать в основі феномену прокрастинації. Це ірраціональні переконання, занижена самооцінка і нездатність самостійно приймати рішення - усі вони взаємопов'язані один з одним і можуть нести вплив на один одного.

Дослідники Елліс та Кнаус ще в кінці ХХ століття назвали прокрастинацію емоційним розладом, який лежить в основі ірраціональних переконань [75].

Ірраціональні установки призводять до того, що людина віддтягує час на виконання будь-якої дії, страх допуску помилки. Ці переконання ірраціональні, оскільки неможливо уникнути будь-чого будь-де, особливо в невизначених умовах, скрізь можна допустити помилку.

Тут переключається механізм уникання з психодинамічного підходу, але у когнітивному підході не фокусується увага на тривозі.

Також не менш важливим аспектом виступає знищена самооцінка. Дослідники встановили, що прокрастинація виступає стратегією захисту від низької самооцінки. Часте відкладання є способом захисту вразливих почуттів людей з прокрастинацією [73].

Можемо зробити виносков про те, що прокрастинація виступає неефективною копінг-стратегією у випадках зі складними життєвими обставинами та песимістичними установками. Людина починає сумніватись в тому, що вона отримає те, що їй потрібно, якщо вона буде робити ті чи інші дії.

Так, в умовах пандемії ніхто не може бути певен в своїх діях та діях інших, люди сумніваються в медицині, охороні здоров'я тощо. Від цього вони застосовують неефективну копінг-стратегію як прокрастинацію, оскільки не можуть справитись в невизначених умовах в контексті ставлення до здоров'я. Особистість в таких умовах вступає у внутрішній конфлікт, в якому вона не здатна приймати рішення, дана стратегія не є ефективною та призводить до загрозливих наслідків у турботі про здоров'я.

За теорією тимчасової мотивація турботи про здоров'я можна пояснити наступним чином. Людина прагне до прокрастинації тоді, коли вона, виконуючи якусь діяльність не отримує користі.

Тож, піклуючись про своє здоров'я людина робить все, щоб отримати від цього користь, але в умовах карантинних обмежень вона не може робити це сповна і починає застосовувати неефективну копінг-стратегію – прокрастинацію, аби як впоратись зі своїм становищем у світі.

Н. Мілграм досліджував прокрастинацію і виявив види даного феномену: побутова, прокрастинація прийняття рішень, невротична та компульсивна, акаде-

мічна прокрастинація. Він виокремив: відкладання виконання завдань і відкладання прийняття рішень.

Так, ми можемо дослідити за допомогою рівня невротизації як прокрастинація впливає на ціннісне ставлення до здоров'я.

Прокрастинація може викликати тривалий стрес, почуття провини, зниження продуктивності. Чим більша тенденція прояву перерозподіл почуттів та сил, тим вища прокрастинація. А хронічна прокрастинація може бути викликана психологічним захворюванням.

Прокрастинація призводить до негативних соціальних та особистісних наслідків, які створюють умови для розвитку психологічних проблем людини.

Дане явище є вираженням емоційної реакції на планування діяльності. В залежності від характеру даних емоцій, прокрастинація буває як розслаблена, коли людина витрачає ресурс, енергію на час на більш приємну діяльність та напружену, яка виникає в наслідок перенавантаження, пов'язана з невдоволеністю власними досягненням, життєвою метою, невпевненістю в собі. Відповідно, турбота про здоров'я також є важливим аспектом в емоційному реагуванні.

Ряд дослідників описує феномен прокрастинації як неадаптивні, песимістичні або оптимістичні, активні чи пасивні механізми [77].

Все ж, традиційне визначення прокрастинації пов'язано з негативними аспектами, а саме: неадаптивність, песимізм та дисфункціональність, але позитивні аспекти не є виключенням.

Таким чином, аналіз наукових джерел показав, що прокрастинація у людини проявляється у якості індикатора течії процесів самовизначення, які визначають його самоефективність, а в наслідок цього і задоволення життям.

Самовизначення виступає свідомою активністю людиною по відношенню до життєвих обставин, а також відстоювання власної позиції [32].

Самовизначення допомагає регувати на різні виклики суспільства та оточення. Основними напрямленням самовизначення є соціальне, особистісне, професійне оточення.

Аналізуючи зарубіжних авторів, ми встановили спільність феномену прокрастинації, який має три основних компоненти: поведінковий, афективний та когнітивний.

Поведінковий компонент визначається в контексті навчінні. Часто, даний феномен розглядається як спосіб уникнення відповідальності або тривоги, пов'язаної з певним подразником, або з напругою.

Люди, в яких є прокрастинація, складно сприймають адекватність оцінки часу. А також таким людям властивий страх невдачі, невротизм, імпульсивність.

Прокрастинатори розподіляють наведені аспекти вище в усіх сферах своєї життєдіяльності. Такі установки призводять до ірраціоналізу, що спричинює ряд збудження емоційного фону, такі люди можуть бути емоційно перевантаженими та тривожними, а також мати занижену самооцінку та високий рівень самокритичності [73].

Як відомо за даними епідеміологів, під час пандемії змінились ризики, які загрожують здоров'ю.

Дослідження, які вивчають ставлення до здоров'я визначили протиріччя між реальною поведінкою та усвідомлення значимості здоров'я [8]. Навіть якщо людина розуміє цінність здоров'я, це далеко не означає, що людина буде ціннісно ставитись до здоров'я [26].

Протиречивість новітньої інформації, всезагального доступу щодо профілактики здоров'я та протилежної поведінкою людини щодо питань власного здоров'я, можливих способі подолання предикторів здоров'я може слугувати феномен прокрастинації [91].

На думку Касаткіна В.Н. останні дослідження в сфері психології здоров'я роблять великий акцент на збереження та зміцнення здоров'я та зупинкою неупередженого ставлення до нього [31].

В рамках психології здоров'я був виокремлений особистісний підхід, що призвів до створення нової термінології та методичних підходів.

На ряду з теорією ставлення В.Н. Мясіщева виникає термін «ставлення до здоров'я». В теоретичній частині ми визначили, що ставлення до здоров'я є си-

стема вибіркових зв'язків людини з різними проявам навколишнього середовища, які або загрожують здоров'ю або допомагають зміцненню, а також є оцінкою людини щодо власного фізичного та психічного стану [8].

Так, в особистісному підході якість оцінки до здоров'я залежить не від самого здоров'я та в меншій мірі від навколишнього середовища, а від самого ставлення людини до нього [44].

На думку Г.С. Фрідмана взаємозв'язок особистості та здоров'я ділиться у двох напрямках [78]: перший напрям досліджує психофізіологічний рівень, в тому числі як впливає стрес на людину та її організм, на зміну імунної системи.

С.К. Сегерстр вважає, що пережитий стрес може бути наслідком особливостей особистості попадати у відповідні ситуації, які викликає стрес [89].

Другий напрям досліджує поведінку людини в сфері охорони здоров'я та взаємодії з навколишнім середовищем. Корнієнко Д.С., Козлов А.И., Вершубська Г.Г., Отавіна М.Л., Негашева М. Дослідили, що рівень суб'єктивного контролю може впливати на прояв поведінки, направленої на збереження здоров'я. Особистісна диспозиція «пошук відчуттів» призводить до різних шкідливих звичок та заняття спортом [36].

На основі цього аналізу, ми можемо припускати, що прокрастинація турботи про здоров'я є посередником між особистісними рисами людини та поведінкою, направленою на збереження здоров'я. У одному американському дослідженні вона пов'язана з такими рисами людини як нейротизм, екстравертованість та добросовісність [92].

Тим паче, прокрастинація безумовно впливає на поведінку людини, оскільки прокрастинація проявляється в діяльності, або її відсутності, так званим свідомим відкладанням дій на пізній строк [14].

На підтвердження науковим дослідженням в сфері охорони здоров'я, можемо стверджувати, що поведінка, яка пов'язана з підтримкою турботи про здоров'я, може залежати від особистісних характеристик людини та її ставлення до свого здоров'я.

Число захворювань, яке постійно зростає є причиною відсутності своєчасного прийняття правильних рішень по відношенню до здоров'я, що вказує на те, що людина в наш час надає перевагу відкладанню профілактичних дій, вчасного звернення до лікарів та критичного мислення, яке може допомогти при вирішенні проблем стосовно здоров'я. Такий механізм відкладання турботи про здоров'я в рамках дослідження прокрастинації і є її причиною та так званими способом подолання.

Тож, прокрастинація виступає посередником, яка з одного боку пов'язана з рисами людини, а з іншого впливає на поведінку, яка пов'язана з підтримкою турботи про здоров'я.

Так, ми маємо визначити роль прокрастинації як посередника в сфері «людина-здоров'я», де зовнішніми змінними є риси особистості, а внутрішніми змінними виступають параметри ставлення до здоров'я у співвідношенні з прокрастинацією.

Наряду з прокрастинацією стоїть мотивація як складний психологічний феномен. Часто, мотивацію описують як причинни психологічного характеру, які пояснюють поведінку людини, її направленість.

Мотивація також відіграє важливу роль у турботі про здоров'я. Вона пов'язана з мотивацією людини за власне життя, спосіб життя, моральні установки - успішність цього задається інтернальністю [29].

Під інтернальністю мається на увазі схильність людини вбачати в причинах того, що відбувається в житті себе, як відповідального за власні вчинки, власні здібності, риси характеру.

В психологічній науці виокремлюється ціннісний підхід до інтернальності, науковці вважають, що саме вона виступає фактором зрілості та успішності людини в різних життєвих обставинах [46].

Загалом, існує дві тенденції типу локалізації контролю: екстернальний та інтернальний. Якщо інтернальний тип визначає схильність людини вбачати в причинах того, що відбувається в житті себе, то екстернальний тип - пояснює

причини того, що відбувається з зовнішніми факторами впливу. Ці типи локалізації контролю поєднали в собі поняття локусу контролю.

Оскільки формування ставлення до здоров'я складний процес, тривало-динамічний, він обумовлений двома факторами: зовнішніми та внутрішніми.

Зовнішня група факторів визначається характеристиками навколишнього середовища, особливості мікро та макросередовища та професійного середовища людини.

Внутрішня група факторів визначається індивідуально-психологічними та особистісними характеристиками людини та стан її здоров'я [21].

Ставлення людини до здоров'я, яке виникло в певний момент часу та обставин, не залишається постійним, воно динамічно змінюється, розвивається під впливом життєвого досвіду. Але разом з тим зміна неблагоприємних аспектів ставлення досить хворобливий процес, який йде рука об руку з внутрішніми конфліктами та негативними емоційними переживаннями.

Здоров'я виступає однією з найважливіших систем цінностей людини. В умови глобальних змін медичинської сфери та парадигми, система ставлень до здоров'я розглядається як широка концепція, яка включає в себе поняття «здоров'я» та «хвороба». Ці поняття є взаємоповязаними, а не взаємовиключними, тобто поєднують в собі систему ставлення до здоров'я [41]. Про це також говорив Мясіщев у своїй теорії ставлень.

Розуміючи головні аспекти ставлення, дані поняття набувають особливого значення у формуванні правильного та розумного ставлення до здоров'я ще на ранніх етапах розвитку людини, чим раніше людина почне ціннісно ставитись до здоров'я, тим міцніше будуть її уявлення та установки щодо здоров'я. Даний процес слід починати ще з дитинства в умовах сімейного виховання та навчання охорони здоров'я у школі [41].

Інтерес до вивчення проблеми здоров'я у кінці ХХ століття почався з моменту, коли в структуру ризику захворюваності та смертності вийшли хвороби, які обумовлюються зовнішніми та внутрішніми чинниками поведінки людей [55].

Тож, підкреслюючи вище описане, ставлення до здоров'я відображається у досвіді людини, а також впливає на систему її поглядів та поведінку, тому дослідження чинника локус контролю може відігравати значну роль у дослідженні ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я в умовах епідеміологічної ситуації.

Тож, ми можемо припускати, що в залежності від типу локалізації контролю, людина відповідно ставиться до здоров'я. Аналіз теоретичної літератури показав, що люди з інтернальним локусом контролю схильні ціннісно ставитись до свого здоров'я, турбуватись про нього, визначати вектори відносно себе.

Психологічний феномен прокрастинації неодмінно визначається у турботі про здоров'я в умовах карантинних обмежень.

Теоретична цінність роботи полягає в інтегративній, синтетичній концепції захисного механізму – прокрастинації турботи про здоров'я; можемо говорити, про те, що виокремлення такого феномену та розгляд його як дискретного явища дає можливість зробити його самостійним дослідницьким предметом, та в по-

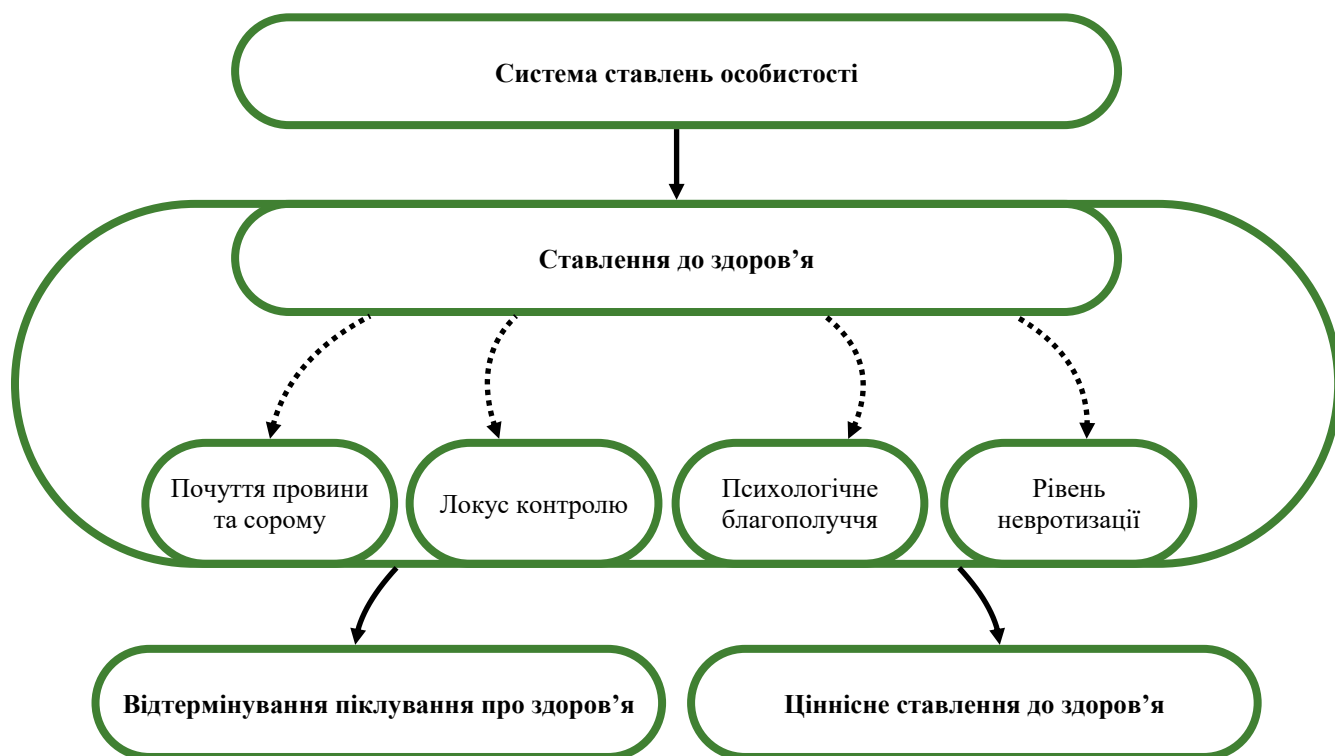


Рис.1.3. Теоретична модель механізму відтермінування піклування про здоров'я особистістю в контексті його переживання цінності здоров'я

дальшому підвищити якість психологічних практик, спрямованих на формування установок і цінностей, пов'язаних зі здоров'ям і адекватних сучасним вимогам копінг-стратегій.

На основі теоретичного аналізу ми сформуваємо теоретичну модель механізму відтермінування піклування про здоров'я особистістю в контексті його переживання цінності здоров'я, яка виглядає наступним чином (див. Рис. 1.3).

У кожної людини існує система ставлень, яка визначає ставлення до здоров'я. Трансформація ціннісного ставлення до здоров'я в умовах карантинних обмежень за теоретичною моделлю визначається за допомогою чотирьох факторів: локус-контролю, психологічного благополуччя, рівня невротизації та почуття провини та сорому. Ці фактори і визначають ставлення до здоров'я: воно визначається у відтермінуванні піклування про здоров'я або у ціннісному ставленні до здоров'я.

Висновок до першого розділу

Психологічне ставлення є однією з форм відображення людиною навколишньої дійсності. Формування взаємовідносин особистості в структурі життя, утворюється на свідомому рівні, в результаті відображення соціальних відносин суспільства в умовах її макро- і мікросоціуму та буття.

Система ставлень особистості має структуру і ділиться на три основні компоненти: емоційний компонент - сприяє формуванню емоційного ставлення особистості до об'єкту дійсності, до себе та інших людей; когнітивний або оціночний компонент - сприяє пізнавальному сприйняттю та оцінці, усвідомленню, розумінню об'єктів дійсності; поведінковий компонент - сприяє здійсненню вибору стратегій поведінки стосовно значущих для людини об'єктів дійсності та самої себе.

Ставлення до здоров'я виступає системою індивідуальних, вибіркового зв'язків особистості з різноманітними явищами навколишньої дійсності, яка доз-

воляє оцінити загрози, переваги, а також власну оцінку свого фізичного та психічного здоров'я.

Ціннісне ставлення направлене на суспільну цінність і тоді, коли суб'єкт на даний об'єкт дає позитивну оцінку. Критеріями оцінювання у ставленні людини до здоров'я є: чесність як чинник моралі, впевненість у собі, незалежність, почуття гумору, толерантне ставлення, емоційна стійкість, зрілість почуттів, самовладання, опанування негативних емоцій, здатність до позитивних емоцій, оптимізму. Структурними компонентами ціннісного ставлення до здоров'я виступають когнітивний, емоційно-оціночний та поведінково-діяльнісний компоненти.

Наскільки людина адаптована до непередбачуваних суспільних викликів, настільки вона може забезпечити активну діяльність процесів емоційної регуляції. Адаптація виявляється в усвідомленні змін, власного стану та суспільства загалом; зміні оцінювальних конструктів, установок; актуалізації емоційних патернів, що проявляються у взаєминах з іншими людьми.

Вибір певної стратегії поведінки в умовах епідеміологічної ситуації зумовлюється такими характерними особливостями: залученість у процес, ситуацію, глибина особистих емоційних переживань, рівень невротизації, сприймання світу, система ставлень, рівень суб'єктивного благополуччя, розвиток рефлексії, наявна система цінностей та установок.

Важливим конструктом цінності здоров'я є психологічне благополуччя. Психологічне благополуччя визначається як ставлення та оцінка людиною свого психічного стану.

Психоемоційний стан особистості в умовах епідеміологічної ситуації залежить від індивідуальних особливостей, значущих зовнішніх обставин та від обраної стратегії в невизначених умовах дійсності.

На розвиток емоційного благополуччя впливає багато факторів таких як: розвиток в дитинстві, стиль сімейного виховання, ставлення до себе та оточуючих, до свого здоров'я як психічного так і фізіологічного, взаємодія з соціумом.

Зовнішні події, фактори розвитку емоційного благополуччя впливають на психоемоційний стан людини, вони визначають вектор реакцій особистості, її

ставлення до здоров'я. Психологічна втома, психоемоційна напруженість, безсоння, депресія та страх утворюються в умовах епідеміологічної ситуації.

В умовах невизначеної ситуації, під час пандемії особистість обирає звичну їй копінг-стратегію. Вона керується звичними для неї системами ставлень і обирає толерантне ставлення до невизначеності чи відтермінувати піклування про здоров'я.

Толерантність до невизначення та адаптивні механізми пов'язані з характером мотивації, психоемоційною регуляцією особистості, також виявлені закономірності співвідношення умов невизначеності з протилежними емоціями і психічними станами.

Протиречивість новітньої інформації, всезагального доступу щодо профілактики, охорони здоров'я та поведінки людини щодо питань власного здоров'я, можливих способі подолання предикторів здоров'я може слугувати феномен прокрастинації.

Роль прокрастинації як посередника в сфері «людина-здоров'я», де зовнішніми змінними є риси особистості, а внутрішніми змінними виступають параметри ставлення до здоров'я у співвідношенні з прокрастинацією, особистість в таких умовах вступає у внутрішній конфлікт, в якому вона не здатна приймати рішення, дана стратегія не є ефективною та призводить до загрозливих наслідків у турботі про здоров'я.

Тож, психологічний феномен прокрастинації неодмінно визначається у турботі про здоров'я в умовах карантинних обмежень. Виокремлення такого феномену та розгляд його як дискретного явища дає можливість зробити його самостійним дослідницьким предметом, та в подальшому підвищити якість психологічних практик, спрямованих на формування установок і цінностей, пов'язаних зі здоров'ям і адекватних сучасним вимогам копінг-стратегій.

На основі теоретичного аналізу ми сформуваємо теоретичну модель механізму відтермінування піклування про здоров'я особистістю в контексті його переживання цінності здоров'я, яке залежить від чотирьох факторів: локус-

контролю, психологічного благополуччя, рівня невротизації та почуття провини та сорому.

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Планування та організація емпіричного дослідження

Вибірка для даного дослідження формувалась на основі критерію віку респондентів, нам необхідно було отримати результати, які були б репрезентативні для нашої країни. Загальна кількість респондентів, що брала участь у дослідженні становить 132 особи. Середній вік за групою становить 27 років. Розподіл за статеву ознакою відповідає 68,2% – жінок до 31,8% – чоловіків.

Таким чином нами було постановлено дослідити поставленні питання для наступних вікових груп:

- До 20 років
- 21– 40 років
- 41 – 60 років

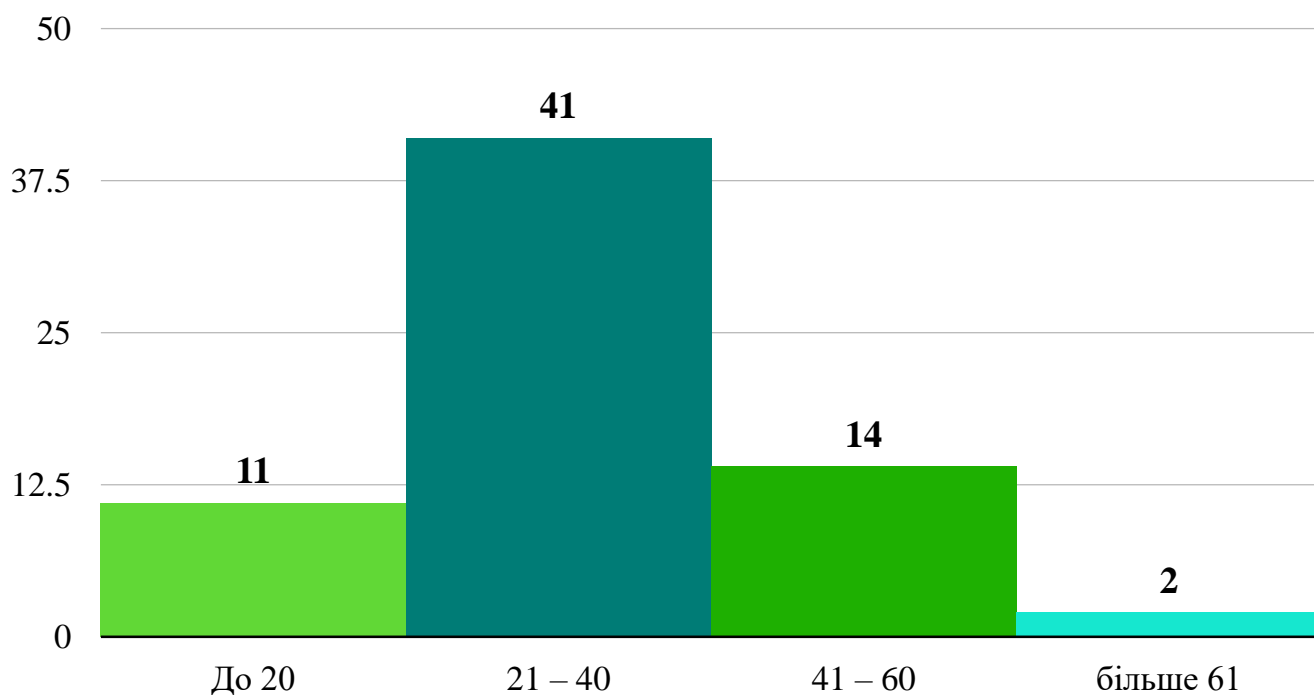


Рисунок 2.1 Розподіл респондентів за віком

- 61 рік та старше

Таким чином ми отримали наступний розподіл, який продемонстрували у вигляді діаграми на рисунку 2.1. За ним ми можемо побачити що всі вікові групи, окрім останньої, «61 рік та старше» є репрезентативними. Оскільки остання вікова категоріє не є достатньо репрезентативною, адже складається лише з 2 респондентів, було прийнято рішення виключити її з подальшого аналізу.

Також був проведений попередній аналіз і виявлені форми, в яких респонденти не надали відповіді на всі запитання, або завершили опитування достроково. Таким чином було відсіяно ще 5 респондентів з загальної вибірки.

Окремо варто зазначити, що ми внесли до основого переліку методик в нашому дослідженні ще загальні загальні запитання, які дають змогу нам побачити міжгрупові особливості перебігу переживання трансформації ставлення до власного здоров'я в наших респондентів. Також ці питання дали змогу проаналізувати особливості перебігу тих чи інших процесів і власне визначити мож-

ливе джерело впливу на них. Так до опитувальника, який надсилався респондентам, були внесені наступні запитання та варіанти відповідей на них:

- Чим ти займаєшся? (Навчаюся / Працюю / Безробітний / Втратив роботу через коронавірус / На пенсії / Свій варіант)
- Чи хворів ти на коронавірус? (Не хворів / Хворію зараз / Хворів та одужав / Хворів декілька разів та одужав)
- Чи маєш ти певні скарги на власне психологічне здоров'я? (Ні / Так / Свій варіант)
- Чи маєш ти певні скарги на власне фізичне здоров'я? (Ні / Так / Свій варіант)
- Чи маєш ти хронічні захворювання? (Так / Ні / Свій варіант)
- Чи перебуваєш ти на обліку в лікаря? (Так / Ні / Свій варіант)
- Який в тебе настрій на момент проходження опитувальника?

Перейдемо до структури та технічних особливостей проведення нашого дослідження. Дане дослідження пройшло наступні етапи:

1. Аналіз теоретичного матеріалу, досліджень присвячених темі здоров'я, ставлення до здоров'я.
2. Дослідження феноменту прокрастинації та більш конкретного його прояву у вигляді прокрастинації здоров'я, її структуру та особливості.
3. Встановлення методів та підбір методик для сформованої моделі дослідження.
4. Проведення емпіричного дослідження.
5. Розроблення психологічного тренінгу спрямованого на зниження рівня прокрастинації здоров'я та підвищення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я.

Відповідно до сформованих критеріїв на основі концептуальної моделі досліджень, були розроблені наступні етапи емпіричного дослідження:

1. Підбір вибірки, яка відповідає вимогам нашого дослідження.

2. Розробка форми-опитувальника на платформі [1ka](#). Яка складається з обраних методик з додатковими загальними уточнюючими запитаннями, та розписана структура, час і можливість зворотнього зв'язку.

3. Проведення власне дослідження.

4. Обробка результатів за допомогою аналітичного інструментарію програми SPSS Statistics.

5. Аналіз отриманих результатів та формування загальних висновків дослідження.

Як вже зазначалось раніше в нашому дослідженні були застосовані методи теоритчного пізнання, до яких можна віднести:

- Метод теоретичного аналізу та синтезу
- Метод узагальнення
- Метод теоретичного моделювання

А також емпіричні методи, до яких и відносимо 6 методик:

1. Анкета «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (за методикою В.П. Войтенко)
2. Методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвіна
3. Методика «Локус контролю» Дж. Роттера
4. Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріффа
5. Методика «Діагностика рівня невротизації» Л. І. Вассермана
6. Методика «Вимірювання почуття провини та сорому. TOSCA-3»

Дж.П. Тангней

Також методи математичної статистичної обробки. В подальшому більш детально ми опишемо результати їх застосування, а зараз наведемо всі використані критерії для визначення структурни проведеного нами аналізу результатів дослідження:

1. Методи дескриптивної статистики
2. Аналіз нормальности розподілу за критерієм Шапіро-Вілкі
3. Перевірка однорідности дисперсій за критерієм Лівіна

4. Перевірка рівності середніх значень двох вибірок за t-критерієм Ст'юдента
5. Дисперсійний однофакторний аналіз за критерієм Фішера
6. Кореляційний аналіз за критерієм Пірсона
7. Регресійний аналіз

2.2. Обґрунтування методологічного інструментарію

В подальшому ми детально аргументуємо вибір кожної конкретної методики для нашого дослідження. Наразі ж лише в загальних рисах окреслемо всі основні переваги та недоліки з якими нам довелось стикнутись на етапі вибору методичного матеріалу.

Почнемо з головної проблеми сучасних досліджень це час, об'єм та контроль перебігу опитування. Так в теперішніх умовах карантинних обмежень не представляється можливим проведення очного опитування великої кількості респондентів, через що виникає одразу декілька інших проблем, таких як:

Неможливість контролю перебігу проходження дослідження респондентів. Зрозуміло, що для якісного дослідження необхідна концентрація уваги респондента на проходженні опитування, також важливим фактором є навколишні умови, в яких власне респондент проходить опитування. В сучасних реаліях дослідник позбавлений можливості створювати та контролювати умови перебігу опитування, тому виникають ситуації коли досліджувані проходять опитувальники в громадських місцях, транспорті, під час роботи або онлайн-конференцій тощо. Тим самим привносячі довколишнє середовище, як фактор негативно впливу, який необхідно враховувати при аналізі результатів.

Іншою проблемою є час дослідження. Неможливість створення зручних, комфортних умов, зниження зовнішніх подразників та роботи з зручними платформами для проведення діагностики призвдять до того, що час на проходження кожної методики з діагностичної батареї збільшується на 15 25%.

Останнім з загальних нюансів є закономірність, яку ми помітили на основі досліджень проведених нами протягом періоду пандемії коронавірусу. Вона полягає в тому, що чим більший об'єм діагностичної батареї методик тим менша кількість респондентів пройде опитувальник повністю.

Для більш нагального підтвердження вищезазначених недоліків онлайн-діагностики є те, що в нашому конкретному випадку опитувальник пройшло 129 осіб, але загальна кількість респондентів, що перейшла за посиланням та почала проходити опитування становить 364 особи. Таким чином за різних умов та причин були втрачені 235 відповідей, що становить 64,5% потенційного дослідження. Відповідно репрезентативність вибірки, через банальні обмеження теперешніх умов життя, скоротилась втричі.

Переходячи безпосередньо до діагностичної батареї зазначимо першу проблему яка постала для нас. Для оцінки рівня інтенсивності ставлення до власного здоров'я в респондентів, які брали участь в нашому дослідженні, була б не достатньою лише оцінка їх безпосереднього ставлення до здоров'я. В першу чергу необхідним було розуміння поточного стану їх здоров'я. І на цьому етапі ми стикаємось з проблемою, що на рівні нашого дослідження ми не маємо змогу отримати інформацію з медичних установ та від сімейних лікарів стосовно загального стану здоров'я респондентів, тому було прийняте рішення вводити змінну, яка б репрезентувала суб'єктивну оцінку власного стану здоров'я респондентом. Таким чином з наявних варіантів була обрана анкета «Суб'єктивна оцінка здоров'я» яка розроблена на основі методики В.П. Войтенко. Така анкета на виході дає узагальнений показник рівня здоров'я зазначеного респондентами, її узагальненість з одного боку є недостатньо інформативною для глибокого аналізу результатів, але з іншого боку вона є більш ефективною з точки зору об'єму та витраченого часу на її проходження.

Для оцінки інтенсивності ставлення до власного здоров'я особистості була підібрана методика «Індекс ставлення до здоров'я» розроблена С. Дерябо та В. Ясвіним. Також розглядався варіант використання методики «Ставлення до здоров'я» автором якої є Р. А. Березовська. Проте порівнявши зміст методики було

встановлено, що нашій меті дослідження більше відповідають шкали виділені в методиці «Індекс ставлення до здоров'я», до того ж в методиці «Ставлення до здоров'я» наявні блоки, до яких належать відкриті запитання. Оскільки наша задача полягає не в дослідженні власне ставлення до здоров'я, а його зв'язку з іншими факторами то й відсутня потреба в якісному дослідженні особливостей даного феномену, а актуальним є його кількісні показники.

Ці дві методики спрямовані на дослідження блоку який ми умовно охарактеризували як поточний стан системи здоров'я людини. Наступні чотири методики спрямовані на інший блок нашого дослідження, вони визначають певні індивідуальні особливості властиві нашим респондентам. Вибір саме цих чотирьох методик базується на двох факторах, більш конкретний – описаний для кожної методики в подальшому, більш загальний полягає в зручності їх використання та відповідності до умов дослідження та задач які ми визначили.

Так, для дослідження ставлення людини до власного здоров'я та турботи про здоров'я важливим постає розуміння на що саме спирається у власному житті. Чи вважає вона події та результати з досягненнями в житті наслідками власних дій, або покладається на долю та знімає із себе відповідальність. Питання наявності зв'язку цих двох факторів зацікавило нас, саме тому було прийняте рішення використовувати для діагностики направлення локуса контролю методику «Локус контролю» Дж. Роттера. Оскільки вона є однією з найвживаніших на даний час та власне розроником теорії локусу контролю є автор даної методики Джуліан Роттер.

Наступна методика, обрана нами для дослідження індивідуальних особливостей респондентів, була «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріффа. За даною методикою виділяються шість шкал, про їх взаємозв'язок із станом здоров'я та ставлення до власного здоров'я ми вже зазначали у першому розділі нашої роботи. Залишається необхідним лише виділити зручність застосування і репрезентативність результатів даної методики в нашій моделі дослідження.

Раніше ми вже зазначала, що прокрастинація здоров'я, викликана ситуацією пандемії може призводити до певної кількості негативних факторів, проте

оскільки дослідження кожного з цих феноменів є достатньо масивним за об'ємом та часом, ми визначили два пріоритетні фактори, це невротизація та почуття провини та сорому. Оскільки для українського менталітету питання почуття провини постає актуальним в різних галузях наукових досліджень від політично-історичних до соціальних культурних, та враховуючи загострення його стану на період початку та перебігу пандемії коронавірусу, дане питання є актуальним й для психологічного дослідження проявів почуття провини в зв'язку із ставленням до власного здоров'я. [24] А в свою чергу рівень невротизації напряму пов'язаний із рівнем здоров'я і в першу чергу пов'язаний із його виначним для нас фактором: психологічним благопомуччям [35]. Такий тісний зв'язок даних двох феноменів які присутні безпосередньо в нашому дослідженні дає змогу отримати більш репрезентативну інформацію стосовно аспекту переживання змін у ставленні до здоров'я у відповідних теперішніх умовах. Саме тому для дослідження рівня невротизації особистості було прийняте рішення застосувати експрес-методику «Діагностика рівня невротизації» Л. І. Вассермана. Вона складається з переліку тверджень, легка в застосуванні та інтерпретації, що спрощує збір даних та надання зворотнього зв'язку респондентам.

Щодо питання почуття провини був проведений аналіз наявного психологічного інструментарію присвяченого цій темі. Нами були розглянуті декілька методик серед яких пріоритет отримали методики «Вимірювання почуття провини та сорому TOSCA-3» Дж.П. Тангней та «Опитувальник міжособистісної провини. IGQ» Л.Е. О'Коннор в адаптації Є.В. Белинської. З цих двох методик було прийняте рішення застосувати саме методику «TOSCA-3» адже її параметри та теоретичне підґрунтя для показників відповідали нашій моделі дослідження більш точно.

2.2.1. Оцінка та самооцінка соматичного здоров'я.

Анкета «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (за методикою В.П. Войтенко) проводиться завдяки стандартній анкеті, яка складається з 29 питань, які визначають оцінку здоров'я досліджуваного.

Перші 28 питань мають відповідь «так» або «ні». Несприятливими відповідями є відповідь «так» з 1 по 25 питання. 29 питання «Як ви оцінюєте стан свого здоров'я?» має розгорнуту відповідь, якщо досліджуваний відповідає «погане», «дуже погане» тощо, то відповідь вважається несприятливою. Після опитування, відбувається підрахунок несприятливих відповідей. Число несприятливих відповідей вважається від 0 до 29, так і визначається оцінка здоров'я людини.

Методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвіна. Це методика, що дозволяє виявити та оцінити поточний рівень відношення до власного здоров'я респондента в декількох площинах. Оскільки як відомо рівень здоров'я та благополуччя залежить не лише від рівня медичної сфери країни та умов в яких перебуває респондент, а й від власне особистісного ставлення до здоров'я. Особливість даної методики в першу чергу полягає в тому щоб визначити такий показник як – інтенсивність. Як важливий параметра відношення до здоров'я та здорового способу життя, який може демонструвати в якій сферах та в якому ступені проявляється суб'єктивне відношення респондента для досліджуваної нами сфери. Спираючись на концепції Сергія Дерябо можна охарактеризувати людину з низькою інтенсивністю ставлення до здоров'я, як таку, що бажає бути здоровою, проте не додає до цього жодних зусиль. На противагу їй постає людина з високим рівнем інтенсивності ставлення до здоров'я. Така людина буде піклуватись про своє здоров'я та покращувати його у всіх можливих сферах, від походу в спортзал та відвідування різноманітних спортивних секцій та змагань до регулярних відвідувань лікаря та слідкуванням за сучасними тенденціями у сфері турботи про здоров'я. Але звісно високий рівень інтенсивності турботи про власне здоров'я не означає всебічний догляд та піклування про нього. Так є люди, які слідкують за здоров'ям за допомогою спорту та фізичної активності, як вже зазначалось вище.

З іншого боку ж є люди, які наполегливо вивчають різноманітну літературу присвячену цій темі, але й інші, які намагаються змінити ставлення до свого здоров'я в оточуючих. І звісно такі три основні види прояву можуть зустрічатись в однієї людини попарно або всі разом [22].

Загальновідомо, що ставлення до певного об'єкту в нашій символній системі диктує в подальшому наше відношення до даного об'єкту, емоційну реакцію який він буде викликати, що людина буде думати стосовно нього та які дії та вчинки будуть прийняті людиною стосовно даного об'єкту. Так і в нашому випадку, коли об'єктом виступає здоров'я, інтенсивність відношення до нього визначається чотирма компонентами:

- Емоційним
- Пізнавальним
- Практичним
- Вчиноковим

Сама структура тесту «Індекс ставлення до здоров'я» складається з чотирьох субтестів які відповідають чотирьом складникам інтенсивності суб'єктивного відношення людини. Перейдемо безпосередньо до значень кожної зі шкал.

Емоційна шкала. Відповідно до назви шкали, вона спрямована на оцінку рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та здорового образу життя в емоційній сфері. Питання даної шкали спрямовані на оцінку того, наскільки людина сензитивна, чутлива до власного організму, власної вітальності, відчуття в першу чергу естетичного задоволення від піклування про власне здоров'я. Питання даного блоку поділені на два типи. До першого відносяться питання, пов'язані з тим які почуття виникають у респондентів в певних умовах. Друга частина запитань пов'язані із емпатією та відношення до почуттів які мають інші люди.

Високі бали за даною шкалою свідчать про те, що респондент піклується про своє здоров'я не лише тому що це необхідно, а й тому що це доставляє йому задоволення. Така людина буде вільною від негативно забарвлених стереотипів

нав'язаних суспільною думкою стосовно здорового способу життя, вона чуттєва до будь-яких проявів власного організму. А турбота про власне здоров'я викликає в такої людини естетичне задоволення, впершу чергу від відчуття свого власного здорового організму.

Низькі показники за даною шкалою будуть свідчити про приглушення, відхід від емоційного аспекту ставлення до власного здоров'я в респондента. Так людина ставиться до турботи про власне здоров'я більш прагматично. Вона вбачає в цьому лише необхідність, а не отримання насолоди від процесу та результату. Така людина не буде звертати увагу на вітальні потреби власного тіла, не буде мати естетичного задоволення від турботи про власне здоров'я. Людина з низькими показниками за даною шкалою, швидше за все, буде знаходитись під впливом негативних установок соціального оточення та загальних тенденцій.

Пізнавальна шкала. Дана шкала відображає наскільки виражене інтенсивність ставлення до власного здоров'я, догляду за здоров'ям та здоровим способом життя в респондента з погляду пізнавальної сфери. Дана шкала, так само умовно розділена на два блоки. В першому блоці знаходяться питання які можна віднести до, так би мовити, пасивної форми прояву ставлення до здоров'я з погляду пізнавальної сфери. До нього входять питання, які можна охарактеризувати: питання пов'язані з тим наскільки людина зацікавлена отримати інформацію стосовно проблем турботи за здоров'ям з зовнішніх джерел, таких як близькі, друзі, більш широке коло спілкування, наукової та популярної літератури, СМІ та інших. Другий блок запитань включає аналіз активної форми. До них належать питання пов'язані з тим, наскільки людина сама прагне досліджувати питання турботи про здоров'я та здоровий спосіб життя.

Відповідно високі бали за даною шкалою будуть свідчити про те, що така людина буде з сильним захопленням не лише отримувати інформацію, коли їй будуть говорити про здоров'я та способи піклування про нього. Вона буде активно залучена у процес дослідження тих тем пов'язаних із здоров'ям, які є актуальними для неї. Так вона буде читати різноманітні журнали, книги на дану тему, дивитись пізнавальні передачі та відвідувати навчальні лекції та семінари.

На протипагу такій людині буде стояти людина з низькими показниками за даною шкалою. В свою чергу для неї питання турботи про власне здоров'я не буде займати важливого місця в її пізнавальній системі. Скоріш за все вона буде мінімально зацікавлена в сприйманні інформації на тему здоров'я та здорового способу життя лише за умов, якщо хтось їх про це говорить. Сама ж вона не буде робити активних спроб знайти необхідну інформацію стосовно цього.

Практична шкала. Шкала, що вимірює ступінь інтенсивності прояву ставлення до власного здоров'я з погляду практичної сфери. Вона розділена на дві частини, де до першої частини запитань належать ті, що діагностують готвність людини до включення у практичну діяльність пов'язану з процедурами піклування про власне здоров'я, за умов якщо вони організуються із-зовні кимось іншим. До другої частини запитань належать ті, які оцінюють наскільки респонденту буде властивим з власної ініціативи організувати подібного роду заходи.

Високі показники за даною шкалою засвідчують, що респонденту притаманен практичний підхід до турботу за власним здоров'ям. Він за власним бажанням буде відвідувати та організувати заходи пов'язані з турботою про здоров'я, наприклад, брати участь в змаганнях, робити фізичні вправи, відвідувати кружки та спортивні секції, займатись оздоровчою практикою. Такий респондент буде самостійно формувати в себе навички та системні заходи відповідні, активно вести здоровий спосіб життя.

Низькі показники за даною шкалою говорять про те, що респонденту не властиво брати активну участь в заходах присвячених турботі про здоров'я. Він може робити певні дії в цьому напрямку за умови, що такі заходи будуть організовані кимось. Але з власної ініціативи, він буде робити перші кроки лише за умови виникнення ситуацій, коли є необхідність для таких дій.

Вчинкова шкала. Ця шкала вимірює рівень інтенсивності ставлення людини до власного здоров'я та здорового способу життя на основі вчинків які та здійснює і які в свою чергу спрямовані на покращення власного середовища та соціального оточення відповідно до власних переконань та ставлень. Вона поділена на три блоки. Перший блок містить в собі питання спрямованих на

визначення ступеню активного впливу людини на власних родичів, відповідно під впливом розуміється такий, що буде пов'язаний саме з питанням турботи про власне здоров'я та просвітницькою діяльністю в даній сфері зі сторони респондента. До другого блоку запитань належать ті, що визначають ступінь впливу, спрямованого на близьке коло спілкування, друзів людини. Третій блок досліджує більш загальне коло впливу, тобто оцінює задіяність людини у змінах широкого кола спілкування, наприклад впливу на знайомих, колег, суспільство в якому проживає загалом.

Високі показники за даною шкалою свідчать про прагнення людини змінювати та створювати навколо себе середу проживання, яка б була на корисна для здоров'я людини. Вона буде займатись просвітницькою діяльністю серед свого оточення. Ділиться досвідом практик покращення здоров'я та намагається привчити близьких до більш активної турботи про власне здоров'я, змінити їх ставлення до здорового способу життя.

Людина, яка отримує низькі показники за даною шкалою скоріш за все буде спрямовувати активність власну пов'язану із турботою про власне здоров'я виключно на себе, а не буде ще до цього займатись пропагандою здорового способу життя або технік покращення стану здоров'я та профілактики. Вона не буде прагнути змінити ставлення свого соціального кола до питання турботи про здоров'я.

Загальна шкала. Ця шкала представляє із себе суму балів за впопередніми чотирма шкалами. Вона узагальнений рівень розвитку ставлення до здоров'я людини, а також наскільки сильно воно проявляється загалом.

Відповідно високі показники за всією методикою будуть свідчити, що людина має високорозвинуті навички та прагнення піклуватись про власне здоров'я, про її обізнаність та високу мотивацію що до дій пов'язаних із ним.

Людина яка загалом має низькі показники не зацікавлена в піклуванні про власне здоров'я, вона не має сформованого ставлення та необхідних знань з даної теми, не володіє необхідними навиками та техніками, не бере активної участі в турботі про власне здоров'я. Така людина може потрапити до групи ризику, адже

за відсутності необхідних оздоровчих практик, прагнення турботи про власне здоров'я і відчуття потреба в здоровому способу життя, людина може в майбутньому від власного організму отримати негативні наслідки такої поведінки та стилю життя.

Перейдемо безпосередньо до структури самого опитувальника. Він складається з двох варіантів, для підвищення достовірності результатів тестування. Тестове запитання побудоване за принципом полярних запитань, тобто до кожного з запитань належить два протилежні фрази, які позначаються літерами А та Б, респонденту пропонується прочитав обидва твердження визначити, яке з них йому найбільш близьке. Так людина може обрати відповідь **А** або **Б** та у випадку сумнівів їй пропануються обрати варіант **а**, що еквівалентен твердженню: *скоріш А*. Відповідно те саме стосуватиметься й варіанту **Б**. Загальна кількість завдаєн у кожному з варіантів – 24 пари з альтернативними варіантами тверджень.

Ця методика зручна у застосуванні бо може проводитись як в груповому так в індивідуальному форматі. Також її можна проводити не лише письмово але й усно, проте в умовах, які склались в сучасному світі такий варіант як групове або усне опитування стало не можливим з питань безпеки. Як вже зазначалось раніше, враховуючи сучасні тенденції дану методику було зручно перенести в формат онлайн опитування. Загальний час для опитування, який зазначається авторами 15-20 хвилин. Ми вже гоорили вище, що в умовах онлайн діагностики питання часу відведеного на проходження методик має істотні відмінності порівнянно з очною діагностикою. Тому вбачається доцільним виключення відліку часу з загального опитування та з конкретного тесту.

Обробка результатів відбувається за допомогою ключів до тесту які розміщені в Додатку В та Додатку Г. Де загальна система оцінювання виглядає наступним чином:

- 3 бали – дається в тому випадку, коли варіант відповіді респондента збігається з варіантом в ключі.

- 2 бали – отримує респондент у випадку коли обирає варіант відповіді, що наближається до правильного за ключем.
- 1 бал – відповідає варіанту, який наближений до неправильної відповіді, наприклад, якщо респондент зазначає відповідь **a**, коли за ключем правильний варіант буде **B**.
- 0 балів – отримує респондент, якщо надає неправильну, тобто проти-лежну відповідь.

Після цього відбувається підрахунок за кожною шкалою методики, яка відповідає рядку в ключа. Відповідна загальним показником за даною методикою буде сума оцінок за кожною шкалою. Після чого робиться перерахунок балів в стантайни, таблиця для перекладу розміщена в .

В заключенні розгляду даної методики варто зазначити причини нашого вибору саме її для дослідження. Дана методика має певну кількість переваг, які ми зараз перерахуємо:

Власне процедура проведення тестування може мати безпосередній позитивний вплив на респондента. Коли людина проходить методику та ознайомлюється з завданнями, вона вже починає рефлексувати на тему власного здоров'я.

Отримані результати можна використати для скринінгу загального рівня роботи просвітницької діяльності, заходів присвячених турботі про власне здоров'я та здоровому способу життя серед населення.

Також за загальними результатами серед усіх респондентів, можна отримати репрезентативні показники, що демонструють тенденції розвитку та формуванню рівня свідомого піклування про власне здоров'я для різних соціальних груп або груп за гендерною, віковою ознаками.

Окрім вищеперерахованих ознак варто окремо зазначити, що глобальне дослідження дозволяє встановити наявні демографічні та етнічні особливості рівня освітченості людей стосовно питання турботи про власне здоров'я та здорового способу життя. Окрім цього такий великий аналіз допомагає визначитись з регіонами в яких рівень інтенсивності ставлення до власного здоров'я вище, та

найголовніше визначити групи ризику задля більш ефективного втручання та впливу на питання здоров'я населення, адже впершу чергу загальний стан здоров'я залежить від благополуччя, яке можуть відчувати люди стосовно нього.

На основі результатів опитування можна розробити корекційний інструментарій більш чуттєвий до прогалин певної групи населення. Що дозволить йому мати більш ефективний, дієвіший вплив на рівень усвідомленості людей стосовно власного здоров'я.

Дана методика просто в проведенні, розрахуванні, аналізі та інтерпретації. Тому вона може використовуватись в особистих потребах, наприклад, для спостереження за власною динамікою розвитку ставлення до власного здоров'я та здорового способу життя.

Методика «Локус контролю» Дж. Роттера. Перейдемо до наступної методики, дана методика розроблена в контексті парадигми поведінкової психології, відомим соціальним психологом Джуліаном Роттером в 50-ті роки минулого століття. Є першою та однією з популярніших методик спрямованих на визначення локусу контролю, тобто визначення його інтернальності – екстернальності [58].

Зазначимо основні моменти в питанні розробки та вдосконалення методики. Так як вже зазначалось раніше вона була розроблена в контексті поведінкової психології, та знаходилась під впливом тодішніх американських наукових засад, таких як, наприклад, позитивні знання. Важливий слід на розробку теоретичної моделі та вибір цінносних орієнтирів відіграла адлерівська психологія, яка в свою чергу перш за все орієнтується на соціальні чинники поведінки людини. Проте найбільшу роль у роботі Дж. Роттера відіграли психологічні концепції Е. Толмена, що належать до природничо-наукового підходу. Ці два вагомні напрямки вплинули на подальшу появку таких постулатів, аксіом:

1. Психологія має досліджувати особистість виключно у значимих, цінних для неї соціальних конструктів та довкілля.
2. Особистісні конструкти не мають бути редуковані до конструктів будь-яких наук.

3. Поведінка людини залежить від підкріплення та є цілеспрямованою.
4. Орієнтація цінностей особистості відбувається за принципом антиципації, яка базується, перш за все, на попередньому досвіді особистості.

Пізніше необіхевіоризм з'являється в даній концепції в рамках соціального науціння та виконує основне завдання, яке полягає в науковому обґрунтуванні основних засад концепції. Він формує необхідну жорстку формалізацію та як певний еталон науковості. Переходячи від методологічного рівня до рівня побудови теоретичної концепції Дж. Роттер намагається вивести та окреслити найбільш точні, якомога прості форми поведінки людини на які власне спрямована соціальна та клінічна психологія. Такі прості, базові форми, які можливо відтворити та дослідити в умовах регламентованого експерименту.

Дж. Роттер ставив перед собою основну задачу, яка полягала в прогнозі поведінки людини, яка б базувалась на умовах вибору з чіткоокресленими двома альтернативами. Відповідно до вищезазначеної першої концепції, аксіоми, яка виділяється в даному підході. Яка говорить про поведінковий потенціал, і те що в умовах обмеженого вибору, перевага буде надаватись тій дії, потенціал якої буде вищим. А вже сам поведінковий потенціал складається з двох компонентів. Перше це – суб'єктивна вірогідність підкріплення після певної дії, очікування, а другий компонент це – власне цінність, вагомість того чи іншого підкріплення.

Розкладючи на більш спрощені компоненти Дж. Роттер розглядає поняття цінності результату дії, як складеного поняття з двох його компонентів, виходячи на бажаний рівень простих форм поведінки. Він зазначає, що цінність результату дії, складається з цінності власне самої дії та з цінності супутніх для певної дії наслідків.

Розбираючи дану систему Дж. Роттер розкладає й фактор очікування, що дає нам таку формалізацію даного феномену: суб'єктивна вірогідність отримання тієї чи іншої події в певних ситуації, умовах залежить від суми факторів специфічного суб'єктивного досвіду переживання подібних подій людиною, а також генералізованого очікування, що формується на досвіді більш загального кола задач. Варто зазначити, що генералізоване очікування буде мати більшу вагу, ніж

специфічне очікування за умов нової ситуації. В той час як навпаки специфічне очікування буде вирішальним фактором в умовах знайомих ситуацій для людини, адже є сформованим на основі досвіду взаємодії з певним подібним типом ситуацій.

Основним недоліком для даної концепції є те, що Дж. Роттер не вводить контекстуальних понять для факторів цінність та очікування, так в його концепції відсутє «Я-концепція» та «динаміка мотиваційної сфери». Ми зазначаємо це як недолік, оскільки за їх відсутності емпіричні данні йдуть в супереч теоретичній концепції автора. Так Дж. Роттер розглядає цінність та очікування як незалежні феномени, в той час як насправді ж вони пов'язані між собою. Наприклад під час переживання досвіду невдачі цінність конкретної дії зменшується через асоціацію її з негативними емоціями при певних отриманих наслідках. Так Х. Хекхаузен вбачає принципові обмеження пов'язані з генералізованими, внеситуаційними конструктами, порівняно з специфічними-ситуаційними, що може викликати певні сумніви щодо зазначеної концепції. Дж. Роттер не визначає генералізацію як певну якісний процес, динамічну структуру, яка б урахувала особистісний ріст людини та розвиток особистісних структур. Для автора натомість це лінійний процес який полягає в накопиченні певного досвіду та узагальнення цього рядку досвіду, через то дане поняття залишається на описовому рівні та не має необхідного емпіричного підґрунтя, з якого б можна було вибудувати унікальні механізми Я-концепції.

Зазначимо головні моменти теоретичної основи для нашої методики. Так одним з них є те, що мотивація у екстерналів нижча за інтерналів, звідси виходить їх схильність до конформізму та залежності від інших. Для інтернальності притаманна додатня кореляція із сенсом життя. Так для людини яка відчуває, що її досягнення безпосередньо залежать від власних здатностей та зусиль, краще вбачаються цілі та мету у житті людини. Як зазначають біхевіористи та дослідники поведінки людини, найбільша користь у дослідженні феномену локуса контролю полягає в тому, що воно дає змогу визначати спрямованість діяльності, прогно-

зувати умови, які б мали сприятливи вплив або навпаки відгальмовуючий на людину, визначати вагомість підкріплення на поведінку тієї або іншої людини.

Нааявні дані про те, що екстернали мають більшу схильність до обману, скоєнню аморальних вчинків та девіантної поведінки, в умовах криміногенних та посткриміногенних умовах виділяється зв'язок між рівнями суб'єктивного контролю та поведінки підлітків та молоді. Саме тому дана методика питому вагу в роботі з групами ризику та небажаної соціальної поведінки, адже дає змогу визначати екстернальні патерни, що є важливим коли питання стосується дезадаптованих та тривожних підлітків. Це дає змогу завчасно сприяти покращенню поки умова постійного стресу та вплив іззовні не вплинув значно на них та не призвів до небажаної, девіантної поведінки.

Як вже стало зрозуміло з описаних вище засад концепції локуса контролю Дж. Роттера, ми розуміємо що питання екстернальності-інтернальності має не останнє значення й в області психології управління. Так встановленні закономірності допомагають краще зрозуміти структуру робочого процесу з урахуванням фактору локуса контролю. Так екстернали більше схильні до зовнішніх маніпуляцій та залежать безпосередньо від думки оточуючих. В такому випадку для них набагато доречніша робота в групі та під керівництвом, так їх продуктивність буде значно вища. Для інтерналів навпаки, групова робота може стати негативним фактором, який вплине на процес їх діяльності, а індивідуальна робота з власною відповідальністю за процес навпаки, дає їм змогу розкрити свій потенціал. Вони будуть більш продуктивними в питаннях які пов'язані із пошуком необхідної нової інформації та такими, які передбачають прояв ініціативи з їх боку, адже є більш рішучими, готовими до ризику та впевненими у собі. Для інтерналів також притаманен фактор впевненості та рішучості щодо своїх принципів у міжособистісних взаємовідносинах, тому для керівників, які відносяться до людей з інтернальним типом локуса контролю, найкраще вдається здійснювати директивне керівництво, ніж для екстерналів. Самооцінка є іще одним вагомим фактором, який різниться для інтерналів та екстерналів та має значення для даної сфери. Так для екстерналів притаманне бачення себе як не впевнених у собі людях, залежних

та дратівливих, нерішучих і при тому егоїстичних, несамостійних та в одночас вороже налаштованих до інших. В той час як інтернал може описати себе як доброзичливу та прихильно налаштовану до інших, комунікабельну та щирю, самостійну та рішучу особистість.

Дослідження та характеристика особистісної риси, яка визначала б ступінь того як людина відчуває себе або суб'єктом власної діяльності або об'єктом який знаходиться під впливом інших людей та зовнішніх обставин, і при цьому має достовірну емпіричну базу, дає можливість для подальших досліджень в сферах загальної та прикладної психології. Це питання постає ще більш актуальним враховуючи відомості про сучасні тенденції в практичній психології, те що предметом її дослідження часто виступають довільні форми поведінки людини, типології відношенн до навколишнього світу та його пояснювальність, буденність свідомості та установки які складають світобачення людини, її відношення до власної долі та включенность себе в процес власного життя.

Дана методика має велику кількість адаптацій а також форм. Так наприклад існують її варіанти для дорослих, школярів та дітей дошкільного віку. Всі версії проходили детальну перевірку, а оригінальна методика перевірялась за допомогою методу розщеплення тесту та методом ретестової перевірки, через 2 місяці після першого проведення. Валідність та надійність даної методики була неодноразово підтверджена.

Отже виходячи з всього вищезазначеного узагальнемо дві передові тенденції для даної методики. Ми визначили, що для людей з екстернальним локусом контролю більш притаманна підвищена тривожність та нижча терпимість до оточуючих, менший рівень комунікабельності та товариськості, важкість налагодження контакту та більша конформність. Для людей з інтернальним локусом контролю навпаки властива більша впевненість у собі, спокій та позитивний настрій, легші процеси налагодження стосунків з оточуючими людьми, більша рішучість та незалежність.

Якщо зазначати основні технічні властивості даної методики, то варто сказати, що вона складається із 29 пар протилежних за знаком тверджень, які опису-

ють полярні варіанти ставлення до змодельованих конкретних ситуацій. В кожній із пар необхідно обрати одне з тверджень. 6 пунктів з методики невелиються, вважаються порожніми тому максимальна кількість балів за кожною зі шкал може бути 23.

Підрахунок балів відбувається через суму балів за кожним із тверджень які відповідають ключу за кожною із методик, за кожну відповідність відповіді до ключів нараховується один бал. Ключі до даної методики можна знайти в Додатку Д.

Перейдемо до інтерпретації за даною методикою. Автор вводить поняття очікування адже він вважає що існує вагомий відмінності між людьми, які полягають у тому на кого покладається відповідальність в діяльності, на себе чи на зовнішній світ та інших людей. Під очікуванням розуміється певність або суб'єктивна вірогідність того, що в певних умовах поведінка особистості буде певним чином підкріплена. На основі цього твердження він розділив можливість даного феномену на дві полярні ознаки, він дав назви інтернал та екстернал людям, яким притаманне покладання відповідальності за власні дії на себе та на оточуючих людей, зовнішні обставини відповідно.

Для інтерналів притаманна думка, що все що відбувається в їх житті обумовлене особистими вчинками, діями та відношеннями. Що в першу чергу наслідки подій напряду залежать від власних особистісних рис і загалом рівнем здібностей та знань. Тобто для них результат подій є закономірним наслідком власної діяльності. На противагу ним автор виводить екстерналів, як людей які вважають, що власна їх діяльність в більшій мірі підпорядкована випадковим подіям, долі, удачі та зовнішнім факторам, впливу на них інших людей. За думкою Дж. Роттера будь яка людина займає певне місце на відрізку де екстернальність та інтернальність розташовані на полярних її полюсах. Відповідно до даної концепції найбільш адаптативною формою є наявність внутрішньо-зовнішнього локусу контролю. Для такої особистості буде властива більша гнучкість та стабільність. На основі експериментів проводимих Дж. Роттером було встановле-

на менша адаптивність та більша безпорадність для екстерналів. Виявлена їх схильність до конформізму та слабша мотивація.

Характерними рисами для інтерналів є схильність до ризику, незалежність, орієнтація на успіх, відчуття внутрішнього стрижня, опори, сили. Їм найбільш притаманні здобування влади та контролю над навколишнією середою, вони в більшій мірі зацікавлені в пошуку нової інформації та застосуванні її з метою контролю та керівництва власною діяльністю та діяльністю оточуючих, мають активну політичну позицію та мають меншу сугестивність. Вони мають більш стійкі переконання і покладаються в значній мірі саме на них, їм набагато простіше дається підтримка контакту з оточуючими людьми, встановлення нових взаємозв'язків. Інтерналам властиві також цілеспрямованість з постановою більш значущих цілей. Їм властиве відтермінування, відкладання задоволення через очікування більш грандіозної нагороди. Натомість екстернали є більш схильними до навіювання та значно менше успішні в своїй діяльності, більш терпимі та доміантні, в них сильніше розвинута потреба отримання зовнішніх підтримки та допомоги та схильні до самоприниження. Виходячи з вищезазначеного може скластись враження, що зовнішній локус контролю людини виглядає як психологічний захист та викликає відчуття безпорадності та неповноцінності. Така людина буде сама обмежувати себе в питаннях пошуку інформації, взаємодії з оточуючими. Відповідно такі чинники як невпевненість у собі, самоприниження, низький рівень розвинутої навичок та здібностей, переживання неповноцінностей та обмеження в міжособистісних зв'язках, може формувати підґрунтя для утворення психопатології. Так формується наступна картина: людина, в якій наявні високі показники зовнішнього локусу контролю вразливіші до утворення психопатологій. Такі люди на загальному рівні в середньому більш вразливі для тривожності, втоми, пригніченності, та мають менший рівень оптимістичності та концентрації.

Дана концепція, а точніше характеристики виділених полюсів екстернальності та інтернальності перегукуються із характеристиками полізалежних та полінезалежних особистостей, де першим притаманна віра в кінцевого спасителя,

а другим переконаність у власній унікальності. Саме тому наближеність до одного з кінців континууму, де з одного боку знаходиться особистість полізалежна із зовнішнім локусом контролю, а на іншому полінезалежна із внутрішнім локусом контролю, не можна вважати за бажаний показник. Адже кожен з кінців даного відрізка має значущу високу кореляцію із тими чи іншими проявами клінічних психопатологій. Проте як вже зазначалось раніше один з полюсів даного континууму є все таки менш адаптативним, пов'язаним із слабшою внутрішньою організацією людини. Саме тому більш вираженими відповідними психопатологіями страждають люди із зовнішнім локусом контролю, ніж із внутрішнім. Так тяжкі пацієнти психіатричних клінік, частіше мають екстернальний лоус контролю, деякими дослідниками встановлювався зв'язок екстернального локусу контролю з страхом смерті, проте в інших дослідженнях, які використовували відповідно інші інструменти, та спрямованих на той самий фактор такої закономірності не вдалось встановити. Також було встановлено, що частіше за терапевтичною допомогою звертаються люди із зовнішнім локусом контролю при краху переконання в кінцевого спасителя, ніж люди із внутрішнім локусом контролю при такому самому процесі перелому переконання у власній неповторності. Також відомий встановлений факт, що пацієнти, що були госпіталізовані через туберкульоз були сильніше зацікавлені у власному здоров'ї та у питаннях стосовно власного захворювання були в більшій мірі інтерналами. Вони демонстрували свою незадоволеність обмеженою інформацією яку їм надавали лікарі та медсестри. Також підчас тестування їх за допомогою методики ТАТ, інтернали показали нижчу навіюваність через зовнішні приховані підказки які надавались людиною, що проводила діагностику.

Проте важливим моментом, який необхідно зазначити є недосконалість даного підходу який базується на суб'єктивній оцінці людини власних можливостей. Можна виділити певну кількість факторів, через які може існувати й помилкове уявлення про власну здатність до контролю. Питання контролю є одним із актуальних для особистості питань, так здатність людини до контролю формує певний рівень незалежності від інших соціальних та біологічних чинників. Тому

людина прагне володіти над тим що відбувається, не зважаючи на те що все насправді не залежить від них самих. В такому випадку відчуття можливості контролювати ситуацію буду ґрунтуватись на здатності передбачити перебіг подій та їх результат, проте немає можливості більше вважати, що мова йде про керування ситуацією. Відчуття надконтролю може призводити до зниження обачливості людини, схильності до безпідставного ризику та нехтуванню небезпекою. В такої людини формуються завищені очікування відносно наслідків власних дій. В підсумку така людина постає перед проблемою або неспроможності протистояти стресовій ситуації, або сильного розчарування відносно власної спроможності. Тому відчуття власної відповідальності доцільне лише тоді, коли для отримання бажаного результату необхідна активні дії за рахунок докладання певної зусиль, а в умовах коли ситуація потенційно залежить від долі випадку, вдавання до надмірного неадекватного контролю вбачається небажаним.

2.2.2. Оцінка психоемоційного стану особистості в умовах карантинних обмежень.

Шкала психологічного благополуччя К. Ріффа. Відома методика американської психологині Керол Ріфф «Scales of psychological well-being» була двічі адаптована та валідизована автором. На сьогоднішній час найбільшу популярність здобуває її адаптація, яка складається з 84 тверджень. Саме ця її версія лягла в основу двох російськомовних версій у 2005 року, яка була адаптована та валідизована Т. Д. Шевеленковою та Т. П. Фесенко і 2007 року, адаптована Н. Н. Лепешинським [87].

Варто відзначити відмінність термінів психологічне благополуччя та психічне здоров'я. В той час як психічне здоров'я прийнято розуміти як відсутність захворювань та наявність відповідного рівня біологічних, фізіологічних та соціаль-економічних чинників, психологічне благополуччя означає скоріш ставлення та оцінка людиною свого стану. Тут йде мова про суб'єктивну оцінку власного здоров'я на основі внутрішніх відчуттів і загального стану в якому пере-

буває особистість. Розробка та застосунок концепції психологічного благополуччя є заслуга відомих психологів Н. Брадбурна, І. В. Дубовиної, Е. Дінера, Б. С. Бра-туса, К. Ріфф та інших. Проблематика психологічного благополуччя піднялась вперше ще у 60-ті роки минулого століття та активно продовжує досліджуватись сучасними представниками вітчизняної шкли психології та їх іноземними колега-ми. Не зважаючи на це, дана проблема залишається досі мало дослідженою. Су-часні тенденції світу змушують дослідників постійно переглядати сформовані концепції задля їх адаптації під сучасні реалії. На основі існуючих вже теоретичих доробок можна зробити висновок, що психологічне благополуччя включає в себе переживання та стани в яких може перебувати здорова особистість. За Всесвітньою організацією охорони здоров'я прийнято, розглядаючи здоров'я, як комплекс-ний стан, враховувати концепцію благополуччя як провідну. Таким чином за ВО-ОЗ визначення здоров'я можна характеризувати, як не тільки відсутність захво-рювань та дискомфорту, а також як стан психочного, фізичного, розумового та емоційного благополуччя. Серед різних підходів вивчення психологічного благо-получчя прийнято виділяти два основні: гедоністичний та евдимоністичний.

Гедоністичний (з грецького «насолада») підхід в рамках власної концепції розглядає поняття психологічного благополуччя через призму задоволення. В да-ному випадку поняття задоволення містить не лише фізичне задоволення, а тако враховує його отримання шляхом досягнення значущої мети. Основним марке-ром, загальним визначенням для даного підходу можна вважати стан «пережи-вання щастя» або ж «суб'єктивне благополуччя» що близьке до когнітивної теорії особистості в психології.

З іншої сторони ж існує евдимоністичний (з грецької «щастя», «блажен-ство») підхід. Він був розроблений в рамках гуманістичної психології. Яскравими предстаниками даного напрямку, відомих своїми розробками питання про базис «контуру» психологічного благополуччя, прийнято вважати К. Роджерса, Г. Ол-порта, Дж. Бюджен-тала, А. Маслоу, Е. Фрома. За данною концепцією загально-прийнято розглядати психологічне благополуччя як «повноту самореалізації осо-бистості в конкретних життєвих умовах та обставинах, знаходження синтезу, ба-

лансу між запитами соціуму та векторами власне особистісного розвитку індивіда».

Керол Ріфф, як представниця даного підходу, на основі більш ранніх досліджень М. Ягоди, розробила багатовимірну модель феномену психологічного благополуччя. Вона містить в собі шість базових компонентів психологічного благополуччя, такі як:

1. Наявність мети в житті
2. Позитивне ставлення
3. Особистісний ріст
4. Управління оточенням
5. Самоприйняття
6. Автономія

Відповідно до цієї моделі був розроблений діагностична методика «Scales of psychological well-being» Керол Ріфф для вимірювання психологічного благополуччя. Дана методика не втрачає актуальності й на сьогодні. Існує велика кількість досліджень, що спираються в тому числі й на методику К. Ріфф. Варто зазначити, що дана методика спрямована на вимірювання саме актуального психологічного благополуччя. В той час як, розроблена в гуманістичній парадигмі, концепція перспективного, майбутнього психологічного благополуччя на даному етапі психологічної науки не має інструментів для вимірення.

В сучасній вітчизняній психології поняття «психологічне благополуччя» ще не має достатнього розповсюдження, це питання не досліджується на рівні західних шкіл психології. В західній традиції поняття «психологічне благополуччя» намагаються відокремити від тотожних, проте не однакових за змістом понять «психологічного здоров'я» та «психічного здоров'я», в той час як на теренах пострадянських країн ці поняття відносяться до однієї системи, та вважаються субпідрядними. Так А. В. Вороніна, говорячи про психологічне благополуччя, робить акцент на цілісності системи на зв'язок понять здоров'я та благополуччя, а не на вдоволеності власним життям, особистісному розвитку, як це прийнято в західній традиції.

Власне повертаючись до самої методики необхідно зазначити, що існує чотири її варіанти, їх відмінність полягає в об'ємі. Так и знаємо про опитувальники на 120, 84, 54 та 18 питань. Найбільше розповсюдження здобув опитувальник на 84 питання, також для цього варіанту існує більша кількість валідацій та апробацій у різних країнах та в різні роки. Нажаль опитувальник на 18 запитань не має достатньої психометричної надійності. Ми зробили акцент саме на опитувальнику на 84 запитання тому, що на основі нього в 2005 та 2007 роках були розроблені дві адаптовані російськомовні методики. Основною характеристикою даного опитувальника є те, що він поділяється на 6 досліджуваних шкал що відповідають компонентам моделі психологічного благополуччя, розробленою автором, та містить по 14 запитань кожна.

Як вже зазначалос вище, існує дві адаптації: Шевленкової-Фесенко та Лепешинського. Для нашого дослідження ми зупинили свій вибір саме на другій версії, більш пізній. Проте для аргументації такого вибору нам необхідне власне роз'яснення обох версій та порівняння їх. Отже перша адаптація методики була перекладена А. М. Абдразяковою. В цьому випадку зміст тверджень методики зазнав суттєвих змін, які були необхідні для адаптації для російськомовного населення. Адаптація даної методики проводилась на виборці 272 осіб. До вибірки увійшли мешканці Москви та Мурманська, всі респонденти мали рівень освіти не нижче за середній спеціальний. Розподіл за статтю – 110 чоловіків та 162 жінки, які є представниками робітників промислових підприємств та студентства. Вік респондентів знаходиться в діапазоні 18-59 років, а середній для даної вибірки вік – 29 років. Особливістю валідації даної методики було те, що до цього не існувало російськомовних інструментів для вимірювання рівня психологічного благополуччя. Тому було прийнято рішення про проведення прямого самовимірювання даного феномену. Так респондентам було запропановано окремо оцінити рівень свого благополуччя від 0 до 10, де 0 – абсолютно незадоволений рівнем психологічного благополуччя, 10 – абсолютно задоволений. Так результати дослідження показали, що кореляція показників методики та самовимірюваного показника була високою та надійною ($r = 45,7\%$, $p < 0,001$). Також такі результати підтвер-

джують теорію К. Ріфф, про те, що психологічне благополуччє тісно пов'язане з самовідчуттям людини. Окрім цього був проведений аналіз на основі порівняння з методикою «Тест смислових життєвих орієнтацій». Такий аналіз показав тісний зв'язок показників Тесту з шкалою «Усвідомленністю життя». Також було виявлено зворотній зв'язок показників за Тестом СЖО та шкалами «Автономія» та «Баланс афекту». Ретестова надійність була проведена за допомогою повторного дослідження з інтервалом у 4 тижні, де всі кореляції виявились достовірними. Проте варто зазначити, що на основі аналізу α -Кромбаха, була виявлена незадовільна внутрішня узгодженість за шкалами методики. Окрім цього був проведений аналіз результатів дослідження на основі вікових та гендерних особливостей, таким чином було виявлені суттєві різниці і виділено 4 групи респондентів, які можна характеризувати значними відмінностями між ними.

Якщо говорити про другу адаптацію, то вже одразу можна зазначити про більшу вибірку, яка склалась в даному випадку з 685 осіб. Проте в даному випадку розподіл за статтю був не рівномірним. Так з усіх респондентів, 575 були чоловічої статі, віковий діапазон знаходився в межах 17-26 років. А серед респондентів були військовослужбовці які проходили навчання або знаходились на службі. Іншою особливістю, варто відзначити, було те, що переклад методики проводився професійним психологом, що володіє англійською та російською мовами, а основним завданням було не тільки зберегти змістовну форму та значення тверджень, також автор намагався зберегти й граматичні конструкції, задля більш точної передачі змісту тверджень. Після цього для перевірки достовірності перекладу, був проведений зворотній переклад з російської на англійську, професійним перекладачем, який до цього не був знайомий з текстом методики. Опісля відбулось проведення пілотажного дослідження під керівництвом експертної комісії, яка складалась з професійних психологів, що мають відповідний практичний стаж не менше п'яти років. У пілотажному дослідженні приймали участь 67 осіб та основними завданнями пілотажного дослідження було: перевірка реакції респондентів на зміст методики та перевірка дискримінативності тверджень. Після дослідження було змінено одне твердження.

Після цього було проведено оцінка еквівалентності остаточного російськомовного варіанту методики та оригіналу. Для цього було проведено дослідження, в якому взяли участь студенти спеціальності «Англійська мова. Практична психологія». Високі показники кореляції між середніми результатами за обома методиками та окремими шкалами методик свідчать про високий рівень еквівалентності перекладеного варіанту до оригіналу.

При перевірці дискримінативності пунктів опитувальника був проведений аналіз на основі критерія Пірсена, який показав високу кореляцію (більше 0,2) для всіх пунктів. Загалом показник кореляції пунктів перекладеного та оригінального опитувальника перебуває в діапазоні 0,748 – 0,942 при $p < 0,01$. Таким чином був підтверджений відповідний рівень психометричних властивостей адаптації методики. При перевірці надійності методики була оцінена внутрішня узгодженість опитувальника а також його ретестова надійність. В ході аналізу були отримані високі показники за внутрішньою узгодженістю, які знаходились в діапазоні 0,644 – 0,777. Також високий рівень ретестової надійності показав загальну тенденцію відповідності нормам даної методики.

Особливістю даної методики є те, що визначення рівня психологічного благополуччя являється самозвітом, тому важливу роль в адаптації грає перевірка соціальної бажаності відповідей респондентів. Для цього групі респондентів було представлено можливість пройти опитувальник двічі. В перший раз з стандартною інструкцією, в другому випадку інструкцію розширили твердження: «Тепер заповніть даний опитувальник знов, але так, щоб справити якнайкраще враження». В ході аналізу було визначено суттєвий зсув показників за медіаною як у загальній сукупності відповідей респондентів, так і за кожною зі шкал окремо. Проте така тенденція спостерігається для шкал «Особистісний ріст», «Мета в житті», «Самоприйняття», що свідчить про те, що соціальна бажаність для респондента безпосередньо пов'язана з оцінкою яку вони можуть отримати за даними шкалами. Про відсутність для респондентів значення зв'язку між соціально бажаністю та оцінками за шкалами «Позитивне ставлення», «Автономія», «Керівництво оточуючими», свідчать низькі показники кореляції двох опитувань. Коре-

ляційний аналіз проводився на основі порівняння показників за Опитувальником психологічного благополуччя К. Ріфф та шкалами особистісного опитувальника 16 факторів Кетела. Результати за дані аналізом свідчать високі рівні кореляцій для відповідних шкал (прямі та зворотні).

Даний опитувальник дозволяє виміряти як об'єктивні так і суб'єктивний аспект психологічного благополуччя. Вченими встановлен тісний зв'язок психологічного благополуччя також із усвідомленністю життя, мотивацією та ціннісно-сисловою сферою.

Внутрішня структура, як вже зазначалось вище, для обох версій російськомовної адаптації складається з 6 шкал в кожній по 14 пунктів, загальна кількість тверджень відповідно 84. Для версії Шевеленкової та Фесенко характерне виокремлення чотирьох факторів, один з яких «Автономність» відповідає оригінальному показнику та показнику другої російськомовної адаптації, інші три фактори вираховуються певним відмінним чином окремо. В обох версіях, як і в оригіналі присутні прямі та зворотні значення відповідей. Де для прямих відповідей «абсолютно не згоден» дорівнює 1 балу, а відповідь «Абсолютно згоден» дорівнює 6 балам. Для зворотних тверджень показники дзеркально протилежні.

Отже описавши основні положення даних двох версій опитувальника ми можемо зазначити основні фактори які вплинули на наш вибір. Так у другій більш пізній версії перевагами є наступні показники для нас:

- Краща лінгвістична адаптація методики, що робить її більш відповідною до оригіналу, який базується на засадах теоретичної моделі К. Ріфф, яка розроблена в гуманістичній парадигмі.
- Більша кількість респондентів, майже втричі більша порівнянно з першою версією методики.
- Більша структура адаптації. В другому випадку ми маємо більш глибокий аналіз результатів перекладу, адаптації, врахування показника соціальної бажаності який відсутній в першій спробі адаптації.

- Кращі показники при перевірці та порівнянні другої версії адаптації методики порівнянно з версією Шевелевої та Фесенко.

Отже визначившись з критеріями, за якими ми обґрунтували вибір даної методики необхідно зазначити ще один важливий фактор, власне чому було обрано саме цю методику в комплексі дослідження присвяченому нашій темі. Психологічне благополуччя за трактуванням багатьох західних напрямків психології є одним із компонентом поліструктурної моделі здоров'я, саме тому для оцінки відповідного рівня здоров'я та вираженості на певному етапі рівня турботи про нього респондентом важливо також враховувати й психологічне благополуччя особистості, як один із показників поточного стану здоров'я.

Тепер перейдемо безпосередньо до змісту методики та його основних елементів. Як вище вже зазначилось методика має 6 шкал які ми опишемо нижче.

Шкала «Позитивне ставлення». Показник за даною шкалою свідчить про загальний рівень поточних взаємозв'язків респондента із оточуючими. Так низькі показники за даною шкалою будуть свідчити про низький рівень довірливих стосунків з оточуючими в респондента, про його ізольованість та фрустрованість, нездатність бути відкритим та щирим, або проявити теплоту по відношенню до інших. Відсутність можливості йти на компроміс задля підтримки тісних зв'язків з іншими. Така особа не буде мати достатньої кількості близьких людей в своєму оточенні. З іншого боку високі показники за даною шкалою будуть свідчити про те, що людина значною мірою спрямована на контакт із оточуючими. Такій особі властива емпатія, співпереживання та турбота про близьких людей. Така людина усвідомлює та приймає можливість близьких зв'язків та прив'язаності до інших, вона розуміє, що міжособистісна взаємодія будується в певному сенсі на компромісах.

Шкала «Автономія». Високі бали за даною шкалою свідчать про високий рівень незалежності респондента від думок, вчинків та ставлень оточуючих. Така людина здатна керувати самостійно своєю діяльністю, вона приймає рішення та виводить певні висновки для себе базуючись в першу чергу на власних переживаннях, а не соціальних тенденціях або правилах. Вона здатна протистояти сус-

пільству, коли її думка чи дія не збігаються із загальноприйнятими. З протилежної сторони людина, яка має низькі показники за даною шкалою, в повній мірі залежить від соціального судження та думки. Вона легко піддається змінам у власній поведінці, переоцінці власних ставлень та суджень під тиском іззовні. Така людина в прийнятті рішень буде напряму залежати від думки та оцінки ззовні.

Шкала «Керівництво оточуючими». Високі показники за даною шкалою свідчать про високий рівень здатності респондента мати вплив та владу на оточуючих, володіння певним інструментарієм для керівництва, впливу та маніпуляції поведінкою оточуючих. Така людина вміло керує зовнішньою діяльністю та вміє ефективно використати умови, або самостійно створити їх для власної користі. Низький бал за даною шкалою може охарактеризувати респондента який не відчуває контролю зовнішнього світу, він не здатен вплинути на обставини які складаються навколо нього. Така людина нехтує перспективами та можливостями які складаються перед нею та позбавлена відчуття контролю над процесом. В такої людини виникають певні труднощі із тим, щоб керувати й власними процесами, планами, станами.

Шкала «Особистісний ріст». Людина яка отримує найвищі бали за даною шкалою перебуває постійно у стані «росту», така людина відчуває, що продовжує свій розвиток незалежно від поточного свого стану та соціального рівня. Її наповнює відчуття самореалізації, актуалізації власних можливостей та прагнень. Відкритість досвіду також є однією з характерних ознак для такої людини. Вона буде відчувати зміни у собі та своїх навичках з плином часу, а також змінюватись відповідно до своїх досягнень та пізнань. З іншого боку, людина яка отримала низькі показники за даною шкалою буде перебувати у стані застою, постійно відчуває скуку та безглуздість того що відбувається навколо. Такій людині притаманно відсутність відчутт розвитку та зацікавленості до життя. Їй важко встановлювати нові відношення з оточуючими та змінювати свою поведінку та себе загалом.

Шкала «Мета в житті». Респонденти з високим рівнем за даною шкалою мають певну мету та відчуття напрямку. Вони бачать власну перспективу в май-

бутньому, їх судження, поведінка та діяльність в поточний момент регулюється поставленою метою. Така людина бачить сенс у своєму майбутньому та теперішньому. З іншого боку, респонденти, які отримали низькі бали за даною шкалою не бачать ніякого сенсу в тому що відбувалось в їх минулому та відбувається зараз. Вони не мають певного уявлення про те, для чого вони живуть, не мають мети яку будуть намагатись втілити. В них відсутнє почуття спрямованості та вони не мають певних перспектив або ж переконань які б визначали їх сенс життя.

Шкала «Самоприйняття». Респондент з високими показниками за даною шкалою мають адекватне усвідомлення себе, прийняття себе з урахуванням всіх переваг та недоліків. Позитивно оцінює себе в теперішньому та позитивно ставиться до свого минулого. З протилежної сторони, людина яка отримує найменші показники за даною шкалою буде перебувати в постійній неузгодженості із собою, через нездатність прийняти певні аспекти своєї особистості. Така людина буде постійно незадоволена своїм минулим, буде мати бажання змінити своє теперішнє та себе загалом, через незадоволення від того ким вона є.

Методика «Діагностика рівня невротизації» Л. І. Вассермана. Дана методика представляє з себе набір питань спрямованих на визначення рівня невротизації особистості. Вона складається з 40 питань характер яких – орієнтовний. Опитувальник має просту структуру та легкий у застосуванні. При цьому на сьогоднішній день на теренах країн де проживає російськомовне населення дану методику активно використовують у дослідженнях і тепер [17]. **Інструкція** для даної методики сформульована наступним чином:

«Ознакомься с приведенными ниже суждениями и ситуациями, выбери ответ «да» или «нет». Данные вопросы, приведенные ниже, для определения уровня невротизации несут ориентировочный характер.»

Так підрахунок балів отриманих за даною методикою відбувається шляхом додавання всіх позитивних відповідей. А ранжування відповідей відбувається таким чином, що найбільші бали відповідають високому рівню невротизації, в той час як низькі показники свідчать про низький рівень невротизації респондента.

Важливо зазначити, що автор даної методики виокремив лише 2 рівні без їх чіткого розгалуження (високий та низький рівень невротизації). Сучасними дослідниками прийнято розмежовувати результати за даною методикою на 3 частини. Так до високого рівня невротизації відносяться результати, які потрапляють в діапазон від 25 до 40 балів. Середні показники межуються оцінками 17-24 бали. А Низький рівень невротизації властивий респондентам, які отримали за даною методикою бали в діапазоні від 0 до 24.

З інтерпретації високих та низьких показників можемо бачити наступні характеристики для респондентів:

Високі показники за шкалою невротизації свідчать про високу емоційну збудливість, яка своєю чергою призводить до сильних негативних переживань, таких як тривожність, розгубленість, дратівливість та занепокоєння. Вони також свідчать про відсутність ініціативи в респондента. Така безініціативність в першу ж чергу формує переживання безпосередньо пов'язані з відсутністю задоволення від життя. Високі показники також можуть говорити про таку негативну тенденцію особистості, як егоцентричну спрямованість. Така тенденція призводить до іпохондричних фіксацій на на соматичних відчуттях та недосконалостях особистості. Людині з високим рівнем невротизації властиві також, сором'язливість в соціальному аспекті взаємодій з точуючими, відсутність ініціативності та складнощах у спілкуванні та налагодженні нових зв'язків.

Низькі показники за методикою діагностики рівня невротизації, навпаки попередньому опису свідчать про спокійність, емоційну стійкість та сталість особистості, про її цілісність та потенціал. Такій людині буде властивий загально-позитивний фон переживань, який може виражатись у спокої, оптимізмі, впевненості. Людина з низьким рівнем невротизації має ініціативність у власній та міжособистісній діяльності, вона має почуття власної гідності та незалежності. Їй буде властива соціальна легкість та загальна легкість у спілкуванні, встановленні нових зв'язків з оточенням.

Методика «Діагностика почуття провини та сорому Дж.П. Тангней, Р.Л. Дейрінг, Р.І. Вагнер та Р.Х. Грамзов. Остання методикою в нашому до-

слідженні спрямованна на вимірювання рівня почуття провини та сорому в людини. Дані почуття відносяться до групи емоцій, які в англійських спільнотах психологічних прийнято називати «self-conscious emotions». В українській мові аналогом цього визначення прийнято вважати «емоції самосвідомості/самовідношення», які включають в себе групу емоцій яким характерне тісний зв'язок із знанням про себе і власні дії, та чітким усвідомленням структури «Я-концепції» та перебувають в контексті соціальних відносин. Саме тому у вітчизняній літературі прийнято називати їх «соціальними», тобто такими які підпорядковуються соціальним тенденціям та керуються іззовні. Але також зустрічається інший варіант, коли дані емоції відносять до групи «моральних» емоцій, тобто таких, які є регуляторами морального апарату людини. На основі них відбувається регулювання відношень між моральними стандартами та моральною поведінкою [94].

Дослідження питання почуття провини та сорому стоїть гостро вже певний час, але як можемо бачити з існуючих доробок теоретизація даного питання значно випереджає емпіричні дослідження присвячені даній темі. Цьому є декілька пояснень, але основними які виділяють на даний час є недостатність інструментарію для досліджень даного питання та проблема визначення феноменів почуття провини та сорому, які б дали змогу більш точно та спрямовано дослідити досліджуване явище. Говорячи про проблему дослідження почуття провини та сорому також варто зазначити питання диференціації цих двох понять. Так в клінічній літературі автори здебільшого використовують їх як взаємозамінні терміни, а саме як моральні емоції, які спрямовані на стримання соціально небажаних вчинків або як емоційні реакції, які відіграють передову роль у виникненні та формуванні психопатологічних станів. Умовно спроби їх розділити поділились на три види: розподілення за типом детермінуючої події, на основі природи вчинку та на основі рівня на якому людина переживає даний вчинок. Проте сучасні дослідження показують що останній тип не є релевантним дійсності, оскільки для різних індивідів ті чи інші вчинки, як наприклад, крадіжка, брехня або шахрайство розцінюються для одних з точки зору провини, для інших – сорому. Також

зазначається, що загалом соціально небажані вчинки викликають сукупність обох емоцій в різних ступенях. Якщо говорити про природу вчинку, то прийнято вважати, що сором є «публічним» почуттям, що виникає на основі осуду соціального оточення, в той час як почуття провини відносять до «особистісних» переживань, які ґрунтуються на основі внутрішніх тенденцій та світосприйнятті. Проте на основі досліджень Танґні та інших авторів ми можемо казати про те, що сором також рівнозначно може проявлятися і як «особистісне» переживання. Найвідоміша концепція розмежовування почуття провини та сорому належить Хелен Люїс, вона стверджує, що почуття сорому призводить до негативної оцінки власного «Я», в той час як почуття провини – власної поведінки. З точки зору цієї концепції переживання сорому є більш сильною емоцією яка призводить до дисгармонії у структурі власного «Я», в той час як переживання почуття провини не зачіпає такі глибокі пласти. Варто зазначити, що дана теорія має вагоме емпіричне підґрунтя, яке включає не тільки статистичний аналіз, а також проведене експериментальне дослідження дослідження. Незважаючи на відсутність єдиної прийнятої концепції класифікації почуття провини та сорому загалом прийнято вважати почуття провини в більшій мірі моральною емоцією порівнянно із почуттям сорому, а також більш адаптативною емоцією. Існує багато досліджень які свідчать, що почуття провини викликає в людини потяг до змін, конструктивних дій спрямованих на покращення певної ситуації, стану чи поведінки. В той час як викликає в людини оборону сепарацію та уникнення контакту з черелом виникнення такого почуття. Окрім цього вона може викликати зворотню агресію у відповідь до подразника. Також існують дослідження зв'язку почуття провини та сорому і емпатії. Так емпатія має позитивну кореляцію з почуттям провини, в той час як почуття сорому – зворотню, спричинену фокусуванням на власному переживанні і викликаному ним дистресі. Як вже зазначалось вище почуття сорому є менш адаптативним почуттям порівнянно з почуттям провини, воно нерідко стає передумовою для таких психопатологічних симптомів як: посттравматичний стресовий розлад, низька самооцінка, суїцидальні тенденції та розлади харчової поведінки.

Повертаючись безпосередньо до психологічного інструментарію для вимірювання почуття провини та сором, існуючі методики можна умовно поділити на два типи. Перші, це ті що спрямовані безпосередньо на вимірювання теперішнього стану людини, тобто відчуття провини та сорому в даний момент. Та другі – спрямовані на емоційні диспозиції, тобто загальні тенденції та схильності до прояву почуття провини та сорому. Серед найвідоміших методик спрямованих на дослідження почуття провини та сорому можна виділити Differential Emotions Scale (1977 рік) та його модифікацію 1981 року. Не зважаючи на їх високий рівень валідності, обидві методики розраховані на чітке розмежування респондентами понять почуття провини та сорому, що є їх певним недоліком. Для методик які спрямовані на дослідження почуття провини та сорому як диспозицій властивий теж один спільний недолік. Кожна з цих методик спрямована лише на одну характеристику з двох. Та з іншого боку більшою проблемою є те, що ці показники не мають чіткого розподілу, а отже результати за даними методиками показують нам рівень вираженості почуття провини та сорому в сукупності, як одне явище. До таких методик відносяться методики Buss-Durkee Hostility-Guilt Inventory та Mosher Forced-Choice Guilt Inventory. Недоліком іншої групи методик, до якої належить така відома методика як Beall Shame-Guilt Test є їх неоднозначний критерій розділу почуття провини та сорому. В даному випадку таким критерієм є тип події яка викликає те чи інше почуття, а недолік даного аспекту був зазначений нами вище. Останнім з виділених типів методик є група методик яка базується на сценаріях та прагне визначити почуття провини та сорому як диспозицій. До цієї групи відносяться наступні методики Self-Conscious Affect and Attribution Inventory, Emotion Story Test та безпосередньо методика, яку ми обрали для нашого дослідження, Test of Self-Conscious Affect.

Отже перейдемо безпосередньо до методики. Методика Test of Self-Conscious Affect була вперше розроблена у 1989 році на основі теорії J. P. Tangney яка охоплює питання моральних емоцій, та під безпосереднім керівництвом автора теорії. Існує декілька адаптацій даної методики, також вона адаптована до різних етнічних та культурних груп, до різних вікових категорій. Для нашого досліджен-

ня ми використали останню третю версію опитувальника розроблену в 2000 році, та адаптовану для російськомовного населення. Структура методики складається з 15 ситуацій, які можуть викликати в людину певну моральну емоцію. Так для кожної з ситуацій запропоновані декілька варіантів реакцій, а респондент має за 65бальною шкалою оцінити ймовірність виникнення в себе кожної з реакцій на ситуацію.

Підрахунок балів відбувається за рахунок суми оцінок за шістьма шкалами, до них належать такі:

1. **Провина-риса.** Вона складається з 16 питань і досліджує вразливість людини до відчуття провини, коли та робить, за власною думкою, негативні дії.
2. **Сором-риса.** 16 варіантів, що складають даний показник спрямовані на оцінку потенціалу прояву почуття сорому людини в умовах негативної оцінки власної особистості в цілому.
3. **Екстернальність.** Складається з 16 пунктів. Визначає схильність людини до зовнішнього локусу контролю, тобто схильність до звинуваченню зовнішніх факторів впливу та людей іззовні на ситуації у власному житті.
4. **Відстороненість.** Складається з 11 пунктів та спрямована на оцінку рівня відсутності емоційної включеності людини до ситуації та її наслідків.
5. **α -гордість.** Складається з 5 пунктів та безпосередньо пов'язана з соромом. Дана шкала виявляє прояви гордості за власну особистість в цілому.
6. **β -гордість.** Складається також з 5 пунктів і є показником більш конкретного явища, а саме прояв гордості за себе в певний момент.

Система підрахунку балів, як вже зазначалось вище є додавання балів за кожною зі шкал. В даній методиці є певна кількість переваг які варто зазначити. Насамперед це те що оцінка афективного стану вбудована в певний контекст, також в даному випадку не має необхідності для респондента мати високий рівень розрізнення понять почуття провини та сорому і насамперед така методика побудована на сценаріях має значно нижчий ризик викликати в респондента захисних реакцій на контекст дослідження. До того ж побудова методики у вигляді сце-

нарію з вже запропонованими варіантами дій унеможлиблює когнітивну оцінку ситуації, порівняння з моральними стандартами, а фокусує респондента на рефлексію стосовного ймовірності того чи іншого варіанту перебігу подій.

Варто зазначити, що російськомовна адаптація методики TOSCA-3 показала високі результати за всіма необхідними показниками, щоб ми могли сміливо заявити про її надійність. Так дуже близькі кореляції шкал даної методики зі шкалами релевантних діагностичних інструментів, високий рівень внутрішньої узгодженості основних шкал методики свідчать про доречне використання її в практиці. Єдина прогалина її полягає в додаткових шкалах. В російськомовній версії опитувальника показника альфа-гордості та бета-гордості практично дублюють одна одну, через що результати дослідження показують низький рівень надійності за даними шкалами.

Висновок до другого розділу

Ми сформуваємо теоретичну модель механізму відтермінування піклування про здоров'я особистістю в контексті її переживання цінності здоров'я, яка полягає у тому, що у кожної людини існує система ставлень, яка визначає ставлення до здоров'я. Трансформація ціннісного ставлення до здоров'я в умовах карантинних обмежень за теоретичною моделлю визначається за допомогою чотирьох факторів: локус-контролю, психологічного благополуччя, рівня невротизації та почуття провини та сорому. Ці фактори і визначають ставлення до здоров'я: воно визначається у відтермінуванні піклування про здоров'я або у ціннісному ставленні до здоров'я.

Вибірку дослідження представляють собою люди різної вікової категорії. А, загалом кількість респондентів – 132 особи.

У другому розділі ми досягнули основні принципи та організаційні етапи емпіричного дослідження, обґрунтували методологічний інструментарій, була здійснена детальна підготовка до та після проведення дослідження.

До теоретичних методів ми віднесли: метод теоретичного аналізу, синтезу, моделювання, узагальнення та класифікації.

Методи емпіричного пізнання: метод психологічного опитування; застосовані у ході роботи психодіагностичні методики: методика «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (СОЗ), яка визначає суб'єктивну оцінку здоров'я людини; методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін, яка визначає ступінь інтенсивності турботи про власне здоров'я людиною на чотирьох рівнях: емоційний, пізнавальний, практичний та вчинковий, методика «Локус контролю» Дж. Роттера в адаптації Е. Г. Ксенофонтовой, яка визначає спрямованість відповідальності за життя людини та навколишніх процесів на зовнішнє середовище або на власну особистість, шкала психологічного благополуччя К. Ріфф в адаптації М. В. Соколової, яка визначає рівень розвитку фактору психологічного благополуччя загалом та його компонентів окремо, методика діагностики рівню невротизації Л. І. Вассермана, яка визначає власне рівень невротизації людини, методика «Вимірювання почуття провини та сорому» (Test of Self-Conscious Affect-3 – TOSCA-3), яка визначає актуальність рис сорому та провини, а також побіжних факторів: екстернальність, автономність бета-гордість та альфа-гордість.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

В даному розділі перейдемо безпосередньо до аналізу отриманих результатів. Загальна вибірка склала 132 особи, проте при проведенні попереднього опрацювання масиву отриманих даних, було виявлено 3 респонденти, які не пройшли опитувальник до кінця, через що для отримання більш точних результатів при математичному аналізі, їх відповіді було виключено з масиву даних.

Тепер перейдемо до математичного аналізу та інтерпретації отриманих показників. Оскільки нашою задачею є дослідити ціннісне ставлення до здоров'я в умовах карантинних обмежень, в цій роботі ми визначимо відмінності за даним показником та дослідити взаємозв'язок ціннісного ставлення до здоров'я із іншими показниками, які увійшли в нашу модель дослідження.

Перш за все, необхідно було мінімізувати побічну варіативність при обробці та інтерпретації отриманих даних, тож ми відкалібрували вибірку за критерієм статі. Загалом вибірку складає 129 осіб співвідношення за статтю у вибірці – 31,8% чоловіків, 68,2% жінок.

Таблиця 3.1.

Частотний аналіз після калібрування вибірки за гендером

Рівні	Частоти	Загальний %	Накопич. %
Чоловік	59	46.4 %	46.4 %
Жінка	70	53.6 %	3,50

У той же час, за даними пробного перепису населення України від 1 грудня 2019 року (найбільш актуальні відомості на даний момент) співвідношення українців є наступним – 46,4% чоловіків та 53,6% жінок. Таким чином, на етапі підготовки масиву даних було змінено ваговий коефіцієнт відповідей залежно від

статі, так розподіл тепер відповідає приблизним загальним показникам за населенням країни, що висвітлено в Таблиці 3.1.

Таблиця 3.2.

Дискрептивний аналіз за шкалами методики «Індекс ставлення до здоров'я»

С. Дерябо, В. Ясвіна

	ІСДЗ_Е	ІСДЗ_П	ІСДЗ_Пр	ІСДЗ_В
Кількість	129	129	129	129
Середнє	10.8	6.71	10.1	7.24
Медіана	10.5	7.00	10.0	4.00
Стандартне відхилення	2.96	2.89	2.58	2.88
Мінімум	4	1	3	0
Максимум	18	14	17	13
Ексцес	0.432	-0.115	0.340	-0.290
Стандартна похибка ексцесу	0.295	0.295	0.295	0.295
Асиметрія	0.264	-0.482	0.554	-0.485
Стандартна похибка асиметрії	0.582	0.582	0.582	0.582
Шапіро-Вілко W	0.960	0.968	0.955	0.958
Шапіро-Вілко p	0.634	0.085	0.718	0.027

Можемо перейти власне до аналізу отриманих результатів. Як зазначали ми раніше, мета нашого дослідження полягає в тому, щоб надати змістовну характеристику ціннісного ставлення до здоров'я в умовах карантинних обмежень, тож передусім, представимо результати аналізу за методами дескриптивної статистики та перевірку нормальності розподілу за методикою «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвіна. Результати висвітлені в Таблиці 3.2, де показники Емоційної шкали ставлення до здоров'я зашифровані як ІСДЗ_Е, показник

Пізнавальної шкали – ІСДЗ_П, показник ІСДЗ_Пр відповідає Практичній шкалі, а ІСДЗ_В – Вчинковій.

За наведеними результатами ми можемо побачити, що розподіл за шкалою Вчинкового індексу не відповідає нормальному ($p < 0,05$). Тож нами було прийняте рішення про спробу нормалізувати розподіл за даною шкалою або провести групування респондентів за даною ознакою. Розподіл за іншими шкалами відповідає нормальному ($p > 0,05$), таким чином, можемо використовувати параметричні методи при роботі з даними шкалами, а результати екстраполювати на генеральну сукупність. На малюнку 3.1 представлено візуалізацію розподілу за шкалою Вчинкового індексу щоб встановити можливі шляхи нормалізації розподілу за даною шкалою.

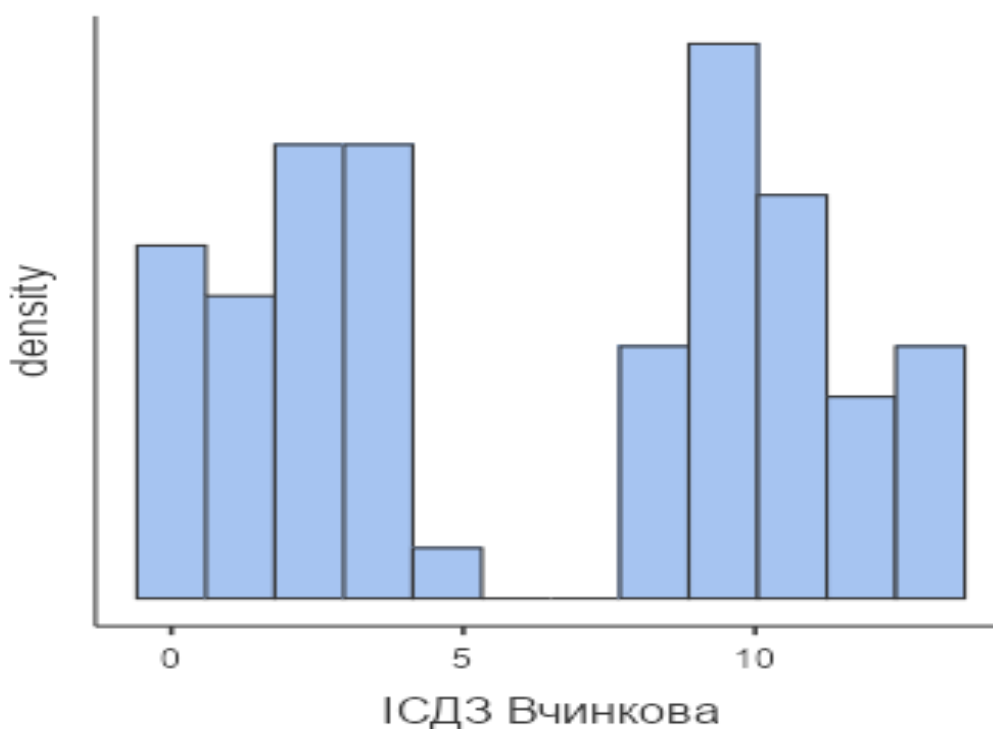


Рисунок 3.1. Візуалізація розподілу за шкалою Вчинкового індексу

Спроби нормалізувати розподіл через стандартизацію не дали бажаних результатів. Тож, було вирішено провести групування респондентів на засновку вчинкового індексу, тим самим розділивши вибірку на відповідні групи: респондентів схильних до прокрастинації турботи про здоров'я (ПТЗ) та тих, що активно піклуються про власне здоров'я (АТЗ) за результатами за даною шкалою,

медіаною розподілу у даному випадку стало значення 4, що відповідає нижній межі середнього рівню, відповідно близько половини респондентів включено до групи тих, хто має низький рівень інтенсивності вчинкової цінності ставлення до здоров'я, у той час як до іншої групи належать респонденти з переважно високим рівнем інтенсивності вчинкової цінності ставлення до здоров'я. Даний умовний розподіл є основою для подальшої обробки результатів задля вивчення феномену прокрастинації турботи про здоров'я в умовах карантинних обмежень.

Отже, наступним етапом є перевірка гіпотези рівності середніх значень за інтенсивності ціннісного ставлення до здоров'я між групами: тих, хто прокрастинує турботу про здоров'я та активно турбується. Тож, передусім перевіримо нормальність розподілу за вибірками сформованими на даному критерії. Провівши аналіз нормальності розподілу за трьома шкалами ІСДЗ за групами ПТЗ та АТЗ. Ми отримали значення, які свідчать, що розподіл за шкалами методики ІСДЗ за відповідними групами відповідає нормальному ($p > 0,05$), тож для порівняння середніх значень було використано F -критерій Левента, попередньо перевіривши однорідність дисперсій за шкалами ІСДЗ за групами ПТЗ та АТЗ показала, що за критерієм Левіня неоднорідність дисперсій вибірок за шкалою ІСДЗ Практична ($p = 0,039$ при $p > 0,05$), тож при роботі із даною шкалою необхідно використати відповідний критерій Велча для груп із неоднорідною дисперсією. За рештою шкал дисперсії є однорідними: $p = 0.137$ та $p = 0.888$. Перейдемо до аналізу за критерієм Ст'юдента, якій продемонструємо в Таблиці 3.3.

За шкалами ІСДЗ Емоційна та ІСДЗ Практична наявна статистично значима відмінність середніх значень $p = 0.011$, при $p < 0,05$, а за шкалою ІСДЗ Пізнавальна відмінності не є статистично значимими $p = 0,024$ при $p > 0,05$. Тому наступним етапом роботи ми визначали характер відмінностей що було виявлено. З середніх значень за групами ПТЗ та АТЗ за методикою ІСДЗ можемо говорити, що за шкалами ІСДЗ Практична та ІСДЗ Емоційна результати осіб, що схильні до прокрастинації турботи до здоров'я статистично значимо нижчі, здебільшого дані респонденти мають низький рівень практичної та емоційної цінності здоров'я або

ж значення нижньої межі середнього рівню. Зазначимо також, що серед осіб, що активно турбуються про власне здоров'я рівень практичної та емоційної ціннісної форми ставлення до здоров'я – високий. У той же час за шкалою ІСДЗ Пізнавальна відмінності не є статистично значимими, проте дещо вищими результати є саме серед групи ПТЗ, що може бути обумовлено як побічної варіативністю, так і відображати суспільну тенденцію, що потребує додаткового більш детального дослідження.

Таблиця 3.3.

Перевірка гіпотези рівності середніх за методикою ІСДЗ у групах ПТЗ АТЗ за t-критерієм Ст'юдента

		Statistic	df	p
ІСДЗ_Е	t Ст'юдента	2.64	64.0	0.011
	t Велча	2.62	58.6	0.011
ІСДЗ_П	t Ст'юдента	-1.09	64.0	0.279
	t Велча	-1.09	63.1	0.279
ІСДЗ_Пр	t Ст'юдента	2.33	64.0	0.023
	t Велча	2.31	58.6	0.024

Перевіримо також чи наявні відмінності у рівні самооцінки здоров'я серед респондентів, що схильні та не схильні до прокрастинації турботи про здоров'я. Знову ж таки, попередньо перевіривши нормальність розподілу та однорідність дисперсій підгруп. Аналіз нормальності розподілу за методикою «Суб'єктивна оцінка здоров'я» за групами ПТЗ та АТЗ показав, що розподіл в означених групах за даною шкалою відповідає нормальному ($p > 0,05$), а саме $p = 0,518$ та $p = 0,870$ відповідно. Аналіз нормальності розподілу за СОЗ за групами ПТЗ та АТЗ показав, що розподіл в означених групах за даною шкалою відповідає нормальному: $p = 0,518$ для ПТЗ та $p = 0,870$ для АТЗ. При перевірці однорідності дисперсій за

«СОЗ» за групами ПТЗ та АТЗ ми визначили, що дисперсії виділених груп є однорідними за шкалою СОЗ, тож можемо скористатися t-критерієм Ст'юдента.

При перевірці гіпотези рівності середніх за методикою «СОЗ» у групах ПТЗ АТЗ за t-критерієм Ст'юдента, яка винесена у Таблицю 3.4, були виявлені статистично значимі відмінності у рівні самооцінки здоров'я серед респондентів двох визначених груп і розміщено в Таблицю 3.4. Також ми визначили характер відмінностей що було виявлено.

Таблиця 3.4.

T-критерій Ст'юдента за методикою «СОЗ» у групах ПТЗ АТЗ та
Середні значення за групами ПТЗ та АТЗ за методикою «СОЗ»

		Statistic	Statistic	Statistic
СОЗ	Student's t	-1.79	664.0	0.038

		ІСДЗ Вчинкова (групи)	СОЗ
Mean	ПТЗ		11,1
	АТЗ		8,59

Таким чином ми можемо говорити, що серед осіб, що прокрастинують турботу про здоров'я рівень самооцінки здоров'я вищий ніж в осіб з підвищеною інтенсивністю турботи про здоров'я.

Наступним етапом роботи є визначення відмінностей у локалізації локусу контролю серед представлених груп респондентів. За результатами оцінки ми визначили відсутність нормального розподілу для двох визначених груп ($p < 0,05$), тож скористаємося непараметричним критерієм Мана-Уїтні, а отримані результати будуть характеризувати виключно досліджувану вибірку. За результатами аналізу за критерієм Мана-Уїтні можемо побачити, що відмінності між проявом інтернальності та екстернальності серед досліджуваних груп не є статистич-

но значимими ($p > 0,05$), проте зважаючи на ненормальність розподілу за даними шкалами ми не можемо говорити про дійсну відсутність такої відмінності у генеральній сукупності. Наступним пунктом перевіримо відмінності у рівні невротизації респондентів залежно від групи. Перевіривши нормальність розподілу за даною шкалою, визначили що для двох досліджуваних груп вона відповідає нормальному: $p = 0,728$ та $p = 0,166$, отже можемо перейти до аналізу однорідності дисперсій. Ми визначили, що дисперсії досліджуваних груп за шкалою невротизації є однорідними $p = 0,589$, тож можемо використати t-критерій Ст'юдента.

Відмінності у рівні невротизації між респондентами, що турбуються про своє здоров'я активно та прокрастинують інтервенції щодо здоров'я не є статистично значимими $p = 0,156$ при $p > 0,05$.

Перейдемо до зіставлення психологічного благополуччя досліджуваних залежно від їх рівню активності турботи про здоров'я в умовах карантину. Аналогічно до попередніх аналізів, першочергово ми перевіримо нормальність розподілу за шкалами методики «Діагностики психологічного благополуччя» К. Ріффа, а отримані результати представимо в Таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Перевірка нормальності розподілу за методикою ІСДЗ у групах ПТЗ АТЗ та Методикою «Діагностики психологічного благополуччя» К. Ріффа

Групи ІСДЗ Вчинкова	Mean		Shapiro-Wilk W		Shapiro-Wilk p	
	ПТЗ	АТЗ	ПТЗ	АТЗ	ПТЗ	АТЗ
ШПБ_ПБ	349	319	0,911	0,750	0,072	< 0,001
ШПБ_С	55,8	51,8	0,966	0,866	0,386	< 0,001
ШПБ_МВЖ	58,7	53,4	0,908	0,77	0,110	< 0,001
ШПБ_ОР	62,2	56,9	0,930	0,866	0,540	< 0,001
ШПБ_КС	55,9	50,8	0,873	0,930	0,601	0,032
ШПБ_А	57,0	53,3	0,885	0,893	0,203	0,003

Таблиця 3.5.

Перевірка нормальності розподілу за методикою ІСДЗ у групах ПТЗ АТЗ та
Методикою «Діагностики психологічного благополуччя» К. Ріффа

ШПБ_ПС	59,0	53,1	0,940	0,926	0,472	0,024
--------	------	------	-------	-------	--------------	-------

Для зручності позначення назв шкал в таблиці представлені в скороченому вигляді, тому перерахуємо їх повні найменування для кращого представлення результатів: шкали Психологічне благополуччя (ШПБ_ПБ), Самоприйняття (ШПБ_С), ета в житті (ШПБ_МВЖ), Особистісний ріст (ШПБ_ОР), Керування середою (ШПБ_КС), Автономія (ШПБ_А), позитивне ставлення (ШПБ_ПС).

З представленої таблиці можемо зазначити, що розподіл відповідає нормальному за усіма шкалами методики лише серед представників групи осіб, що прокрастинують турботу про здоров'я ($p > 0,05$), у той час як серед групи тих, хто активно турбується про своє здоров'я розподіл не відповідає нормальному за жодною із шкал ($p < 0,05$). Отже, при зіставленні ми вимушені використати U-критерій Мана-Уїтні, а результати представимо в Таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

U-критерій Мана-Уїтні для методики
«Діагностики психологічного благополуччя» К. Ріффа

		Statistic	p
ШПБ_ПБ	Mann-Whitney U	298	0.002
ШПБ_С	Mann-Whitney U	392	0.049
ШПБ_МВЖ	Mann-Whitney U	335	0.007
ШПБ_ОР	Mann-Whitney U	382	0.037
ШПБ_КС	Mann-Whitney U	301	0.002
ШПБ_А	Mann-Whitney U	420	0.110

Таблиця 3.6.

U-критерій Мана-Уїтні для методики
«Діагностики психологічного благополуччя» К. Ріффа

ШПБ_ПС	Mann-Whitney U	357	0.016
--------	----------------	-----	-------

Із отриманих результатів можемо охарактеризувати представлену вибірку наступним чином: наявні відмінності не є статистично значимими лише за шкалою Автномії ($p > 0,05$), у той час, як за іншими шкалами відмінності наявні та значимі. Тож, ми можемо охарактеризувати представлені вибірки наступним чином: загальний показник психологічного благополуччя більш високий серед осіб, що прокрастинують турботу про здоров'я; тим, хто активно піклується про здоров'я притаманний низький рівень благополуччя, а іншій групі – середній. Самоприйняття також вище серед групи «прокрастинаторів», проте рівень обох груп середній. За шкалою «Мета в житті» можемо говорити про аналогічну тенденцію: рівень серед ПТЗ дещо вищий, проте обидва показники знаходяться в межах середніх нормотипових значень, так само і за шкалами «Автономія» та «Позитивне ставлення». Показник особистісного росту серед групи ПТЗ середній, у той час як серед АТЗ – низький, так і за шкалою «Керування середовищем». Підсумовуючи, можемо вказати, що серед групи ПТЗ більш високим є рівень благополуччя загалом, керування середовищем та особистісного росту. Проте, повторно зауважимо, що дані результати стосуються виключно представлені вибірки, що була у наявності.

Перейдемо до зіставлення результатів двох груп за методикою діагностики «Вимірювання почуття провини та сорому», TOSCA. Перевіримо нормальність розподілу та визначимо відповідні середні значення підгруп за використання методів описової статистики та критерію Шапіро-Вілкі, результати аналізу винесемо в Таблицю 3.7.

Таблиця 3.7.

Перевірка нормальності розподілу за методикою ІСДЗ у групах ПТЗ АТЗ та методикою «Вимірювання почуття провини та сорому», TOSCA

Групи ІСДЗ Вчинкова	Mean		Shapiro-Wilk W		Shapiro-Wilk p	
	ПТЗ	АТЗ	ПТЗ	АТЗ	ПТЗ	АТЗ
TOSCA_П	53,6	51,3	0,889	0,887	0,003	0,002
TOSCA_С	41,9	43,4	0,941	0,931	0,079	0,032
TOSCA_Е	39,3	41,2	0,886	0,922	0,003	0,019
TOSCA_В	27,8	28,3	0,928	0,939	0,033	0,059
TOSCA_БГ	17,7	17,0	0,883	0,837	0,002	< 0,001
TOSCA_АГ	17,4	16,2	0,934	0,867	0,049	< 0,001

Відповідно, розподіл за даною методикою не відповідає нормальному за більшістю шкал ($p < 0,05$), отже при роботі із даною методикою ми вимушені використовувати методи непараметричні, а результати інтерпретації даних описують виключно представлену у роботі вибірку. Перевіривши рівності середніх за шкалами даної методики, ми визначили, що відсутні статистично значимі відмінності у проживанні сорому та провини серед респондентів груп ПТЗ та АТЗ за даною методикою ($p > 0,05$).

Наступним етапом нашої роботи буде порівняння відмінностей ціннісного ставлення до здоров'я серед чоловіків та жінок (Таблиця 3.8).

Таблиця 3.8.

Оцінка відмінностей ціннісного ставлення до здоров'я на основі критерію статі

	Стать	СОЗ	ІСДЗ_Е	ІСДЗ_П	ІСДЗ_Пр	ІСДЗ_В
Mean	Жінка	11,3	11,0	7,00	10,3	5,64

Таблиця 3.8.

Оцінка відмінностей ціннісного ставлення до здоров'я
на основі критерію статі

	Чоловік	8,33	10,3	6,10	9,71	4,68
Shapiro-Wilk W	Жінка	0,967	0,939	0,971	0,933	0,865
	Чоловік	0,952	0,955	0,918	0,963	0,849
Shapiro-Wilk p	Жінка	0,223	0,120	0,324	0,082	< 0,001
	Чоловік	0,370	0,420	0,180	0,571	0,007

Розподіл відповідає нормальному за усіма шкалами ($p > 0,05$), окрім ІСДЗ Вчинкова, $p < 0,001$ та $p = 0,007$, тож можемо провести перевірку однорідності дисперсій та скористатися параметричним методом аналізу рівності середніх. Виключимо шкалу ІСДЗ Вчинкова із аналізу, зважаючи на достатню опрацьованість попередньо даного аспекту ціннісного ставлення до здоров'я. Перевіривши вибірки на гомогенність за дисперсією, і визначили що можемо використувати критерій Ст'юдента ($p > 0,05$).

Наявні статистично значимі відмінності у самооцінці здоров'я між жінками та чоловіками ($p < 0,05$). Серед чоловіків рівень чутливості до стану власного здоров'я значимо нижчий, ніж серед жінок, водночас показники обох груп наближені до середніх.

Наступним засновком для дослідження оберемо вік респондентів. Як зазначалось раніше, вік респондента ми розглядали вік поділивши його на чотири категорії: до 20 років, 21 – 40 років, 41– 60 років та більше 60 років. Проте нажаль серед респондентів не набралась необхідна кількість представників останньої категорії, тому в дослідженні ми будемо розглядати лише перші три.

Таким чином ми отримали наступні дані, представлені в Таблиці 3.9. За більшістю шкал розподіл відповідає нормальному ($p > 0,05$). Тож можемо скористатися

статися параметричним методом – однофакторним дисперсійним аналізом, повторно виключивши шкалу ІСДЗ Вчинкова.

Таблиця 3.9.

Оцінка відмінностей ціннісного ставлення до здоров'я
на основі критерію віку

	Стать	СОЗ	ІСДЗ_Е	ІСДЗ_П	ІСДЗ_Пр	ІСДЗ_В
Mean	до 20	10,0	9,91	7,73	11,0	7,64
	21 – 40	9,66	11,5	6,41	10,2	3,91
	41 – 60	12,6	9,21	6,79	9,07	7,50
Shapiro-Wilk W	до 20	0,964	0,962	0,909	0,849	0,856
	21 – 40	0,966	0,969	0,966	0,963	0,811
	41 – 60	0,955	0,844	0,799	0,944	0,926
Shapiro-Wilk p	до 20	0,824	0,801	0,239	0,051	0,042
	21 – 40	0,252	0,327	0,248	0,204	< 0,001
	41 – 60	0,647	0,078	0,255	0,472	0,008

Ми перевірили розподіл дисперсії вибірок і визначили, що вони є гомогенними, тож ми перейшли до однофакторного дисперсійного аналізу за критерієм Фішера. Статистично значимі відмінності наявні за шкалами «Самооцінка здоров'я» та «ІСДЗ Емоційна». За допомогою Post Hoc таблиць ми перевірили якими саме є дані відмінності.

Аналізуючи отриману інформацію можемо визначити, що респонденти після 40 років стають більш чутливими до стану свого здоров'я, збільшується рівень усвідомлюваних хворобливих проявів, водночас значимо знижується емоційна включеність у турботу про здоров'я. Проживання кризи дорослості пов'язано із зміною ціннісного ставлення до здоров'я в емоційному вимірі.

Таблиця 3.10.

Post Hoc для шкал «Самооцінка здоров'я» та «Емоційна шкала» за методикою «Індекс ставлення до здоров'я»

Tukey Post-Hoc Test – CO3		до 20	21-40	41-60
до 20	Mean difference	—	0.341	-2.64
	p-value	—	0.947	0.109
21 – 40	Mean difference		—	-2.98
	p-value		—	0.010
41 – 60	Mean difference			—
	p-value			—

Tukey Post-Hoc Test – ІСДЗ_Е		до 20	21-40	41-60
до 20	Mean difference	—	-1.63	0.695
	p-value	—	0.214	0.815
21 – 40	Mean difference		—	2.322
	p-value		—	0.026
41 – 60	Mean difference			—
	p-value			—

Таким самим способом ми зробили аналіз за засновком для дослідження оберемо зайнятість респондентів. Як зазначалось раніше, зайнятість респондента ми розглядали розділивши на наступні категорії: навчаюся, працюю, безробітний, втратив роботу через ковід, на пенсії. Проте нажаль серед респондентів не набралась необхідна кількість представників останньої категорії, тому в дослідженні ми будемо розглядати лише чотири перші.

Таким чином ми отримали дані, і на їх основі можемо зробити наступні висновки. Наявні значимі відмінності між рівнем інтенсивності ціннісного ставлення до здоров'я у практичному вимірі залежно від типу зайнятості респондентів. Повторивши аналіз Post Hoc ми визначили, що ті із респондентів, хто втратив роботу через ковід більшою мірою турбуються щодо власного здоров'я у прикладному вимірі, у порівнянні з працюючими респондентами. Водночас, безробітні та респонденти, що наразі навчаються займають проміжні позиції за даною шкалою.

Наступним критерієм, який ми проаналізуємо подібним чином є пенесення коронавірус респондентом. Ми виділили наступні три категорії в нашому дослідженні: «не хворів на коронавірус» (1), «хворю зараз» (2), «хворів але одужав» (3).

Таблиця 3.11.

Оцінка відмінностей ціннісного ставлення до здоров'я на основі критерію віку

	Covid+	CO3	ІСДЗ_Е	ІСДЗ_П	ІСДЗ_Пр
Mean	1	10.8	11.1	6.61	9.71
	3	9.71	10.3	6.86	10.6
Shapiro-Wilk W	1	0.979	0.961	0.921	0.960
	3	0.960	0.936	0.978	0.932
Shapiro-Wilk p	1	0.699	0.200	0.200	0.187
	3	0.357	0.089	0.798	0.170

За даними Таблиці 3.11 ми можемо зробити висновок, що ті із респондентів, хто втратив роботу через ковід більшою мірою турбуються щодо власного здоров'я у прикладному вимірі, у порівнянні з працюючими респондентами. Водночас, безробітні та респонденти, що наразі навчаються займають проміжні пози-

ції за даною шкалою. Розподіл за шкалами відповідає нормальному, тож скористаємося критерієм Ст'юдента. Оскільки дисперсії є однорідними, тож використаємо критерій Ст'юдента. Ми відмітили відсутність статистично значимі відмінності у ціннісному ставленні до здоров'я залежно від того, чи хворіли досліджувані на ковід-19.

При перевірці особливостей ставлення до здоров'я за критерієм психічного здоров'я, а точніше наявності або відсутності проблем із психічним здоров'ям, ми визначили, що статистично значимі відмінності між респондентами, що мають проблеми та не мають проблем із психічним здоров'ям.

Проте той же час в наявні статистично значимі відмінності суб'єктивної оцінки здоров'я респондентів в залежності від наявності проблем із соматичними захворюваннями та їх відсутністю. Ми зробили перевірку і визначили що за даними критеріями розподіл відповідає нормальному, тож ми скористались параметричним методом. З нього ми визначили що дисперсії не є гомогенними, тож в подальшому використали критерій Велча. Результати аналізу представлені в Таблиці 3.12. З них ми можемо побачити, що статистично значимі відмінності у самооцінці здоров'я між тими хто має і не мають хронічні захворювання наявні.

Варто також оговорити те, що при аналізі не було виявлено взаємозв'язків шкал, які описують ставлення людини до здоров'я зі шкалою яка характеризує перебування людини на обліку у лікаря.

Таблиця 3.12.

Перевірка гіпотези рівності середніх за методикою ІСДЗ у групах залежно від наявності або відсутності проблем із соматичним здоров'ям

		Statistic	df	p
СОЗ	Student's t	-2,729	64,0	0,008
	Welch's t	-2,667	53,0	0,010
ІСДЗ_E	Student's t	-1,389 ^a	64,0	0,170
	Welch's t	-1,304	43,2	0,199

Таблиця 3.12.

Перевірка гіпотези рівності середніх за методикою ІСДЗ у групах залежно від наявності або відсутності проблем їх соматичним здоров'ям

ІСДЗ_П	Student's t	-0,176 ^a	64,0	0,860
	Welch's t	-0,167	44,8	0,868
ІСДЗ_Пр	Student's t	-0,871	64,0	0,387
	Welch's t	-0,831	47,1	0,410

На даний момент ми розглянули перший з двох аспектів які в сукупності представляють рівень турботи про здоров'я або ж прокрастинацію турботи про здоров'я, а саме показники за Вчиноковою шкалою методики «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін. В свою чергу наступна частина нашого аналізу буде присвячена другому, виділеному нами аспекту, представленому за допомогою Практичної шкали методики «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін.

Як зазначалось раніше, саме за цими двома шкалами можна визначати ступінь прокрастинації турботи про здоров'я в респондентів. Тому для більш всебічного аналізу питання турботи про здоров'я ми застосували кореляційний аналіз, після якого за визначеними значними кореляціями спробували сформулювати регресійну модель, за допомогою регресійного аналізу відповідно.

Результати за кореляційним аналізом загалом були винесені в Додаток І, але для зручності ми винесли в Таблицю 3.12 значимі кореляційні зв'язки за досліджуваною шкалою ІСДЗ_Пр.

Таблиця 3.12.

Кореляційні зв'язки шкали ІСДЗ_Пр з іншими шкалами

ІСДЗ_Е	Локус_Е	Локус_І	ШПБ_ПС	ШПБ_КС
--------	---------	---------	--------	--------

Таблиця 3.12.

Кореляційні зв'язки шкали ІСДЗ_Пр з іншими шкалами

ІСДЗ_Пр	<i>r</i>	0,310*	-0,364**	0,364**	0,285*	0,322**
	<i>Sig.</i>	0,011	0,003	0,003	0,021	0,008

		ШПБ_ОР	ШПБ_МВЖ	ШПБ_С	ШПБ_ПБ	TOSCA_E
ІСДЗ_Пр	<i>r</i>	0,355**	0,250*	0,291*	0,329**	-0,284*
	<i>Sig.</i>	0,003	0,043	0,018	0,007	0,021

Таким чином можна говорити про наявну групу сильних зв'язків та більш слабких зв'язків які при цьому мають високу значущість, саме тому було прийняте рішення приділити їм також увагу у нашій роботі. Так з зазначеної таблиці ми можемо побачити що шкала **ІСДЗ_Пр** має сильні кореляційні зв'язки зі шкалами **ІСДЗ_Е**, **Локус_Е**, **Локус_І**, **ШПБ_ПС**, **ШПБ_КС**, **ШПБ_ОР**, **ШПБ_МВЖ**, **ШПБ_С**, **ШПБ_ПБ**, **TOSCA_E**. Розглянемо кожен з виявлених кореляційних зв'язків більш детально. Першим кореляційним зв'язком ми відмітили зв'язок із шкалою спільної методики **ІСДЗ_Е** (Емоційна шкала) сила зв'язку не має сильного виразу, проте достатньо значуща щоб приділити їй увагу, $r = 0,301$, при $p = 0,011$. При ознайомленні з даною методикою раніше ми зазначали, що для неї немає наявних сильних кореляційних зв'язків між внутрішніми шкалами методики. Саме тому. Зараз, ми можемо зацентувати свою увагу на такому зв'язку в нашому дослідженні. Загалом відповідно до опису методик і загальних засад які закладались в теоретичне обґрунтування шкал, можна говорити про наявність не лише спільної спрямованості та вияв рівня ставлення до здоров'я для даних шкал. Окрім цього необхідно зазначити, що для показника емоційного компоненту та практичного компоненту ставлення до здоров'я спільним є мотиваційна сфера яка проявляється саме в отриманні задоволення від процесу турботи за власним здо-

ров'ям. Можливо саме тому для шкал **ІСДЗ_Е** та **ІСДЗ_Пр** наявна значущий кореляційний зв'язок.

Наступний виділений кореляційний зв'язок між шкалами **ІСДЗ_Пр** та **Локус_Е**, **Локус_І**. Одразу наголосимо на тому, що шкали за методикою «Локус контролю» Дж. Роттера є зворотніми один одному, вони мають спільні ключі, змінним є лише їх знак. Так наприклад кореляційний аналіз за даними шкалами буде мати значимість -1 . В дослідженні зручно виокремлювати їх на дві шкали, через можливість виникнення різних задач, які будуть потребувати опису одного чи іншого полюсу континууму локуса контролю, що дає змогу спростити роботу і зменшити плутанину в понятійному апараті. Так в нашому дослідженні не є принциповим вибір тієї чи іншої шкали, тому ми зробимо акцент на тій яка має кореляційний зв'язок із додатнім знаком, тобто шкалі **Локус_І**. За даними кореляційного аналізу ми отримали значущий показник за досліджуваними шкалами ($r = 0,364$, при $p = 0,003$). Відповідно звертаючись до опису методики та шкал, ми можемо говорити про можливе обумовлення такого зв'язку. Оскільки Практична шкала вказує на рівень ініціативної діяльності людини стосовно заходів на підтримку та покращення власного здоров'я, а Інтернальний локус контролю свідчить про покладання відповідальності за власну діяльність на самого себе, можна з певністю казати, що в обох випадках покладання на себе є спільним патерном, на який спрямовані обидві шкали.

Настпні кореляційні зв'язки між показником індексу ставлення до здоров'я та шкалами психологічного благополуччя займають питомну частку нашого дослідження, тому приділимо ним більше уваги при аналізі. Так першою кореляцією є пара **ІСДЗ_Пр** та **ШПБ_ПС**. За даними шкалами спостерігається незначна проте достатньо вагома кореляція ($r = 0,285$, при $p = 0,021$). Загалом важко виділити спільні ознаки для цих двох факторів, адже Практичний прояв ставлення до здоров'я свідчить про власну діяльність людини, а Шкала позитивного ставлення визначаю якісні особистості взаємодії з оточуючими особистості. Таким чином ми можемо лише прогнозувати та передбачати причини такого зв'язку між шкалами. Іншою шкалою за даною методикою, в якій наявні кореляційні зв'язки з Практич-

ною шкалою є **ШПБ_КС** ($r = 0,322$, при $p = 0,008$), ця шкала визначає контроль середовища. За великим принципом, вона в певному аспекті релевантна показнику Інтернальності Дж. Роттера і визначає можливість індивіда матипевний вплив на оточуюче середовище та брати під контроль його процеси. Так за критеріями Шкали Практичного ставлення до здоров'я, важливим фактором є вміння індивіда організувати та заохочувати до організованою власне діяльності пов'язаною з заходами покращення стану здоров'я та культурного просвітлення на цю тему, тож наявність такої кореляції, свідчить про розширення поля уявлення про структуру прокрастинації-турботи про здоров'я та його компонентів. Іншою шкалою, з якою була виявлена значуща кореляція є шкала **ШПБ_ОР** ($r = 0,355$, при $p = 0,003$). Так вище вже зазначалось нами, що особистісний ріст є важливим компонентом в формуванні позитивного ставлення до себе в цілому та до власного здоров'я в більш вузькому контексті. Людина маючи прагнення, та відчуваючи що вона хоче і продовжує розвиватись ставить власний стан на пріоритетне місце, таким чином посилює турботу й про власне здоров'я та вбачає його як компонент продуктивного стану на визначеному людиною шляху. Шкала **ШПБ_МВЖ** ($r = 0,250$, при $p = 0,043$) має вже не на стільки виражений зв'язок як попередньо розглянута шкала. Так мета в житті передбачає добре усвідомлення свого поточного стану і постійний моніторинг внутрішніх процесів, таким чином й усвідомленість стосовно власного здоров'я для людей з вираженим показником за шкалою Мета в житті, є більшим. Шкала **ШПБ_С** ($r = 0,291$, при $p = 0,018$) має також слабший кореляційний зв'язок із Практичним ставленням до здоров'я, що в свою чергу обумовленим може бути тим, що хоч самооцінка відображає також і усвідомлення стану власного здоров'я, проте в той ж самий час, вона не спонукає до дій, спрямованих на покращення тих чи інших стану, аспекту, властивості. Шкала **ШПБ_ПБ** ($r = 0,329$, при $p = 0,007$) є заключним та узагальнюючим показником для даної методики. Показники за даною шкалою є збірними з усіх інших шкал цієї методики. Такий високий показник кореляції та висока значущість власне впливає з наявності великої кількості кореляційних значущих зв'язків із шкалою **ІСДЗ_Пр**.

Останньою шкалою в нашому кореляційному аналізі була шкала **TOSCA_E** ($r = -0,284$, при $p = 0,021$). Розглядаючи цю шкалу варто зазначити схожість її теоретичної бази з засадами теорії Локуса контролю Дж. Роттера, так обидві ці шкали свідчать про спрямованості локуса контролю людини й в даному випадку ми будемо говорити про спрямованість на зовнішнє середовище та оточуючих. Власне це пояснює чому кореляційний зв'язок носить від'ємний знак. Адже як ми зазначали раніше, чим сильніше людина покладається на власні сили та бере відповідальність за власні дії, тим вище в неї буде мотивація до діяльності та відповідно до діяльності, яка б була пов'язана із турботою про здоров'я.

Отже підсумовуючи, хочемо зазначити, що найбільша кількість кореляційних зв'язків для шкали практичного прояву ставлення до здоров'я є з шкалами методики яка визначає рівень психологічного благополуччя людини, таким чином ми встановили значущий зв'язок з мотиваційною сферою, внутрішніми аспектами з турботою про власне здоров'я. Останнім етапом для нашого дослідження було проведення регресійного аналізу для визначення моделі, яка б могла прогнозувати визначений нами фактор практичної турботи про власне здоров'я. В Таблицю 3.13 ми внесли данні за побудовою першої моделі. За результатами представленими в таблиці можемо помітити, що ми використовували для побудови моделі шкали, які мають достатньо або сильну значущість кореляційних зв'язків із шкалою Практичного ставлення до здоров'я. Так загальна пояснювальність моделі достатньо низька. До того ж при аналізі, де які шкали були автоматично викинуті з побудови моделі і результатів у вигляді готової моделі. Тому було прийняте рішення, що необхідно покращити отриману модель. Так за даною моделю ми вирішили виключити окремі показники за методикою «Шкалми психологічного благополуччя»: **ШПБ_КС**, **ШПБ_ОР**, **ШПБ_МВЖ**, **ШПБ_С**. Замість цього використати загальний показник **ШПБ_ПБ**, який за кореляційним аналізом до того ж мав найвищі показники значущості взаємозв'язку факторів. Таким чином ми отримали другу модель, набагато спрощенну. Відповідно й результати показали, що хоч за методикою «Шкалми психологічного благополуччя»

загалом покращились, показник Екстернальності навпаки погіршилися, а показник локусу контролю не змінився.

Таблиця 3.13.

Регресійний аналіз із залежною змінною ІСДЗ_Пр

<i>Перша модель</i>	ІСДЗ_Пр	
	г	р
Локус_I	2,451	0,017
ШПБ_КС	0,569	0,571
ШПБ_ОР	1,523	0,133
ШПБ_МВЖ	-1,483	0,143
ШПБ_С	1,038	0,304
TOSCA_E	-0,961	0,341

<i>Друга модель</i>	ІСДЗ_Пр	
	г	р
Локус_I	2,510	0,015
ШПБ_ПБ	1,632	0,108
TOSCA_E	-1,008	0,317

<i>Третя модель</i>	ІСДЗ_Пр	
	г	р
Локус_I	2,406	0,019
ШПБ_ПБ	1,337	0,186
TOSCA_E	-1,622	0,110
ІСДЗ_E	3,162	0,002

Саме тому було прийнято рішення про третю спробу покращити модель. Так ми додали спільну шкалу (емоційну) з методики «Індекс ставлення до здоров'я» ІСДЗ_Е. За результатами, які так само висвітлені в Таблиці 3.13 ми можемо помітити значущі покращення моделі і загальної пояснювальності за визначеними шкалами та показником практичної форми прояву прокрастинації-турботи про здоров'я ІСДЗ_Пр. З отриманої моделі ми можемо виділити сукупність факторів до яких належать: полюс локусу контролю, загальне психологічне благополуччя та емоційне відношення, естетичне бачення турботи про здоров'я, як фактори які мають прогностичну силу для визначного для показника прокрастинації ставлення до здоров'я, Практичного ставлення до здоров'я.

3.2. Розробка та апробація тренінгу особистісного розвитку спрямованого на повернення ціннісного ставлення до здоров'я

Зважаючи на отримані у ході емпіричного етапу дослідження результати, нами було розроблено програму тренінгу особистісного розвитку. Метою даної психологічної практики є повернення особистості ціннісного ставлення до здоров'я. Задля досягнення даної мети ми спиралися на визначені статистично значимі кореляційні зв'язки а також відомості щодо трансформації ставлення до здоров'я в умовах карантинних обмежень.

Надамо коротку характеристику розробленого тренінгу:

1. Тривалість тренінгової програми складає 2 дні, тренінговий день триває 4 години. 45 хвилин
2. На початку кожного із днів було презентовано ознайомчу міні-лекцію спрямовану на підвищення психологічної культури цільової аудиторії;
3. У програму тренінгу було включено загалом 8 змістовних вправ (по 4 вправи щоденно) та 6 міні-вправ, націлених на релаксацію та розвантаження учасників; домашнє завдання; лекційні матеріали; інтеракційні засоби, підручні та методичні матеріали;
4. Рекомендована кількість учасників 12 осіб; переважна частина вправ проводиться у підгрупах близько 3-4 осіб за принципом трикутника «мовець-мовець-рев'юер»;
5. Тема тренінгу: «Повернення цінності здоров'я в умовах епідемії»; відповідно представлена мета тренінгу: повернення особистості цінності здоров'я як важливого компоненту ціннісно-мотиваційної сфери.

Визначені завдання тренінгу:

1. Підвищення психологічної культури учасників тренінгу, формування уявлення про ціннісне ставлення до здоров'я та його роль у розвитку гармонійної особистості;

2. Посилити зв'язок з тілом та здорову вітальність серед учасників, розвинути уявлення щодо екзистенціалу тілесности та підвищити чутливість до власних тілесних переживань.
3. Надати респондентам інструменти для корекції ціннісної ієрархії та допомогти врівноважити їх систему цінностей шляхом актуалізації, пошуку внутрішнього ресурсу та реструктуризації установок;
4. Визначити фактори, що перешкоджають учасникам тренінгу у турботі про здоров'я та та можливі шляхи їх подолання.

Сценарій першого дня тренінгу

Перший день тренінгу спрямований на актуалізацію цінностей та збалансування ціннісно-орієнтаційної ієрархії особистости, підвищення цінності здоров'я.

1. **09.00 — 09.30** Вступна частина. Привітання та знайомство учасників із тренінговою програмою; виявлення очікувань та переживань. На даному етапі відбувається обговорення регламенту, плану дня та визначення цілей.
2. **09.30 — 10.00** Вступна частина. Проведення міні-лекції, обговорення питань та групова дискусія.
3. **10.00 — 10.10** Основна частина. Міні-вправа «Асоціативне знайомство».
4. **10.10 — 10.25** Міні-вправа «Правила нашої групи».
5. **10.25 — 10.55** Основна частина. Вправа № 1. «Подорож до старця»
6. **10.55 — 11.10** Кава-брейк (15 хвилин).
7. **11.10 — 11.30** Основна частина. Вправа № 2. «Аукціон»
8. **11.30 — 11.40** Основна частина. Друга міні-вправа «Розслаблення через напруження».
9. **11.40 — 12.25** Обідня перерва.
10. **12.25 — 12.55** Основна частина. Вправа № 3 Арт-терапевтична техніка «Віталум-віталіс»

11. **12.55 — 13.25** Основна частина. Вправа № 4 «Повноцінно здоровий Я»

12. **13.25 — 13.45** Завершальна частина. Обговорення дня та домашнє завдання.

Сценарій другого дня тренінгу

Другий день тренінгу спрямований на роботу з тілесним виміром та формування здорової вітальності учасників та ціннісного ставлення до власного здоров'я саме через чутливе ставлення до тіла та розвиток екзистенціалу тілесності.

1. **09.00 — 09.30** Вступна частина. Привітання та обговорення домашнього завдання

2. **09.30 — 10.00** Вступна частина. Проведення міні-лекції, обговорення питань які виникатимуть, дискуссія.

3. **10.00 — 10.10** Основна частина. Міні-вправа розминка «Оживлююче дихання»

4. **10.10 — 10.25** Кава-пауза (15 хвилин)

5. **10.25 — 10.55** Основна частина. Вправа № 1 «Броуновські рухи»

6. **10.55 — 11.25** Основна частина. Вправа № 2 «Скульптор і глина»

7. **11.25 — 11.40** Основна частина. Друга міні-вправа «Затримуване дихання»

8. **11.40 — 12.25** Обідня перерва

9. **12.25 — 12.55** Основна частина. Вправа № 3 «Передача м'ячика»

10. **12.55 — 13.25** Основна частина. Вправа № 4 «Танець на підлозі»

11. **13.25 — 13.45** Завешувальна частина. Шерінг та рефлексія до тренінгу в цілому.

Перший день тренінгу

Вступна частина. Привітання та знайомство, обговорення очікувань та переживань, обговорення плану дня та поставлених задач. На даному етапі відбувається обговорення регламенту, плану дня та визначення цілей; проведення міні-лекції, обговорення питань та групова дискуссія.

Вступна частина. Вправа «Асоціативне знайомство»

Мета вправи: знайомство членів групи, перша інтеракційна вправа; зменшення напруження у групі через роботу з асоціативним матеріалом, саморозкриття учасників тренінгу.

Дана вправа дозволяє учасникам задуматися про особливості інших членів групи, сформулювати своє ставлення до них, а також дізнатися про себе щось нове. З'являється розуміння того, що те, як ми сприймаємо себе не завжди збігається з думками про нас інших людей.

Зміст вправи: Учасники розділяються на групи по 3-4 особи, завдання одного із учасників за допомогою асоціацій описати одного із членів групи не виражаючи на пряму очевидних ознак учасника; задача інших членів групи відгадати про кого саме йде мова, ключовим правилом є натуральність, проте безоціночність асоціацій: учасникам рекомендується користуватися дієсловами, іменниками та іншими частинами мови за винятком прикметників, асоціації мають бути персональними.

Рефлексія: які були складнощі при виконанні завдання? чи легко було пред'являти асоціації на іншу людину? чи виникали подібні асоціації у різних учасників? що ви відчували коли інші учасники описували вас?

Тривалість вправи: 15 -20 хвилин.

Вступна частина. Вправа «Правила нашої групи»

Мета роботи: оголошення регламенту та рамок в яких буде проводитися тренінг, інтеракційна вправа спрямована на підвищення особистісної мотивації учасників до активної діяльності в рамках тренінгу.

Зміст вправи: Ведучим оголошується текст подібного змісту: «В групах для реалізації певної діяльності, завжди визначаються певні правила задля підвищення ефективності роботи та уникнення конфліктів. Пропоную Вам озвучити основні пункти, які б ви хотіли бачити нашими правилами на час тренінгу». Пропозиції учасників записуються на аркуші ватману. Необхідно, щоб учасники самі

пропонували більшість пунктів правил. Це мотивує їх на виконання: «Мене не змушують, а я сам так вирішив».

Тривалість вправи: 5-10 хвилин.

Рефлексія: обговорення відповідних правил.

Основна частина. Вправа № 1. «Подорож до старця»

Мета вправи: актуалізація цінностей особистості, усвідомлення людиною її ієрархії ціннісних орієнтирів та можлива корекція.

Зміст вправи: Кожному із учасників видається вісім аркушів паперу. На кожному із аркушів окремо учасники записують певну значиму для них цінність. Після цього тренер представляє розповідь подібного змісту: «Сядьте в зручній для вас позі, зніміть напруження, розслабтесь повністю, зосередтесь зараз лише на моєму голосі. Приготуйтеся, зараз ми відправимось з вами в дальню та цікаву подорож. Уявіть собі, ви прокидаєтесь раннього ранку і бачите за вікном світанок. Неочікувано ви чуєте телефонний дзвінок. Піднявши слухавку ви чуєте на тому кінці приємний голос. Людина яка телефонує, звертається до вас по імені та пропонує вам вирушити в чарівну мандрівку до мудреця. Цей мудрець допоможе вам розібратись з важливими для вас питання. Ви згодні? В мандрівку вам пропонується взяти лише ваші цінності... Отже вирушаємо. За вами приїжджає таксі і ви вирушаєте до аеропорту. Підїхавши до будівлі аеропорту перевізник просить розрахуватись за поїздку лише однією з ваших цінностей, яку ви взяли з собою. Ви увійшли в будівлю аеропорту та чуєте, як до вас звертаються за іменем з гучномовця. Підійшовши до каси за проханням, вам простягнули квиток, в обмін за це просять віддати одну з ваших цінностей. Ви сидите в бізнес-класі, в зручному кріслі та дивитесь в ілюмінатори. Раптом літак починає тряситись і втрачати висоту, до вас виходить стюардеса і каже що на літаку сталась аварія і щоб врятуватись від катастрофи просить віддати одну з ваших цінностей. Ви м'яко сідаєте в якомусь лісі, невідомо де. Надворі темно і ви не знаєте куди вам йти далі. В сороні від літака ви бачите людину. Вона підходить до вас і пропонує свою допомогу, з вашого боку просить віддати одну з ваших цінностей. Провідник виводить вас

з лісу і ви підходите до гори. Але щоб її подолати в вас немає ні спорядження ні провізії. Ви бачите під горою дві крамнички, в яких за провіант та спорядження в вас просять віддати дві з цінностей що в вас лишилися. Так піднявшись в гору ви бачите на верхівці будинок мудреця. В останній момент ви помічаєте перед собою прірву але не бачите ні мостика ні іншого шляху щоб її подолати. Людина яка піднялась за вами пропонує показати шлях, щоб оминати прірву, ви віддаєте цій людині одну зі своїх цінностей і переходите благополучно на інший бік. Опинившись перед хатиною мудреця, ви входите до середини і вас вітає мудрець. З якою останньою цінністю ви прийшли до нього? Ви сідаєте і починаєте довгу, неспішну, приміємну та насичену розмову. Згодом мудрець підіймається та сповіщає що вам вже час вирушати. Він подякував вам за зустріч та пропонує у вдячність повернут вам одну з цінностей, яку ви залишили на шляху до нього. Яку цінність ви хочете повернути собі? Вийшовши з хатини мудреця ви опиняєтесь в себе вдома»

Тривалість вправи: 40 хвилин.

Рефлексія: з якою цінністю було найважче та найлегше розлучитися? як ви вирішували що варто віддати ту чи іншу цінність? чи комфортним для вас було віддавати цінності? чи цінність яку ви залишили наприкінці це та ж, яка стояла першою при ранжуванні на початку? цінність, яку ви залишили - це дійсно те, що є для вас головним і цінним в житті? як ви вважаєте чи вибраний порядок цінностей відповідає тому як ви реалізуєте їх у вашому житті? чи відчуваєте ви що ваші цінності дещо змінилися наразі після вправи або можуть змінитися згодом?

Кава-брейк (15 хвилин).

Основна частина. Вправа № 2. «Аукціон»

Мета: актуалізувати уявлення учасників щодо обмеженості ресурсів та необхідності пріоретизації та виділення найбільш значимих для них цінностей.

Зміст вправи: перед початком гри учасники розділяються на кілька команд, кожна команда отримує десять певних жетонів. Кожен із наданих жетон уособлює частину самих учасників, можна зазначити, що це умовно «одна десята» частка

від часу, енергії, коштів, чи власне індивідуальності. На час проведення вправи ці умовні частки-жетони оголошуються рівноцінними сукупності тих можливостей, з яких складається особистість учасників. Ведучий оголошує учасникам текст наступного змісту: підчас даної вправи вам буде дан вибір або «заощадити» або «витратити» жетони. На торги будуть по черзі виставлені цінності. За жетони ви можете їх придбати або просто не купувати заощадивши жетони. За умови якщо на якусь цінність буде більше одного покупця, буде влаштований аукціон. Та команда яка запропонує більшу ціну отримає цінність. Якщо на якусь цінність не знайдеться покупців – вона прибирається назавжди з продажу. За умови закінчення ваших жетонів, ви вже не зможете нічого придбати.

По черзі ведучим оголошуються відповідні цінності та проводиться аукціон. Наприкінці аукціону проводиться невеличкий шерінг стосовно вдоволеності учасників щодо «надбань».

Опісля ведучий оголошує учасникам: «Коли ми всі купили цінності прошу вас підійти до столів на яких ви знайдете ватмини та різні інструменти для малювання. Наступне завдання для кожної групи буде звучати наступним чином: передивіться та обговоріть придбані цінності, враховуючи їх, намалюйте людину і її майбутнє з урахуванням, що для неї будуть актуальними ці цінності. Чого досягне ця мюлина, яке майбутнє очікує на неї?»

Рефлексія: чи легко було обрати яку саме цінність ви бажаєте придбати? Чи заважало вам те що ви мали вирішувати що саме придбати у групі? Які інші перешкоди перед вами постали? Відчуваєте ви в собі спроможність знайти баланс та обрати саме необхідні вам цінності? Яке місце у цій системі займає ваше власне здоров'я, здоров'я ваших близьких?

Основна частина. Міні-вправа «Розслаблення через напруження».

Мета вправи: Після інтенсивної роботи привести своє тіло в розслаблений стан перед відпочинком.

Зміст вправи:

Ця вправа прийшла до нашого тренінгу з курсів акторської майстерності і на мою думку після попередньої, вправи яка так напружує та виснажує ця ідеально допоможе розслабитись і зняти напруження в тілі. Я пропоную зробити вам таку послідовність вправ, які дозволять зняти напруження з різних частин тіла і розслабитись повернувшись до загального тону м'язів. Перша вправа пов'язана з м'язами обличчя. Для початку сядьте зручно, розслаблено, дивіться перед собою і спробуйте підняти брови максимально високо при цьому не можна задіяти інші м'язи обличчя. Затримайте в максимальному положенні їх, після чого розслабте й опустіть. Повторимо цю вправу декілька разів. Тепер задача полягає в тому щоб заплющити максимально на декілька секунд очі і потім розслабити й розплющити. Після цього треба опустити вашу верхню губу максимально близько до нижньої щелепи, затримайте максимум низько на декілька секунд. Після чого розслабтесь, і повторимо цикл цих трьох рухів по декілька разів з затримками в напруженому стані. Наступна вправа спрямована на розслаблення плечевих м'язів. Сядьте зручніше, підтягніть плечі максимально високо до вух. Затримайте на декілька секунд, розслабте і повторіть декілька разів. Вправа на руки буде йти наступною, вам необхідно міцно стиснути долоні в кулак так, щоб в пальцях відчувалося поколювання легке, затриматись в такому положенні та розслабитись. Повторіть цю вправу 3-4 рази. Тепер перейдемо до вправи на живі та бедра. Сядьте на стілець рівно і підійміть ноги над підлогою. Утримайте їх якомога довше в такому положенні. Після цього треба «занурити ноги в підлогу», тобто плано притисніть стопи до підлоги та починайте вдавлювати їх в підлогу. Повторіть цю вправу декілька разів. Остання вправа буде спрямована на стопи. Для цього сядьте рівно, поставте стопи повністю на підлогу, підіймайте та затримуйте в найвищому положенні спочатку носки ніг а потім п'ята. Чергуйте ці два положення та повторіть вправу декілька разів.

Пропрацювавши ці комплекси м'язів з тіла підуть всі зажими та втома від сидіння а також емоційне напруження після азарту попередньої вправи.

Тривалість вправи: 15 хвилин.

Обідня перерва.

Основна частина. Вправа № 3 Арт-терапевтична техніка «Віталум віталіс»

Мета вправи: виявлення емоційного ставлення до здоров'я, опрацювання емоцій та переживань у даному спрямуванні та профілактика негативного ставлення, формування способі переключення.

Матеріал: листи білого паперу, олівці, пензлі, акварель та склянки з водою.

Зміст вправи: Усім учасникам пропонується на аркуші паперу зафіксувати асоціації щодо власного здоров'я. Далі з цього списку асоціативних образів пропонується вибрати один, що викликає найбільш сильне переживання у особистості.

Зауважимо, що особливу увагу під час зачитування інструкції треба приділити термінології і намагатись використовувати якомога більше синонімів які б відносились до опису вітальності, щоб в учасників тренігу не виникало труднощів з розумінням завдання та інтерпретацією його.

Інструкція для учасників тренігу звучить наступним чином: На аркуші паперу намалюйте лише лініями простим олівцем образний асоціативний малюнок пропрацьованої емоції або почуття чи стану. Після цього сосереджуючись на думках та почуттях що будуть виникати, змінить аркуш паперу та занурте його на деякий час у воду. Після цього розправте його та розфарбуйте образ за допомогою наявних засобів. Після завершення образу необхідно дати йому назви та придумати передісторію. Вони мають змістовоно розкрити значення намальованого вами образу. Потім спробуйте налагодити контакт та побудувати розмову між образами або елементами або частинами малюнку. Потім ви можете полишити в певному місці аудиторії ваш малюнок, на свій розсуд.

Ми повертаємось до кола і переходимо до обговорення актуальних почуттів та емоцій які виникли під час роботи. За бажанням учасники показують свій малюнок та розповідають його історію.

Рефлексія: складно вам було зобразити на папері образ який виникав у вас в голові? Чи отримали ви задоволення під час виконання вправи? Чи відчували певні відгукування при обговоренні робіт інших учасників? Як ви вважаєте, спираючись на власний малюнок чи задовільним є стан вашого здоров'я? чи вдалося вам відчувати зв'язок здоров'я із вашим емоційним станом?

Основна частина. Вправа № 4 «Повноцінно здоровий Я»

Мета вправи: через формування образу повноцінно здорової особистості розкрити значимість цінності здоров'я для респондентів в контексті їх особистого життєвого шляху.

Зміст вправи: Учасникам пропонується представити будь-який комфортний для них образ у якому вони могли б відчувати, що відновлюють свій ресурс. Ведучий декламує учасникам: Для цієї вправи застосуйте всю свою уяву і пам'ятайте, що для «польоту творчості» не буде обмежень зараз. Наприклад ви можете розмістити своє ліжко де завгодно, в лісі, в бібліотеці, на холмі. Ви можете керувати середовищем і змінювати його як вам буде завгодно: робити та прибирати зливу, змінювати пори року. Для нас немає ніяких правил і ви владні робити зі своїм образом все що завгодно. Єдиною метою в цій роботі є створити живі, чіткі та яскраві для вас образи в яких ви задієте всі напрями чуття, а саме дотик, нюх, зір, смак, слух. Щоб вони допомогли вам посилити почуття розрядку та розслаблення.

Мета таких образів в подальшому вашому житті – повернення вас до стану розслаблення та релаксації в ситуаціях коли не вдається іншим способом позбавитись напруження».

Через певний час ведучий доповнює створений учасникам образ, зазначаючи що їм необхідно уявити цю ситуацію розслабленості, але зауважити, що вони в цей момент повністю звільняються від усіх можливих чи раніше пережитих хвороб, вони стають повністю здоровими.

Тривалість вправи: 30-40 хвилин.

Рефлексія: яким для вас був образ повноцінного здоров'я? чи відчули ви значиму різницю між просто безтурботним образом та образом цілісного здоров'я? може ви б хотіли перенести цей образ на реальну ситуацію? Що відділяє вас від цієї вигаданої ситуації? Чи вбачаєте ви в собі ресурси для досягнення цієї ідеалістичної картинки?

Завершальна частина. Обговорення дня та домашнє завдання.

Другий день тренінгу.

Вступна частина. Привітання та обговорення домашнього завдання.

Вступна частина. Проведення міні-лекції, обговорення питань які виникатимуть, дискуссія.

Основна частина. Міні-вправа розминка «Оживлююче дихання».

Мета вправи: Ця вправа вважається одним з найсильніших збудливих і зміцнюють нерви засобів. Воно розраховане на те, щоб активізувати діяльність нервової системи, розвивати нервову силу і енергію організму.

Зміст вправи: Стаємо прямо. Вбираємо в себе повітря повним вдихом і затримуємо його в легенях. Витягуємо руки прямо перед собою, не напружуючи м'язів, так, щоб їх тільки злегка підтримувала нервова сила.

Повільно відводимо руки назад до плечей, поступово напружуючи м'язи і повідомляючи їм силу, так, щоб в той момент, коли рука буде у плеча, кулаки були міцно стиснуті і в них відчувалося б тремтіння. Потім, тримаючи м'язи в напрузі, повільно витягуємо кулаки і швидко відводимо руки назад, до плечей (все ще напруженими). Повторюємо це кілька разів. З силою випускаємо повітря через рот. Дія цієї вправи залежить від швидкості, з якою руки відводяться назад, і від напруги м'язів, а також, звичайно, від ступеня наповнення легенів повітрям.

Тривалість вправи: 10 хвилин

Кава-пауза (15 хвилин)

Основна частина. Вправа № 1 «Броуновські рухи»

Мета вправи: установлення контакту з тілом, усвідомлення учасниками того, що тіло дає їм сигнали щодо загального стану та власноруч спроможне скеровувати та взаємодіяти з особистістю.

Зміст вправи: Включається приємна й ненав'язливу музику. Учасникам пропонується ходити по аудиторії та сконцентруватись на думках і переживаннях які виникають в нього під час прослуховування композиції. Так учасники переміщуються по аудиторії хвилин 15 після чого, звикнувши до розміщення кімнати і внутрішніх її частин, їм зав'язують очі та просять продовжувати сконцентруватись на власних переживаннях та емоціях, за особливостями своїх реакцій та переміщень при зіткненнях з іншими учасниками. Чи учасники починають імпровізувати виокремити з ситуації танцюючи, задіючи при цьому свою чуттєву сферу, синхронізуючись із ритмами мелодії – це те за чим спостерігають і учасники власне і тренер. Треба підмітити чи відповідають рухи наявному стану учасника, який характер мають ці рухи? Тренер декілька разів за вправу може дати команду і учасники мають на певний час завмерти в тій позиції в якій знаходились в момент надання команди. Загальний час вправи приблизно пів години, важливою умовою є наявність легкого та зручного одягу на учасниках, який давав би волю руха та краще відчуття простору.

Рефлексія: Після виконання вправи всі сідають в коло на підлогу в зручних позах та розслаблюючи тіло згадують пережиті за останні пів години переживання та відчуття, моменти контакту із собою. Роблять порівняльний аналіз власного стану на початок вправи та наприкінці її.

Основна частина. Вправа № 2 «Скульптор і глина»

Мета вправи: формування відчуття вітальності через контактність, формування в учасників усвідомлення щодо чутливості власного тіла до зовнішніх впливів.

Зміст вправи: Учасникам тренінгу необхідно розділитись на пари. Один з пари буде грати роль скульптора та будувати фігуру, інший грає роль глини, має бути гнучким та піддатливим. Скульптор має зробити з глини певну скульптуру, яку забажає. Після цього глина має застигнути а автор надати фігурі назву. Після чого учасники міняються ролями. Важливою умовою проходження вправи є те, щоб учасники не розмовляли один з одним.

Тривалість вправи: 20-30 хвилин.

Рефлексія: що вам заважало під час виконання вправи? Яка роль здалася вам більш комфортною? Чи відчули ви, що тіло вам суперечило? Чи з'явилися у вас якісь нові уявлення щодо власного тіла? Чи переживаєте ви подібний досвід у звичайному житті? Можливо у вас виникли певні хворобливі переживання?

Основна частина. Міні-вправа «Затримуване дихання»

Мета вправи: надати респондентам можливість відновитися та відчути спокій у контакті із власним диханням.

Інструкція для учасників: Необхідно зручно стати або сісти, так щоб поза не заважала нормальному диханню. Тепер пропоную вам починати спокійно, рівноважено дихати через ніс. Для початку необхідно наповнювати лише нижню частину легенів, щоб зрозуміти чи правильно виконується вправа відчуйте чи підіймаються черевні м'язи і вип'ячується живіт. Після декількох хвилин такого дихання переходимо до наступної частини. Тепер намагаємось дихати так, щоб заповнювалась середня частина легенів, зрозуміти, що в вас виходить можна спостерігаючи за тим, чи вигинаються нижні ребра а також грудна кістка та власне груди. Тепер при диханні намагайтесь заповнити верхню частину легенів. Показником того що в вас все вдалось буде підйом та вигин верхніх ребер. Тепер об'єднаємо всі рухи і зробимо глибоке довге дихання, заповнюючи всі легені. Видихайте при цьому повністю все повітря з легень. Головне уникайте преривання у вдохах та видихах, ваша рудна клітина має розширюватись по всьому діаметру від черевної частини до спинних м'язів. ПСпочатку буде здаватись що ви робите три окремі вдихи, це не проблема, згодом із практикою прийде навичка рівномірно

робити глибокий вдих та видих. Також згодом час вдиху буде скорочуватись до декількох секунд. Тепер затримуйте своє дихання. Спробуйте тепер видихати дуже повільно при цьому втягнувши та не розслабляючи живіт. Тепер спробуйте поступово по мірі звільнення легень рзслабляти й живіт. Тепер спробуємо ще 2-3 рази повторити цю вправу ціліком, після частих повторів даної вправи, таке правильне дихання стане майже автоматичним для вас.

Тривалість вправи: 10-15 хвилин.

Обідня перерва

Основна частина. Вправа № 3 «Передача м'ячика»

Мета вправи: формування уявлення щодо цінності контакту з тілом та необхідності підтримки даного аспекту, а також тілесної довіри Іншому.

Інструкція до вправи: Частині з вас видадуться невелички м'ячики, ваша задача розсередетитись по кімнаті й ті учасникі які мають в руках м'ячі мають нести їх на долоні на витягнутій руці. Ваша задача донести м'ячі до інших учасників які ще не мають м'ячів і вручити їм таким чином наче ви приносите свій дар людині. Задача другого взяти цей м'яч та передати подібним чином м'яч іншому учаснику в якого ще немає м'яча. Основна складність цього завдання полягає в тому, щоб відчуті жест принесення дару і вкладати в нього максіально позитивних емоцій і теплих почуттів, а також відчувати ці емоції і почуття коли отримуєш дари.

Тривалість вправи: 30-40 хвилин

Рефлексія: чи був контакт для вас приємним? Чи вдалося вам відчуті рівень власного здоров'я під час виконання вправи? Наскільки активними та збалансованими ви почували себе? Наскільки здоровими тілесно вам здавались ваші партнери? Чи з'явилися у вас нові уявлення щодо власної тілесності або тіл інших?

Основна частина. Вправа № 4 «Танець на підлозі»

Мета вправи: дати учасникам можливість відчутти відгук тіла щодо виконаних під час роботи на тренінгу вправ, усвідомлення необхідності контакту із власною тілесністю та актуалізацію турботи про своє здоров'я.

Зміст вправи: Вона виконується сидячи на підлозі. Учасники тренінгу мають розсередитись по всій площині тренінгової аудиторії та зайняти зручне положення. А сама вправа може виконуватись із заплющеними очима. Так для респондентів вмикаються медитативні звуки та мелодії які будуть асоціюватись з потоками струмка, краплями води, водними джерелами. Коли починає грати мелодія учасники вільні рухатись в кофортній спосіб для себе. Імітувати рухи водоростів чи зображаючи власні образи які виникають в нього під час вправи. Таким чином єдиною умовою є – не заважати іншим учасникам, саме тому є потреба в великій площі аудиторії, щоб зберігати достатній простір для кожного окремо. Рухи учасників мають бути безперервні та не різними, тому що саме ці два моменти заважають людині бути в стані тут і тепер і відчувати й переживати свій поточний стан.

Тривалість вправи: 30-40 хвилин.

Рефлексія: чи турбувало вас ваше тіло під час виконання вправи? Можливо ви б хотіли почуватися певним іншим чином протягом виконання вправи? Чи помітили ви зміни коли виконували це завдання порівняно із тілесними вправами на початку дня? Що ви б відчували якби виконували цю вправу хворіючи? Як ви вважаєте вашому тілу легко дається розслабитися? Наскільки часто у побутовому житті ви даєте собі провести час зі своїм тілом? Як ви вважаєте як ваші стосунки з тілом впливають на ваше здоров'я?

Завешувальна частина. Шерінг та рефлексія до тренінгу в цілому.

Заключним етапом нашої роботи була апробація проведеного нами тренінгу. Дотримуючись правил апробації тренінгу, ми провели наступні дії.

- Участь в тренінгу за власним бажанням брали респонденти нашого дослідження, у кількості 12 осіб, які на той момент мали низькі показники турботи про власне здоров'я.

- Після двох тижнів від моменту проведення тренінгу їх було запропоновано наново пройти методики «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін, оскільки саме ця методика містить в собі, виділені нами, основні показники прокрастинації-турботи про здоров'я, а саме практичний та емоційний аспект даного феномену.

- Також для виключення можливості впливу лише сторонніх факторів на результати дослідження ми запросили для повторного проходження даної методики ще 12 респондентів, які також мають низький рівень турботи про власне здоров'я та в одночас не брали участь в розробленому нами тренінгу. Додатково було встановлено, що дані респонденти за ці два тижні не відвідували заходів присвячених турботі про здоров'я та не цікавились цим питанням в індивідуальному порядку.

Нижче ми представили результати аналізу результатів першого та повторного проходження методики за допомогою критерію Уїлкоксона для двох залежних вибірок в Таблицях 3.14 та 3.15. Як вже зазначали вище, найбільше нас цікавили показники саме тих факторів на які був спрямований власне наш тренінг, а саме шкали ІСДЗ_Е та ІСДЗ_Пр. Звісно треба взяти до уваги той момент, що існує безліч обмежуючих факторів, пов'язаних із епідеміологічною ситуацією та карантинними обмеженням, а тако факторів проведення досліджень в онлайн форматі. Тому нажаль наше повторне дослідження не може бути достатньо репрезентативним та вагомим для ствердження ефективності подальшого використання розробленого тренінгу. Проте з іншого боку отримані результати вже можуть задати вектор подальшої роботи, вказати на необхідність покращувати та переробляти тренігі або відсутність тако необхідність. Про доречність проведення його в подальшому та повторних апробацій для набору більш вагомої вибірки респондентів.

Отже за результатами порівняння першого та повторного проходження методики «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін, можемо побачити наступні результати:

Для шкали ІСДЗ_Е1 (Емоційна шкала респондентів, що брали участь в тренінгу) спостерігається 10 додатніх рангів, це свідчить про те, що за даною шкалою 10 респондентів отримали вищий показник при повторному дослідженні. В свою чергу це говорить про підвищення отримання емоційного, естетичного задоволення від турботу про власне здоров'я. 0 відємних рангів означає що результати жодного респондента не погіршилися. І лише в двох респондентів результати за перше і повторне проходженн залишились незмінними.

Таблиця 3.14.

Критерій знакових рангів Вілкоксона для респондентів, що проходили тренінг

		N	Середній ранг	Сума рангів
ІСДЗ_Е1.1 – ІСДЗ_Е1.2	Відємні ранги	0	0,00	0,00
	Додатні ранги	10	9,85	98,50
	Співпадіння	2		
	Загалом	12		
ІСДЗ_Пр1.1 – ІСДЗ_Пр1.2	Відємні ранги	1	3,50	3,50
	Додатні ранги	9	10,50	94,50
	Співпадіння	2		
	Загалом	12		

	ІСДЗ_Пр1.1	ІСДЗ_Е1.1
	ІСДЗ_Пр1.2	ІСДЗ_Е1.2
Z	3,927	3,778
Асимп. Знач.	0,000	0,000

За шкалою ІСДЗ_Пр1 (Практична шкала для респондентів, що брали участь в тренінгу) прослідковується подібна тенденція. Так за даною шкалою на-

явні були 9 додатніх рангів, що свідчить про покращення результатів та підсилення ініціативної діяльності спрямованої на покращення власного здоров'я серед респондентів. Так само лишаються два незмінні показники для двох респондентів і лише один від'ємний ранг, що свідчить про послаблення ініціативності і діяльності респондента спрямованої на власне здоров'я.

Наостанок варто звернути увагу й на показник значущості для двох аналізів. Так ми маємо показник $p < 0,000$ для обох шкал, що в свою чергу засвідчує те, що отримані результати з порівняння двох проходжень методики ми отримали вагомі результати, на які можна спиратись в подальшому.

Таблиця 3.15.

Критерій знакових рангів Вілкоксона для респондентів, що не проходили тренінг

		N	Середній ранг	Сума рангів
ІСДЗ_Е2.1 – ІСДЗ_Е2.2	Відємні ранги	3	5,32	15,96
	Додатні ранги	2	3,63	7,26
	Співпадіння	7		
	Загалом	12		
ІСДЗ_Пр2.1 – ІСДЗ_Пр2.2	Відємні ранги	1	3,64	3,64
	Додатні ранги	1	4,21	4,21
	Співпадіння	10		
	Загалом	12		

	ІСДЗ_Пр2.1	ІСДЗ_Е2.1
	ІСДЗ_Пр2.2	ІСДЗ_Е2.2
Z	3,243	1,875

Таблиця 3.15.

Критерій знакових рангів Вілкоксона для респондентів, що не проходили тренінг

Асимп. Знач.	0,005	0,127
--------------	-------	-------

Тепер перейдемо до порівняння результатів респондентів які не брали участь в тренінгу. Так результати для шкал ІСДЗ_Е2 та ІСДЗ_Пр2 (шкали емоційної та прикличної складової ставлення до здоров'я для респондентів що не брали участь в тренінгу) зазначені в Таблиці 3.15 вище.

З неї ми бачимо, що для шкали ІСДЗ_Е2 наявні лише 2 додатні ранги, що говорить про покращення результатів для двох респондентів з вибірки, 3 відємні ранги, тобто погіршення результатів за емоційним аспектом ставлення до здоров'я для трьох респондентів та 7 співпадінь. Тобто загалом не можна сказати, що прослідковується загальна тенденція покращення чи погіршення результатів для людей які не мали впливу на феномен турботи про здоров'я через тренінг. Проте важливо зазначити, що для даного порівняння $p = 0,005$, що в свою чергу свідчить про достовірність отриманих результатів.

Інша ситуація складається для показника ІСДЗ_Пр2, ми можемо спостерігати лише по одному відємному та додатньому рангу і 10 співпадінь. При тому показник значущості цього порівняння $p = 0,127$, тобто результати отримані за даним аналізом не можна вважати навіть достовірними. А відповідно й однозначно не можемо стверджувати ні про покращення ні про погіршення загальної тенденції за даною шкалою для респондентів що не проходили розроблений нами тренінг.

Загалом вже на основі таких результатів для 24 респондентів ми можемо говорити про перспективи й результативність тренінгу, про те, що він відповідав закладеним в задачах спрямуванням.

Висновок до третього розділу

У ході аналізу отриманих під час емпіричного дослідження результатів, нам вдалося установити характерні тенденції трансформації ціннісного ставлення до здоров'я в умовах карантину. Так, ми можемо говорити, що серед осіб, що схильні до прокрастинації турботи про здоров'я низький рівень практичної та емоційної цінності здоров'я. Відповідно, серед осіб, що активно турбуються про власне здоров'я рівень практичної та емоційної ціннісної форми ставлення до здоров'я – високий. Пізнавальне ціннісне ставлення характерне обом групам досліджуваних. З-поміж осіб, що прокрастинують турботу про здоров'я, рівень самооцінки здоров'я вищий ніж в осіб з підвищеною інтенсивністю турботи про здоров'я.

Відсутні значимі відмінності між проявом інтернальності та екстернальності, рівнем невротизації, особливостями проживання сорому та провини серед досліджуваних груп. Загальний показник психологічного благополуччя більш високий серед осіб, що прокрастинують турботу про здоров'я; тим, хто активно піклується про здоров'я притаманний низький рівень благополуччя.

Самоприйняття також вище серед групи «прокрастинаторів», проте рівень обох груп середній. За шкалою «Мета в житті» можемо говорити про аналогічну тенденцію: рівень серед ПТЗ дещо вищий, проте обидва показники знаходяться в межах середніх нормотипових значень, так само і за шкалами «Автономія» та «Позитивне ставлення». Показник особистісного росту серед групи ПТЗ середній, у той час як серед АТЗ – низький, так і за шкалою «Керування середовищем». Наявні статистично значимі відмінності у самооцінці здоров'я між жінками та чоловіками ($p < 0,05$). Серед чоловіків рівень чутливості до стану власного здоров'я значимо нижчий, ніж серед жінок, водночас показники обох груп наближені до середніх.

Також нам вдалося визначити характерні загальні тенденції притаманні генеральній сукупності в умовах карантинних обмежень. Так, респонденти після 40 років стають більш чутливими до стану свого здоров'я, збільшується рівень

усвідомлюваних хворобливих проявів, водночас значимо знижується емоційна включеність у турботу про здоров'я, що не відповідає віковим нормам та може бути пояснено карантинними обмеженнями.

Ті із респондентів, хто втратив роботу через ковід, більшою мірою турбуються щодо власного здоров'я у прикладному вимірі, у порівнянні з працюючими респондентами. Водночас, безробітні та респонденти, що наразі навчаються, займають проміжні позиції за даною ознакою. Відсутні відмінності у ціннісному ставленні до здоров'я залежно від того, чи хворіли досліджувані на коронавірус, проте виявлені статистично значимі відмінності в залежності від наявних проблем із соматичними захворюваннями.

Зважаючи на вагомі показники за кореляційним аналізом в нашому дослідженні було виявлені сильні зв'язки для нашої моделі. Так ми можемо говорити про сильні кореляції факторів турботи про власне здоров'я з наступними факторами: а) локус контролю; б) психологічне благополуччя, зокрема найсильніші зв'язки відзначились за шкалами позитивне ставлення, керування середовищем, особистісний ріст, мета в житті та самооцінка; в) екстернальність.

Окремим аспектом було виявлення факторів пояснювальної моделі для основного показника прокрастинації здоров'я. Нами було встановлено, що найсильніший вплив на практичний аспект турботи про здоров'я мають фактори психологічного благополуччя, локуса контролю та емоційного аспекту турботи про здоров'я. Проте наведені результати знаходяться на межових рівнях, що визначає неможливість формування остаточної висновків та ствердження формування остаточної репрезентативної моделі. Таким чином, можемо говорити про необхідність подальшого більш детального дослідження проблеми ціннісного ставлення до здоров'я людини в умовах епідеміологічної ситуації.

Далі був виділений такий етап роботи, як розробка власного тренінгу спрямованого на повернення ціннісного ставлення до здоров'я. Загалом тренінг скалався з двох днів з тривалістю близько п'яти годин для кожного дня. Він містив у собі 8 основних вправ по 4 для кожного дня, а також із 6 міні-вправ спрямованих на розслаблення, зосередження та фокусування уваги на власному

тілі, стані та власних відчуттях. Участь в тренінгу прийняло 12 респондентів, які мали низькі показники які визначали фактор прокрастинації здоров'я. Разом із респондентами ми підвищували психологічну культуру, формували уявлення про ціннісне ставлення до здоров'я та його роль у розвитку гармонійної особистості. Посилили зв'язок з тілом та здорову вітальність, розвили уявлення щодо екзистенціалу тілесности та підвищували чутливість до власних тілесних переживань. Освоїли інструменти для корекції ціннісної ієрархії та врівноважували систему цінностей шляхом актуалізації, пошуку внутрішнього ресурсу та реструктуризації установок. Визначили фактори, що перешкоджають учасникам тренінгу у турботі про здоров'я та та можливі шляхи їх подолання.

Завершувальним етапом в нашій роботі була апробація тренінгу. З урахуванням всіх обмежень та необхідних двох тижнів – мінімального адаптативного часу, для отримання достовірних результатів, ми провели повторне опитування за методикою «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін для визначення впливу тренінгу на досліджуваний нами фактор прокрастинації власного здоров'я. Оскільки аналіз результатів для вибірки в 12 респондентів не можна вважати статистично значущим, нами було прийняте рішення порівняння результатів для двох груп в 12 респондентів в кожній, тих хто проходив і не проходив тренінг, але спільним для обох груп було початкове проходження опитування для даної роботи. Так за допомогою критерію Уїлкоксона для двох залежних вибірок, ми порівняли результати першого та повторного опитування двох груп респондентів. Дані цього аналізу засвідчили результативність та ефективність тренінгового впливу на досліджувані фактори, та в одночас показав незначну відмінність змін, відсутність змін для результатів респондентів які не мали впливу тренінгової роботи на себе.

ВИСНОВКИ

У ході написання представленої дипломної роботи було досягнуто означеної мети. Нам вдалося дослідити особливості ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я в умовах епідеміологічної ситуації. Відповідно, можемо тезисно представити отримані у ході роботи результати.

1. Під час теоретичного опрацювання проблеми, нам вдалося сформулювати теоретичну модель механізму відтермінування піклування про здоров'я особистістю в контексті його переживання цінності здоров'я. Так, ми можемо резюмувати, що ціннісне ставлення до здоров'я є компонентом ціннісно-орієнтаційної системи особистості та детермінується соціально-психологічними факторами значною мірою. У нашій роботі ми акцентували на поведінковому вимірі ціннісного ставлення до здоров'я, оскільки саме на цьому рівні реалізується феномен прокрастинації. Також, було враховано, що в епідеміологічній ситуації стиль реагування обумовлений рядом чинників, які враховано при емпіричному дослідженні представленої проблеми. Категорія прокрастинації турботи про здоров'я наразі є новою у рамках психологічних досліджень, тож представлена у першому розділі роботи модель носить виключно попередній узагальнений зміст.

2. Ми надали змістовну характеристику ціннісного ставлення особистості до здоров'я в умовах карантинних обмежень, спираючись на результати емпіричного дослідження. В епідеміологічній ситуації, значного розвитку набуває тенденція до прокрастинації турботи про здоров'я. Особистість, що схильна до даного прояву, має низький рівень практичної та емоційної цінності здоров'я, високий рівень самооцінки здоров'я не залежно від того, чи наявні фактичні соматичні та психічні хвороби, а також більш високий показник психологічного благополуччя, ніж та частина населення України, що в даній ситуації активно продовжує піклуватися про власне здоров'я. Серед даної групи населення більш вираженим є самоприйняття, смисложиттєва орієнтованість, автономність та позитивне ставлення до ситуації. Переважною більшістю такі респонденти є працюючими чоловіками до 40 років.

3. У ході опрацювання результатів емпіричного етапу дослідницької роботи, нам вдалося визначити фактори впливу на рівень прояву прокрастинації турботи про здоров'я в ситуації карантинних обмежень. Так, було встановлено, що найсильніший вплив на практичний аспект турботи про здоров'я мають фактори психологічного благополуччя, локусу контролю та емоційного аспекту турботи про здоров'я. Можемо зауважити, що у ході розробки пояснювальної моделі, нами було порушено кілька суміжних питань, майбутнє доопрацювання яких дасть можливість представити більш деталізовану модель феномену відтермінування піклування про здоров'я в ситуації карантинних обмежень у зв'язку з епідеміологічною ситуацією.

4. Розроблений нами тренінг особистісного розвитку спрямований на пріоритезацію здоров'я в системі цінностей особистості. Під час його проведення ми прагнули сформувати здорову вітальність учасників та ціннісне ставлення до здоров'я через чутливе ставлення до тіла, розвинути екзистенціал тілесності. Наприкінці проведення тренінгу, за критерієм Уілкоксона для двох залежних вибірок, ми порівняли результати першого та повторного опитування респондентів, що були включені до тренінгової групи, з урахуванням відповідного двотижневого літичного періоду. Дані цього аналізу засвідчили результативність та ефективність тренінгового впливу на досліджувані фактори.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аверин В. А. Психологическая структура личности / В. А. Аверин // Психология личности : учеб. пособ. – СПб. : Изд-во Михайлова В. А., 1999. – с. 9
2. Акимова Л. А., Голикова Е. М., Сократов Н. В. Педагогика здоровья: монография / Л. А. Акимова, Е. М. Голикова, Н. В. Сократов. Оренбург: 2013. – с. 85
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. М.: Зевс, 1997. 570 с
4. Алишев Б. С. Психика и преодоление неопределенности / Б. С. Алишев // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2009. – Т. 6. – № 3. – С. 11
5. Алферов А.Д. Теоретические предпосылки исследования проблемы отношение школьников к учению / А. Д. Алферов // Отношение школьников к учению: Межвузовский сб. науч. трудов. – Ростов-на-Дону: РГПИ, 1985
6. Андреев И. Л. Рецензия на руководство Pavel Sidorov «Mental epidemics: from mobbing to terrorism» (П. И. Сидоров «Ментальные эпидемии: от моббинга до терроризма») / И. Л. Андреев // Экология человека. 2016. № 12. С. 60–64
7. Арндачук И. В. Личностный потенциал и социально-психологическая адаптированность как ресурс психологической готовности к риску // Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития. – 2015. – Т. 4, № 3. – С. 219–226
8. Березовская Р.А. Отношение к здоровью // Здоровая личность / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2013. 400 с. С. 214–244
9. Бойко О.М. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы / О.М. Бойко, Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов, О.Ю. Воронцова, О.Ю. Казьмина // Психологические

исследования:электронный научный журнал. -2020. -Т. 13, No 70. - С.5 .- URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 18.05.2020).

10. Бочарова Е. Е. Адаптационная готовность личности к ситуациям социальных изменений // Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития. – 2015. – Т. 4, No 1. – С. 45–51.

11. Братусь Б.С. Образ человека в гуманитарной, нравственной и христианской психологии. Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. Москва: Смысл, 1997. С. 67–91

12. Бучило Н.Ф. Философия: учеб. пособие. — М.: ПЕР СЭ, 2001. с. 366

13. Валеология человека / сост. В.П.Петленко. — СПб.: Петроградский и К, 1998. с. 68

14. Варваричева Я.И. Феномен прокрастинации: проблемы и перспективы исследования // Вопросы психологии. 2010. No 3. С. 121–131

15. Василенко, В.А. Ценность и ценностное отношение / В.О.Василенко. - М., 1966. С. 37

16. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. — М.: Издательство Московского университета, 1984. с. 78

17. Вассерман, Л. І. Фактори ризику психічної дезадаптації у педагогів масових шкіл: посібник для лікарів і психологів / Л. І. Вассерман, М. А. Березін. - СПб., 1997

18. Волчек Е.З. Философия: учеб. пособие. — Мн.: Экопер- спектива, 1998. с. 279

19. Гоббс Т. Избранные сочинения в двух томах. – М.: Мысль, 1989. с. 44–168

20. Григорьева М. В. Роль социального интеллекта в процессе психологической адаптации старшеклассников // Теория и практика общественного развития. – 2015. – No 6. – С. 171–174
21. Гуреева И. Л., Исаева Е. Р. Психологическое состояние пациентов в период ожидания хирургической операции протезирования клапанов сердца в условиях искусственного обращения // Вестник Южно-Уральского гос. Унта. Сер.: «Психология». – Челябинск: ЮУРГУ, 2012. – No 45 (304). – Вып. 19. – С. 83–87
22. Дерябо С. В. Здоровье как предмет экопсихологической диагностики / Дерябо С. В., Ясвин В. А., Панов В. И. // Прикладная психология, 2000. – No 4. – С. 52-66.
23. Димов М.В. Здоровье как социальная проблема // Социально-гуманитарные знания.1999.No 6. с.179
24. Дроздов, О. Ю., & Дроздова, М. А. (2020). Особливості масової свідомості українців в умовах коронавірусної пандемії
25. Ениколопов, С.Н. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID- 19 / С.Н.Ениколопов, О.Ю.Казьмина, О.Ю.Воронцова, Т.И. Медведева, О.М. Бойко // Психологическая газета:электронный научный журнал. 2020. URL: // <https://psy.su> (дата обращения: 25.05.2020)
26. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / Ин-т социологии РАН. М.: Наука, 2006. 238 с.
27. Завершнева Е. Ю., Осипов М. Е. (2012). Сравнительный анализ рукописи «(Исторический) Смысл психологического кризиса» и её версии, опубликованной в т. 1 собрания сочинений Л. С. Выготского (1982) под редакцией М. Г. Ярошевского // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна», 2012, № 3, - с. 22
28. Зинченко В. П. Толерантность к неопределенности: новость или психологическая традиция // Вопросы психологии. 2007. Т. 6. С. 3–20
29. Кайгородова, А. А. Мотивация здоровьесбережения и локус контроля у учащихся / А. А. Кайгородова, Т. А. Сапегина // Физическая культура,

спорт и здоровье студенческой молодежи в современных условиях: проблемы и перспективы развития : материалы Региональной студенческой научно-практической конференции, 6 апреля 2016 г., г. Екатеринбург / Рос. гос. проф.-пед. ун-т. - Екатеринбург, 2016. - С. 91-94.

30. Канке В.А. Основы философии: учебник. — М.: Логос; Кно Рус, 2000. с. 133—134

31. Касаткин В.Н. Актуальные проблемы психологии здоровья // Психологическая наука и образование. 2010. No 5. URL: http://psyjournals.ru/files/33842/psyedu_ru_2010_5_Kasatkin_Vocha_ver.pdf (дата обращения: 02.06.2018)

32. Кондратьев М.Ю., Ильин В.А. Азбука социального психолога-практика . М .: ПЕР СЭ, 2007 . 464 с

33. Кононов А. Н. Особенности переживания состояния тревоги кардиологическими больными в условиях стационара // Вестник Московского государственного областного университета (электронный журнал). 2016. No 3. URL: www.evestnik-mgou.ru (дата обращения: 03.04.2020). DOI:10.18384/2224-0209-2016-3-755

34. Кононов А. Н. Феномен тревоги о будущем как отдельное понятие в психологической науке // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2016. No 4 (38). С. 173–179

35. Коренева, Ю. П. (2016). Тривожність як чинник невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми. Теоретичні і прикладні проблеми психології, (1), 100-109

36. Корниенко Д.С., Козлов А.И., Вершубская Г.Г., Отавина М.Л., Негашева М. Гормоны и перспективы: психологические и эндо- кринные показатели хронической тревоги и стресса у школьни- ков и студентов «трех Рос- сий» // Вестник Пермского научного центра УрО РАН. 2015. No 4. С. 97–105

37. Корнилова Т. В. Ригидность, толерантность к неопределенности и кре- ативность в системе интеллектуально-личностного потенциала чело- ве-

ка // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2013. – No 4. – С. 36–47

38. Коробка Л.М., Гусев І.М., Мясенко В.В. та ін. Спільнота в умовах воєнного конфлікту: психологічні стратегії адаптації : монографія; за ред. Л. М. Коробки. Київ, 2018. 306 с

39. 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

40. Краткий словарь современных понятий и терминов. / Н.Т.Бунимович, Г.Г.Жаркова, Т.М.Корнилова; сост. и общ. ред. В.А.Макаренко. — М.: Республика, 2000. с. 617

41. Лаптев А. А. Психология здоровья. – М.: Медицина, 2000. – 873 с

42. Лебедев, В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции / В.И. Лебедев. - М., 2002. С. 7]

43. Леонтьев Д. А. Вызов неопределенности как центральная проблема психологии личности // Психологические исследования : электронный научный журнал. 2015. Т. 8. No 40. URL: <http://psy-study.ru/index.php/num/2015v8n40/1110-leontiev40.html>

44. Лоранский Д.М., Бастыргин С.В., Водогреева Л.В., Науменко Н.М., Медведь Л.М. Некоторые особенности проявления отношения личности к здоровью в условиях города // Социально-гигиенические аспекты научно-технического прогресса. М., 1980. С. 229–235

45. Морогин В.Г. Ценностно-потребностная сфера личности. Томск, 2003.

46. Муздыбаев К. Психология ответственности. Л.: Наука, 1983. с. 63

47. Мясенцев В.М. Психологія відносин (за ред. Бодалева А. А) - М.: МОДЕК МПСІ, 2004 - 356 с

48. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация. – М. : Эксмо, 2010. с. 27

49. Низовских Н. А. «Идея» и личность // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2008. No 2-1. С. 150–153. URL: [http://vestnik43.ru/2\(1\)-2008.pdf](http://vestnik43.ru/2(1)-2008.pdf)

50. Овчаров Е.А. Здоровье школьников (медико-социальные, экологические и педагогические аспекты): учеб. пособие. — Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гос. пед. ин-та, 2000. — 392 с. 27

51. Осин Е. Н. Факторная структура русскоязычной версии шкалы общей толерантности к не- определенности Д. Маклейна // Психологическая диагностика. 2010. No 2. С. 67. URL: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/5ah3vuasrd/direct/67229740>.

52. Панюкова Ю.Г. Психология среды: человек и его пространственно-предметное окружение / Ю.Г. Панюкова.-Красноярск,2002. С. 7

53. Пахоль Б. Є. Суб'єктивне та психологічне благополуччя: сучасні і класичні підходи, моделі та чинники. Український психологічний журнал. 2017. No 3. С. 105–117

54. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии М.: ИНФРА-М, 1998.- 528 с

55. Психология здоровья: учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 606 с.

56. Психология. Словарь / под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. — М.: Политиздат, 1990. с. 441-442

57. Психологічне здоров'я персоналу організацій в умовах пандемії COVID-19: проблеми та технології забезпечення : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції з організаційної та економічної психології (21 травня 2020 року) / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки. Н.М. Бендерець, А.М. Шевченко, О.В. Креденцер. Київ – Біла Церква, 2020. С.54

58. Роттер Дж. Теории социального научения/Дж. Роттер. / – М.: Наука, 2002 – 280с

59. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер Ком, 1999. 720 с.

60. Рувинский Л.И. Психолого-педагогические проблемы нравственного воспитания школьников / Л.И.Рувинский. — М.: Педагогика, 1981. с. 78

61. Федосенко Е. В. Жизнь после карантина: психология смыслов и коронавируса COVID-19 // Психологические проблемы смысла жизни и акме : материалы XXV междунар. симпозиума. М., 2020. С. 34–47
62. Фролова Ю. Г. Психология здоровья : пособие. Минск : Вышэйшая школа, 2014. 255 с
63. Хрящева Н.Ю. Особенности психических состояний в условиях изоляции // Психические состояния /под ред. Л.В. Куликова.–СПб., 2001. С. 410
64. Чертовикова, А.С. Психотравмирующие факторы в условиях изоляции /А.С. Чертовикова // Проблемы современного педагогического образования – 2018. - С. 485-489.
65. Шамионов Р. М. Отношение к изменениям и толерантность к неопределенности как предикторы адаптивности и адаптационной готовности // Российский психологический журнал. – 2017. – Т. 14, No 2. – С. 90–104
66. Шацкий С.Т. Педагогические сочинения / С.Т.Шацкий. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1965. с. 144]
67. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции: учебное пособие для студентов, преподавателей и аспирантов психологических факультетов. СПб. : Питер, 2008. 255 с
68. Щукина Г.И. Проблема познавательного интереса в педагогике. - Москва: Педагогика, 1971.
69. Щуркова Н. Е. Новое воспитание / Н. Е. Щуркова. – М. : Педагогическое общество России, 2000. – с. 19
70. Яворовська Л. М., Хафізова Г. С. Теоретичні підходи до визначення психологічного благополуччя особистості. Вісник Харківського національного університету. 2011. No 985. С. 46-49
71. Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. Development and psychometric properties of Emotinal State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. Nordic Journal of Psychiatry, 1999. 53, 6, 443-449

72. Brooks S. K The psychological impact of quarantine and how to reduce it; Rapid Analysis of Evidence. *The Lancet*. 2020 .Vol. 395, Is.10227, P. 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

73. Burka J., Yuen L. *Procrastination: Why you do it, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1983 // APA.ORG: сайт Американской Психологической Ассоциации. URL: <http://www.apa.org/pubs/index.aspx> (дата обращения: 29.01.2013)

74. Contrada R.J. Type A behavior, personality hardiness, and cardiovascular responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 5 (5). P. 895– 903. doi:10.1037/0022-3514.57.5.895

75. Ellis A., Knaus W.J. *Overcoming procrastination*. New York: Signet Books, 1977. // APA.ORG: сайт Американской Психологической Ассоциации. URL: <http://www.apa.org/pubs/index.aspx> (дата обращения: 28.01.2013).

76. Ferrari J.R., Johnson J.L., McCown W.G. (Eds.). *Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment*. New York: Plenum, 1995. // APA.ORG: сайт Американской Психологической Ассоциации. URL: <http://www.apa.org/pubs/index.aspx> (дата обращения: 28.01.2013)

77. Ferrari J.R., Johnson J.L., McCown W.G. (Eds.). *Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment*. New York: Plenum, 1995. // APA.ORG: сайт Американской Психологической Ассоциации. URL: <http://www.apa.org/pubs/index.aspx> (дата обращения: 28.01.2013)

78. Friedman H.S. Long-term relations of personality and health: dynarnisms, mechanisms, tropisms // *Journal of Personality*. 2000. Vol. 68, no. 6. P. 1089–1107

79. Julianne Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, Mark Baker, Tyler Harris, David Stephenson, 2015. – Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta- Analytic Review

80. Kassandra I Alcaraz, Katherine S Eddens, Jennifer L Blase, W Ryan Diver, Alpa V Patel, Lauren R Teras, Victoria L Stevens, Eric J Jacobs, Susan M Gapstur, *American Journal of Epidemiology*, Volume 188, Issue 1, January 2019, P. 102–109. – Social Isolation and Mortality in US Black and White Men and Women.

81. Klinenberg E. Social isolation, loneliness, and living alone: Identifying the risks for public health. *Am J Public Health*. 2016. 106(5). 786 p.
82. Lay C . At last, my research article on procrastination . *J. of Research in Personality*, 1986 . Vol . 20, p. 474
83. Lopes P. N., Mestre J. M., Guil R., et al. The role of knowledge and skills for managing emotions in adaptation to school: social behavior and misconduct in the classroom // *American Educational Research Journal*. – 2012. – Vol. 49, Issue 4. – P. 710–742. – DOI: 10.3102/0002831212443077
84. Louise C. Hawkley and John P. Capitanio, 2015. – Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach
85. Maddi S.R. Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*. 2006. Vol. 1(3). P. 160-168
86. Pantell M, Rehkopf D, Jutte D, Syme SL, Balmes J, Adler N. Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *Am J Public Health*. 2013;103(11):2056–2062.
87. Ryff C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69. No 4. P. 719-727.
88. Salikhova N. R. The associations between tolerance for ambiguity and internal and external motivation in the scholarly activities of doctoral students / N. R. Salikhova, M. F. Lynch, A. B. Salikhova // *Education and Self Development*. 2019. Vol. 14 (4). Pp. 39–51. DOI: 10.26907/esd14.4.04
89. Segerstrom S.C. Personality and the immune system: models, methods, and mechanisms // *Annals of Behavioral Medicine*. 2000. Vol. 22, no. 3. P. 180–190
90. Shamionov R. M. Adaptational potential and subjective well-being of comprehensive school graduates and first year students of higher educational institutions // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 131. – P. 51–56

91. Steel P . The nature of procrastination: A meta- analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure . Psychological Bulletin, 2007 . Vol . 133 (1), pp . 65—94
92. Steel P. Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they ex- ist? // Personality and Individual Differences. 2010. Vol. 48, no. 8. P. 926–934.
93. Steel P. The Nature of Procrastination: A Meta-Analytic and Theoret- ical Rewiew of Quintessential Self-Regulatory Failure // Psychologi- cal Bulletin. 2007. Vol. 133, no. 1. P. 65–94
94. Tangney J.P. Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt // Behav. Res. Ther. – 1996. – Vol. 34. – No. 9. – P. 741–754
95. The Big Five Personality Factors and Personal Values / S. Roccas, L. Sagiv, S. H. Schwartz, A. Knafo // Personality and Social Psychology Bulletin. 2002. Vol. 28 (6). Pp. 789–801. DOI: 10.1177/0146167202289008
96. Wang C., Pan R., Wan X., et al. Immediate psychological responses and associated factors during initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID- 19) epidemic among general population in China. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020,17,1729. c. 6 DOI: 10.3390/ijerph17051729

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Методика «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (СОЗ)

№	Вопрос	Ответ	
1	Беспокоят ли вас головные боли?	Да	Нет
2	Можно ли сказать, что вы легко просыпаетесь от любого шума?	Да	Нет
3	Беспокоят ли вас боли в области сердца?	Да	Нет
4	Считаете ли вы, что в последние годы у вас ухудшился слух?	Да	Нет
5	Считаете ли вы, что в последние годы у вас ухудшилось зрение?	Да	Нет
6	Стараетесь ли вы пить только кипяченую воду?	Да	Нет
7	Уступают ли вам место в общественном транспорте?	Да	Нет
8	Беспокоят ли вас боли в суставах?	Да	Нет
9	Влияет ли на ваше самочувствие перемена погоды?	Да	Нет
10	Бывают ли у вас такие периоды, когда из-за волнений вы теряете сон?	Да	Нет
11	Беспокоят ли вас запоры?	Да	Нет
12	Беспокоят ли вас боли в области печени?	Да	Нет
13	Бывают ли у вас головокружения?	Да	Нет
14	Считаете ли вы, что сосредоточиться сейчас вам стало труднее, чем в прошлые годы?	Да	Нет
15	Беспокоят ли вас ослабление памяти, забывчивость?	Да	Нет

Методика «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (СОЗ)

№	Вопрос	Ответ	
16	Ощущаете ли вы в различных частях тела жжение, покалывание, «ползание мурашек»?	Да	Нет
17	Беспокоят ли вас шум или звон в ушах?	Да	Нет
18	Держите ли вы для себя в домашней аптечке одно из следующих лекарств: валидол, нитроглицерин, сердечные капли?	Да	Нет
19	Приходится ли вам отказаться от некоторых блюд?	Да	Нет
20	Бывают ли у вас отеки на ногах?	Да	Нет
21	Бывает ли у вас при быстрой ходьбе одышка?	Да	Нет
22	Беспокоят ли вас боли в области поясницы?	Да	Нет
23	Приходится ли вам употреблять в лечебных целях какую-либо минеральную воду?	Да	Нет
24	Беспокоит ли вас неприятный вкус во рту?	Да	Нет
25	Можно ли сказать, что вы стали легко плакать?	Да	Нет
26	Бываете ли вы на пляже?	Да	Нет
27	Считаете ли вы, что сейчас вы так же работоспособны, как прежде?	Да	Нет
28	Бывают ли у вас такие периоды, когда вы чувствуете себя радостно возбужденным, счастливым?	Да	Нет
29	Как вы оцениваете состояние своего здоровья?	Хорошее Плохое	Удовлетворительное Очень плохое

ДОДАТОК Б

Методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін

№	Відповідь		
1	Я здатний помічати навіть невеликі відхилення в роботі моїх органів.	А а б Б	Я реаую лише на істотні розлади.
2	Коли по телевізору починається чергова передача про профілактику якогонебудь захворювання, я зазвичай переключаюсь на іншу програму.	А а б Б	Я відкладаю свої справи, щоб її переглянути.
3	Якщо хтось із знайомих запропонує мені займатися разом оздоровчими процедурами, я із задоволенням візьму в цьому участь.	А а б Б	Я знайду спосіб ввічливо відмовитися.
4	Я постійно стежу за тим, щоб мої близькі серйозно піклувалися про своє здоров'я.	А а б Б	Я не примушую їх це робити.
5	Коли я дивлюся на руки іншої людини, я в першу чергу звертаю увагу на їх форму і розмір.	А а б Б	Я мимоволі спочатку помічаю стан і чистоту шкіри.
6	Я роблю виписки або вирізки з газет і журналів про здоровий спосіб життя.	А а б Б	Я ніколи цим не займався.
7	Якщо у мене від втоми болить голова, я виходжу трохи погуляти або хоч би відкриваю вікно.	А а б Б	Щоб зняти цей головний біль, я просто приймаю пігулку.
8	Я зазвичай сам не купую для членів сім'ї різні засоби догляду за здоров'ям.	А а б Б	Все це, в основному, купується за моєю ініціативою.
9	Після прийняття ванни я завжди відчуваю себе зовсім іншим: бадьорим і оновленим.	А а б Б	Треба визнати, що таке відчуття в мене буває дуже рідко.
10	Коли в громадському транспорті, чергах ведуться розмови про способи збереження здоров'я, я не звертаю на це уваги.	А а б Б	Я мимоволі прагну прислухатися до таких розмов.
11	Я звертаюся до лікаря, тільки коли мені стає дуже погано.	А а б Б	Я прагну почати лікування при перших же ознаках погіршення самопочуття.

Методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін

№	Відповідь		
1 2	Мені доводилося пропонувати знайомим рецепти або інструкції різних оздоровчих процедур.	А а б Б	Я цього не робив, адже кожен повинен піклуватися про своє здоров'я сам.
1 3	На мій погляд, всякі моржі, які насолоджуються купанням в своїх ополонках на морозі, просто диваки.	А а б Б	Я повністю поділяю їх прагнення отримувати задоволення від свого здоров'я.
1 4	Коли це було можливим, я відвідував лекції, курси, семінари про здоровий спосіб життя.	А а б Б	Я ніколи не ходив на них, тому що ця тема мені байдужа.
1 5	Мені здається дивною людина, яка замість того, щоб додивитися пізно увечері цікавий фільм, дотримується свого правила «вчасно лягати спати».	А а б Б	Я теж прагну слідувати цьому правилу, щоб не завдавати шкоди своєму здоров'ю.
1 6	На жаль, я не можу сказати, що прагну якось поліпшити ставлення моїх знайомих до свого здоров'я.	А а б Б	Я активно пропагую здоровий спосіб життя.
1 7	Інколи мені здається, що мій організм неначе навіть ображається і дорікає мені, якщо я поведжуся з ним необдуманно і жорстоко.	А а б Б	Людський організм всього лиш реагує на негативні дії.
1 8	Переглядаючи на вулиці книги у торговців, я зазвичай, насамперед, звертаю увагу на літературу про збереження здоров'я.	А а б Б	Мене цікавлять книги на інші теми.
1 9	Я ніколи спеціально не розшукував літературу, в якій описуються рідкісні методики оздоровлення організму.	А а б Б	Цей подарунок був би дуже до речі: він відповідає моєму стилю життя.
2 0	Мені доводилося ділитися з іншими людьми своїм успішним досвідом зміцнення здоров'я.	А а б Б	Я не готовий давати поради людям з цієї проблеми.
2 1	Мені незрозумілий стан людей, які мучаться за столом через те, що їм не вдалося вимити руки перед їдою.	А а б Б	Я сам переживаю подібні відчуття.
2 2	Я ніколи не звертався до редакцій журналу «Здоров'я», телепередач «Зціли себе самого», «Аптека» і т.п.	А а б Б	Мені доводилося задавати їм питання з тем, що цікавлять мене.

Методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін

№	Відповідь		
2 3	Я витрачаю значну частину коштів спеціально для підтримки здоров'я.	А а б Б	Я витрачаю гроші на своє здоров'я тільки у разі необхідності.
2 4	Я ніколи не конфліктував з дорослими, якщо їхні дії завдавали шкоди здоров'ю інших людей.	А а б Б	У мене бували подібні конфлікти.

ДОДАТОК В

Ключи до методики «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін

№	А	а	б	Б
1	3	2	1	0
2	0	1	2	3
3	3	2	1	0
4	3	2	1	0
5	0	1	2	3
6	3	2	1	0
7	3	2	1	0
8	0	1	2	3
9	3	2	1	0
10	0	1	2	3
11	0	1	2	3
12	3	2	1	0
13	0	1	2	3
14	3	2	1	0
15	0	1	2	3
16	0	1	2	3
17	3	2	1	0
18	3	2	1	0
19	0	1	2	3
20	3	2	1	0
21	0	1	2	3
22	0	1	2	3
23	3	2	1	0
24	0	1	2	3

Ключи до методики «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін

Шкала	Номера запитань
Емоційна шкала	1, 5, 9, 13, 17, 21
Пізнавальна шкала	2, 6, 10, 14, 18, 22
Практина шкала	3, 7, 11, 15, 19, 23
Вчинкова шкала	4, 8, 12, 16, 20, 24

Інтерпретація шкал за методикою «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвін

Шкала	Емоційна шкала	Пізнавальна шкала	Практина шкала	Вчинкова шкала	Загальний показник
Високий	13 і більше	9 і більше	12 і більше	9 і більше	50 і більше
Середній	9-12	4-8	7-11	4-8	24-39
Низький	0-8	0-3	0-6	0-3	0-23

Методика «Локус контролю» Дж. Роттера в адаптації Е. Г. Ксенофоновой

№	Відповідь	
	А	Б
1	Дети попадают в беду потому, что родители слишком часто их наказывают.	В наше время неприятности происходят с детьми чаще всего потому, что родители слишком мягко относятся к ним.
2	Многие неудачи происходят от невезения.	Неудачи людей являются результатом их собственных ошибок.
3	Одна из главных причин, почему совершаются аморальные поступки, состоит в том, что окружающие мирятся с ними.	Аморальные поступки будут происходить всегда, независимо от того, насколько усердно окружающие пытаются их предотвратить.
4	В конце концов к людям приходит заслуженное признание.	К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными.
5	Мнение, что преподаватели несправедливы к учащимся, неверно.	Многие учащиеся не понимают, что их отметки могут зависеть от случайных обстоятельств.
6	Успех руководителя во многом зависит от удачного стечения обстоятельств.	Способные люди, которые не стали руководителями, сами не использовали свои возможности.
7	Как бы вы ни старались, некоторые люди все равно не будут симпатизировать вам.	Тот, кто не сумел завоевать симпатии окружающих, просто не умеет ладить с другими.
8	Наследственность играет главную роль в формировании характера и поведения человека.	Только жизненный опыт определяет характер и поведение.
9	Я часто замечал справедливость поговорки: «Чему быть – того не миновать».	По-моему, лучше принять решение и действовать, чем надеяться на судьбу.
10	Для хорошего специалиста даже проверка с пристрастием не представляет затруднений.	Даже хорошо подготовленный специалист обычно не выдерживает проверки с пристрастием.
11	Успех является результатом усердной работы и мало зависит от везения.	Чтобы добиться успеха, нужно не упустить удобный случай.

Методика «Локус контролю» Дж. Роттера в адаптації Е. Г. Ксенофоновой

№	Відповідь	
	А	Б
1 2	Каждый гражданин может оказывать влияние на важные ; государственные решения.	Обществом управляют люди, которые выдвинуты на общественные посты, а рядовой человек мало что может сделать.
1 3	Когда я строю планы, то я вообще убежден, что смогу осуществить их.	Не всегда благоразумно планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
1 4	Есть люди, о которых можно смело сказать, что они нехорошие.	В каждом человеке есть что-то хорошее.
1 5	Осуществление моих желаний не связано с везением.	Когда не знают как быть, подбрасывают монету. По-моему, в жизни можно часто прибегать к этому.
1 6	Руководителем нередко становятся благодаря счастливому стечению обстоятельств.	Чтобы стать руководителем, нужно уметь управлять людьми. Везение здесь ни при чем.
1 7	Большинство из нас не могут влиять сколько-нибудь серьезно на мировые события.	Принимая активное участие в общественной жизни, люди могут управлять событиями в мире.
1 8	Большинство людей не понимают, насколько их жизнь зависит от случайных обстоятельств.	На самом деле такая вещь, как везение, не существует.
1 9	Всегда нужно уметь признавать свои ошибки.	Как правило, лучше не подчеркивать своих ошибок.
2 0	Трудно узнать, действительно ли вы нравитесь человеку или нет.	Число ваших друзей зависит от того, насколько вы располагаете к себе других.
2 1	В конце концов неприятности, которые случаются с нами, уравниваются приятными событиями.	Большинство неудач являются результатом отсутствия способностей, незнания, лени или всех трех причин вместе взятых.
2 2	Если приложить достаточно усилий, то формализм и бездушие можно искоренить.	Есть вещи, с которыми трудно бороться, поэтому формализм и бездушие не искоренить.
2 3	Иногда трудно понять, на чем основываются руководители, когда они выдвигают человека на поощрение.	Поощрения зависят от того, насколько усердно человек трудится.

Методика «Локус контролю» Дж. Роттера в адаптації Е. Г. Ксенофоновой

№	Відповідь	
	А	Б
2 4	Хороший руководитель ожидает от подчиненных, чтобы они сами решали, что они должны делать.	Хороший руководитель ясно дает понять, в чем состоит работа каждого подчиненного.
2 5	Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.	Не верю, что случай или судьба могут играть важную роль в моей жизни.
2 6	Люди одиноки из-за того, что не проявляют дружелюбия к окружающим.	Бесполезно слишком стараться расположить к себе людей: если ты им нравишься, то нравишься.
2 7	Характер человека зависит главным образом от его силы воли.	Характер человека формируется в основном в коллективе.
2 8	То, что со мной случается – это дело моих собственных рук.	Иногда я чувствую, что моя жизнь развивается в направлении, не зависящем от моей силы воли.
2 9	Я часто не могу понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.	В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.

ДОДАТОК Д

Ключи до методики «Локус контролю» Дж. Роттера в адаптації Е. Г. Ксенофоновой

Шкала	А	Б
Екстернальність	2, 6, 7, 9, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 29	3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 22, 26, 28
Інтернальність	3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 22, 26, 28	2, 6, 7, 9, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 29

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф в адаптації М. В. Со-
колової

№	Вопрос	Ответ
1	Многие люди считают меня любящим(ей) и заботливым (ой).	1 2 3 4 5
2	Иногда я изменяю свое поведение или образ мыслей, чтобы больше соответствовать окружающим.	1 2 3 4 5
3	Вообще, я, считаю, что сам(а) несу ответственность за то, как я живу.	1 2 3 4 5
4	Я не заинтересован(а) в деятельности, которая расширит мой кругозор.	1 2 3 4 5
5	Я испытываю приятные эмоции, когда думаю о том, что я сделал(а) в прошлом и что надеюсь сделать в будущем.	1 2 3 4 5
6	Когда я просматриваю историю своей жизни, я испытываю удовольствие от того, как все сложилось.	1 2 3 4 5
7	Считаю поддержание близких отношений сложным и бесполезным.	1 2 3 4 5
8	Я не боюсь высказывать вслух то, что я думаю, даже если это не соответствует мнению окружающих.	1 2 3 4 5
9	Потребности повседневной жизни часто нервируют меня.	1 2 3 4 5
10	Вообще, я считаю, что продолжаю узнавать больше о себе с течением времени.	1 2 3 4 5
11	Я живу одним днем и не задумываюсь всерьез о будущем.	1 2 3 4 5
12	В общем, я чувствую уверенность и положительное отношение к себе.	1 2 3 4 5
13	Я часто чувствую себя одиноким(ой) из-за того, что у меня мало близких друзей, с которыми можно поделиться своими переживаниями.	1 2 3 4 5
14	Обычно на мои решения не влияет то, что делают окружающие.	1 2 3 4 5
15	Я не очень хорошо соответствую людям и обществу, окружающим меня.	1 2 3 4 5

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф в адаптації М. В. Соколової

№	Вопрос	Ответ
16	Я отношусь к числу людей, которые открыты для всего нового.	1 2 3 4 5
17	Я стараюсь сосредоточиться на настоящем, так как будущее почти постоянно приносит мне проблемы.	1 2 3 4 5
18	Мне кажется, что многие из людей, которых я знаю, получили от жизни больше, чем я.	1 2 3 4 5
19	Я испытываю удовольствие от личного и взаимного общения с членами семьи или друзьями.	1 2 3 4 5
20	Я склонен(на) беспокоиться о том, что окружающие думают обо мне.	1 2 3 4 5
21	Я довольно хорошо справляюсь с большей частью ежедневных обязанностей.	1 2 3 4 5
22	Я не хочу делать что-либо по-новому, в моей жизни меня все устраивает таким, как оно есть.	1 2 3 4 5
23	У меня есть чувство направленности и цель в жизни.	1 2 3 4 5
24	Была бы возможность, я бы многое в себе изменил(а).	1 2 3 4 5
25	Для меня важно быть хорошим слушателем, когда мои друзья рассказывают мне о своих проблемах.	1 2 3 4 5
26	Быть довольным самим собой важнее, чем получать одобрение окружающих.	1 2 3 4 5
27	Я часто чувствую себя заваленным(ой) своими обязанностями.	1 2 3 4 5
28	Я думаю, что важно переживать новый опыт, который бросает вызов моему мнению о себе и о мире.	1 2 3 4 5
29	Моя ежедневная деятельность кажется мне банальной и несущественной.	1 2 3 4 5
30	Мне нравится большая часть моих качеств.	1 2 3 4 5

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф в адаптації М. В. Соколової

№	Вопрос	Ответ
31	Я знаю немногих людей, желающих выслушать, когда мне нужно с кем-то поговорить.	1 2 3 4 5
32	Я склонен(на) поддаваться влиянию людей с твердыми убеждениями.	1 2 3 4 5
33	Если бы я был(а) недоволен(на) своей жизненной ситуацией, я бы предпринял(а) эффективные шаги, чтобы ее изменить.	1 2 3 4 5
34	Если подумать, я не достиг(ла) большего как личность за последние несколько лет.	1 2 3 4 5
35	Я не имею четкого осознания того, чего я пытаюсь достичь в жизни.	1 2 3 4 5
36	В прошлом я совершил несколько ошибок, но я считаю, что в целом все вышло благополучно.	1 2 3 4 5
37	Я думаю, что получаю много от своих друзей.	1 2 3 4 5
38	Люди редко убеждают меня делать то, что я не хочу делать.	1 2 3 4 5
39	Обычно я хорошо забочусь о своих личных финансах и делах.	1 2 3 4 5
40	С моей точки зрения люди любого возраста способны продолжать дальнейший личностный рост и развитие.	1 2 3 4 5
41	Я привык(ла) ставить перед собой цели, но сейчас это кажется пустой тратой времени.	1 2 3 4 5
42	Во многих отношениях я чувствую разочарование относительно моих достижений в жизни.	1 2 3 4 5
43	Мне кажется, что у большинства окружающих людей больше друзей, чем у меня.	1 2 3 4 5
44	Для меня важнее приспособиться к другим, чем остаться одному(одной) со своими принципами.	1 2 3 4 5

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф в адаптації М. В. Соколової

№	Вопрос	Ответ
45	Я испытываю стресс из-за того, что не могу справиться со всеми делами, которые я вынуждена) делать каждый день.	1 2 3 4 5
46	Со временем я обрел(а) большее понимание жизни, что сделало меня более сильным и способным человеком.	1 2 3 4 5
47	Мне доставляет удовольствие строить планы на будущее и работать над их воплощением в жизнь.	1 2 3 4 5
48	По большей части я горжусь тем, кто я есть, и жизнью, которой я живу.	1 2 3 4 5
49	Люди назвали бы меня человеком, готовым уделить время другим.	1 2 3 4 5
50	Я уверен(а) в своем мнении, даже если оно противоречит общему мнению.	1 2 3 4 5
51	Мне хорошо удается распределить свое время так, чтобы я могу(гла) справиться со всем, что должно быть сделано.	1 2 3 4 5
52	Мне кажется, что я стал(а) значительно более развитый(ой) как личность с течением времени.	1 2 3 4 5
53	Я - человек, активно выполняющий намеченные мною планы.	1 2 3 4 5
54	Я завидую тому, как живут многие люди.	1 2 3 4 5
55	У меня никогда не было достаточно теплых и доверительных отношений с другими.	1 2 3 4 5
56	Мне сложно высказывать свое мнение по спорным вопросам.	1 2 3 4 5
57	Каждый мой день расписан, но я получаю чувство удовлетворения от того, что со всем справляюсь.	1 2 3 4 5
58	Мне не нравится оказываться в новых ситуациях, которые требуют от; меня изменения старого доброго способа действий.	1 2 3 4 5
59	Некоторые люди бесцельно блуждают по жизни, но я не отношусь к таким людям.	1 2 3 4 5

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф в адаптації М. В. Соколової

№	Вопрос	Ответ
60	Мое отношение, к себе, вероятно, не такое положительное, какое испытывают к себе большинство людей.	1 2 3 4 5
61	Я часто чувствую, что остаюсь в стороне, когда дело касается дружбы.	1 2 3 4 5
62	Я часто меняю свои решения, если мои друзья или члены семьи не согласны с ними.	1 2 3 4 5
63	Я испытываю напряжение, когда пытаюсь распланировать свои действия.	1 2 3 4 5
64	Для меня жизнь - это непрерывный процесс обучения, перемен и роста.	1 2 3 4 5
65	Иногда мне кажется, что, я сделал(а) все, что нужно было в моей жизни.	1 2 3 4 5
66	Много дней я просыпаюсь удрученным(ая) мыслями о том, как я прожил(а) свою жизнь.	1 2 3 4 5
67	Я знаю, что могу доверять своим друзьям, а они знают, что могут доверять мне.	1 2 3 4 5
68	Я не отношусь к людям, которые поддаются социальному давлению думать или поступать определенным образом.	1 2 3 4 5
69	Мои попытки найти вид деятельности и взаимоотношения, подходящие для меня, были весьма успешными.	1 2 3 4 5
70	Мне доставляет удовольствие видеть, как мои взгляды меняются и «взрелеют» с годами.	1 2 3 4 5
71	Мои цели в жизни являются для меня скорее источником удовлетворения, чем разочарования.	1 2 3 4 5
72	В прошлом были взлеты и падения, но в целом я бы не стал(а) ничего менять.	1 2 3 4 5
73	Мне сложно по-настоящему открыться, когда я общаюсь с окружающими.	1 2 3 4 5
74	Меня заботит то, как люди оценивают выборы, сделанные мною в жизни.	1 2 3 4 5

Методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф в адаптації М. В. Со-
колової

№	Вопрос	Ответ
75	Мне сложно распланировать свою жизнь таким образом, чтобы меня это устраивало.	1 2 3 4 5
76	Я давным-давно перестал(а) пытаться улучшить или изменить что-нибудь в своей жизни.	1 2 3 4 5
77	Мне приятно думать о том, чего я достиг(ла) в жизни.	1 2 3 4 5
78	Когда я сравниваю себя с друзьями и знакомыми, я испытываю приятные чувства от того, кем я являюсь.	1 2 3 4 5
79	Мои друзья и я сопереживаем проблемам друг друга.	1 2 3 4 5
80	Я сужу о себе по тому, что я считаю важным, а не по ценностям, которые считают важными окружающие.	1 2 3 4 5
81	Я сумел(а) создать свой собственный дом и образ жизни, которые наиболее соответствуют моим предпочтениям.	1 2 3 4 5
82	Правильно говорят, что старого пса новым трюкам не научишь.	1 2 3 4 5
83	В конечном итоге я могу с уверенностью сказать, что моя жизнь не много стоит.	1 2 3 4 5
84	У всех есть свои недостатки, но, кажется, у меня их более, чем достаточно.	1 2 3 4 5

Ключи до методики «Шкала психологічного благополуччя»

К. Ріфф в адаптації М. В. Соколової

Шкала	Прямі твердження	Зворотні твердження
Позитивне ставлення	1, 19, 25, 37, 49, 67, 79	7, 13, 31, 43, 55, 61, 73
Автономія	8, 14, 26, 38, 50, 68, 80	2, 20, 32, 44, 56, 62, 74
Керування середою	3, 21, 33, 39, 51, 57, 69, 81	9, 15, 27, 45, 63, 75
Особистісний рост	10, 16, 28, 40, 46, 52, 64, 70	4, 22, 34, 58, 76, 82
Мета в житті	5, 23, 47, 53, 59, 71, 77	11, 17, 29, 35, 41, 65, 83
Самоприйняття	6, 12, 30, 36, 48, 72, 78	18, 24, 42, 54, 60, 66, 84
Психологічне благополуччя	1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 64, 67, 68, 69, 70, 72, 71, 77, 78, 79, 80, 81	2, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 18, 24, 41, 42, 43, 44, 45, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 73, 74, 75, 76, 82, 83, 84

Методика «Вимірювання рівня невротизації» Л. І. Вассермана

№	Вопрос	Ответ	
		Да	Нет
1	В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, ощущение мурашек, онемение.	Да	Нет
2	Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.	Да	Нет
3	Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным или взволнованным.	Да	Нет
4	Голова у меня болит часто.	Да	Нет
5	Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.	Да	Нет
6	В последнее время я себя чувствую хуже, чем когда-либо.	Да	Нет
7	Почти каждый день случается что-либо, что пугает меня.	Да	Нет
8	У меня были периоды, когда из-за волнения терял сон.	Да	Нет
9	Обычно работа стоит мне большого напряжения.	Да	Нет
10	Иногда я бываю так возбужден, что это мешает мне заснуть.	Да	Нет
11	Большую часть времени я испытываю неудовлетворенность жизнью.	Да	Нет
12	Меня постоянно что-нибудь тревожит.	Да	Нет
13	Я стараюсь реже встречаться со своими знакомыми и друзьями.	Да	Нет
14	Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.	Да	Нет
15	Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.	Да	Нет
16	Я очень устаю за день.	Да	Нет
17	Я верю в будущее.	Да	Нет
18	Я часто предаюсь грустным размышлениям.	Да	Нет

Методика «Вимірювання рівня невротизації» Л. І. Вассермана

№	Вопрос	Ответ	
19	Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.	Да	Нет
20	Самая трудная борьба для меня — это борьба с самим собой.	Да	Нет
21	Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.	Да	Нет
22	У меня мало уверенности в себе.	Да	Нет
23	Я часто чувствую неуверенность в себе.	Да	Нет
24	Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).	Да	Нет
25	Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной выросло столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.	Да	Нет
26	Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.	Да	Нет
27	Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.	Да	Нет
28	Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.	Да	Нет
29	Мое зрение ухудшилось в последнее время.	Да	Нет
30	В отношениях между людьми чаще всего торжествует несправедливость.	Да	Нет
31	У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.	Да	Нет
32	Я с удовольствием танцую, когда есть возможность.	Да	Нет
33	По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.	Да	Нет
34	Мой желудок сильно беспокоит меня.	Да	Нет
35	Должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.	Да	Нет

Методика «Вимірювання рівня невротизації» Л. І. Вассермана

№	Вопрос	Ответ	
		Да	Нет
36	Часто сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.	Да	Нет
37	Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.	Да	Нет
38	Мне кажется, что близкие меня плохо понимают.	Да	Нет
39	У меня часто бывают боли в сердце или груди.	Да	Нет
40	В гостях я обычно сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним.	Да	Нет

Методика «Вимірювання почуття провини і сорому» (Test of Self-Conscious Affect, TOSCA)

№ 1. Ваш друг хочет поделиться с вами чем-то важным для него, и вы договариваетесь о встрече в обеденный перерыв. Но только в пять часов вы вспоминаете, что подвели друга		
а	Вы говорите себе: «Я к нему невнимателен»	1 2 3 4 5
б	Вы говорите себе: «Ну ничего, он все поймет!»	1 2 3 4 5
в	Вы стараетесь как можно скорее объяснить и уладить недоразумение	1 2 3 4 5
г	Вы оправдываете себя, думая: «Мой начальник отвлек меня как раз перед обедом»	1 2 3 4 5
№ 2. Находясь на своем рабочем месте, вы сломали ценный прибор или оборудование и, боясь показаться некомпетентным или неловким, пытаетесь скрыть это		
а	Вы думаете: «Эта ситуация неприятна и беспокоит меня. Мне следует починить сломанную вещь либо попросить кого-то другого, более компетентного, починить ее»	1 2 3 4 5
б	Вы начинаете думать об увольнении	1 2 3 4 5
в	Вы говорите себе: «Какие непрочные вещи делают в наше время!»	1 2 3 4 5
г	Вы говорите себе: «Это всего лишь случайность!»	1 2 3 4 5
№ 3. Вы проводите вечер в кругу друзей и чувствуете себя в этот вечер особенно привлекательным и остроумным. Супруга вашего приятеля (супруг вашей приятельницы) относится к вам с не скрываемой симпатией		
а	Вы говорите себе: «Такой повышенный интерес ко мне со стороны супруги моего приятеля (супруга моей приятельницы) может расстроить моего приятеля (мою приятельницу)»	1 2 3 4 5
б	Вы чувствуете себя неотразимым во всех отношениях	1 2 3 4 5
в	Вы рады, что произвели такое неизгладимое впечатление	1 2 3 4 5

Методика «Вимірювання почуття провини і сорому» (Test of Self-Conscious Affect, TOSCA)

г	Вы говорите себе: «Моему приятелю (приятельнице) следует больше уделять внимания»	1 2 3 4 5
№ 4. Вы до последней минуты откладывали сдачу отчета о выполненной работе. В последний момент вы что-то пишете на скорую руку, и в результате ваш отчет выглядит крайне плохо		
а	Вы подвергаете сомнению собственную компетентность	1 2 3 4 5
б	Вы думаете: «Почему в сутках только 24 часа?!»	1 2 3 4 5
в	Вы говорите себе: «Мне следует вклеить выговор!»	1 2 3 4 5
г	Вы говорите себе: «Что сделано, то сделано!»	1 2 3 4 5
№ 5. Вы допускаете серьезную ошибку на работе, что приводит к провалу целого проекта, над которым работала ваша организация. Но вдруг узнаете, что за этот провал руководство винит не вас, а вашего коллегу		
а	Вы думаете, что руководство почему-то недолюбливает вашего коллегу	1 2 3 4 5
б	Вы говорите себе: «Жизнь – несправедливая штука!»	1 2 3 4 5
в	Вы помалкиваете и избегаете попавшего в немилость коллегу	1 2 3 4 5
г	Неадекватность ситуации тяготит вас, и вы с готовностью вносите ясность, признавая себя ответственным за провал	1 2 3 4 5
№ 6. Вам предстоит трудный телефонный разговор, от которого зависит очень многое. И вот уже несколько дней вы откладываете его. Наконец (всему приходит конец!) вы звоните, находите нужные слова и убеждаете своего собеседника в целесообразности вашей просьбы. В итоге вопрос решен		
а	Вы говорите себе: «Оказывается, при необходимости я могу быть убедительным»	1 2 3 4 5
б	Вы испытываете сожаление о том, что так долго откладывали этот трудный разговор, мучая себя и, возможно, других	1 2 3 4 5
в	Вы считаете себя трусом	1 2 3 4 5

Методика «Вимірювання почуття провини і сорому» (Test of Self-Conscious Affect, TOSCA)

г	Вы говорите себе: «Я молодец!»	1 2 3 4 5
д	Вы думаете: «Как бы в дальнейшем избежать необходимости делать такие трудные для себя телефонные звонки?»	1 2 3 4 5
№ 7. Вы решили сесть на диету, но, проходя мимо кондитерской и почувствовав чрезвычайно аппетитный запах, поддаетесь искушению и покупаете вкусную «венскую» булочку		
а	Вы говорите себе: «Сегодня я больше ничего уже не буду есть!»	1 2 3 4 5
б	Вы говорите себе, оправдывая собственное отступничество: «Все этот запах! Я не мог пройти мимо!»	1 2 3 4 5
в	Вы испытываете к себе отвращение за отсутствие воли и потерю самоконтроля	1 2 3 4 5
г	Вы говорите себе: «Только разочек! Разве это имеет такое уж большое значение?»	1 2 3 4 5
№ 8. Во время отдыха на пляже вы играете в волейбол. Подаете мяч и попадаете в лицо товарищу по игре		
а	Вы испытываете неловкость за неумение хорошо играть	1 2 3 4 5
б	Вы думаете, что «потерпевшему» следует поучиться играть	1 2 3 4 5
в	Вы говорите себе: «Это всего лишь случайность!»	1 2 3 4 5
г	Вы извиняетесь и делаете все, что в ваших силах, чтобы «потерпевшему» стало лучше	1 2 3 4 5
№ 9. Вы решили начать самостоятельную жизнь. К счастью, окружающие вас люди были добры и готовы помочь вам. Несколько раз вы вынуждены были брать деньги в долг и всякий раз при первой же возможности возвращали его		
а	Вы испытываете неловкость за себя из-за отсутствия жизненного опыта и неумения самостоятельно решать жизненные проблемы	1 2 3 4 5
б	Вы говорите себе: «Что-то мне не везет!»	1 2 3 4 5

Методика «Вимірювання почуття провини і сорому» (Test of Self-Conscious Affect, TOSCA)

в	Вы одержимы идеей о возвращении долга в кратчайшие сроки	1 2 3 4 5
г	Вы говорите себе: «Мне можно доверять!»	1 2 3 4 5
д	Вы гордитесь собой, потому что вы в состоянии возвращать долги	1 2 3 4 5
№ 10. Вы ведете машину и внезапно сбиваете подвернувшуюся неизвестно откуда на дороге кошку		
а	Вы говорите себе (чертыхаясь): «Кошки вообще не должны находиться на дороге!»	1 2 3 4 5
б	Вы говорите себе: «Какой я ужасный человек!»	1 2 3 4 5
в	Вы говорите себе: «Это просто несчастное стечение обстоятельств!»	1 2 3 4 5
г	Вы мысленно возвращаетесь снова и снова к этому случаю и задаетесь вопросом о том, могли бы вы избежать этого	1 2 3 4 5
№ 11. Вы выходите после сдачи экзамена (во время сессии или очередной аттестации на работе) с мыслью о том, что вы очень успешно справились с этим. Но вдруг выясняется, что ваш ответ оценили крайне плохо		
а	Вы говорите себе: «Это всего лишь экзамен!»	1 2 3 4 5
б	Вы говорите себе: «Экзаменатору я не понравился, и эта оценка – лишь отражение его явной антипатии ко мне»	1 2 3 4 5
в	Вы думаете, что вам следовало бы лучше готовиться к экзамену	1 2 3 4 5
г	Вы чувствуете себя глупо	1 2 3 4 5
№ 12. Вы и ваши коллеги завершили весьма трудную для всех работу над проектом. Результат оценен очень высоко, но руководство почему-то решает поощрить денежной премией только вас.		
а	Вы считаете руководство недалеким	1 2 3 4 5
б	Вы испытываете одиночество и оторванность от коллектива	1 2 3 4 5
в	Вы считаете, что ваш тяжелый труд оценен по достоинству	1 2 3 4 5

Методика «Вимірювання почуття провини і сорому» (Test of Self-Conscious Affect, TOSCA)

г	Вы считаете себя успешным специалистом и гордитесь собой	1 2 3 4 5
д	Вы считаете, что вам следует отказаться от денежного вознаграждения	1 2 3 4 5
№ 13. Во время одной из вечеринок вы позволяете себе бестактность и язвите в адрес отсутствующего в этот вечер приятеля		
а	Вы говорите себе: «Это просто ради смеха и совершенно безобидно!»	1 2 3 4 5
б	Вы чувствуете себя ничтожеством и гнусным существом	1 2 3 4 5
в	Вы думаете, что, если бы ваш приятель оказался на вечеринке, он смог бы постоять за себя	1 2 3 4 5
г	Вы извиняетесь и стараетесь подчеркнуть достоинства высмеянного вами приятеля	1 2 3 4 5
№ 14. Работая над очередным проектом, вы допускаете серьезную ошибку, за которую подверглись критике как со стороны вышестоящего начальства, так и со стороны подчиненных		
а	Вы считаете, что ваше руководство должно было более четко определить вашу задачу	1 2 3 4 5
б	Вы испытываете желание сбежать и спрятаться	1 2 3 4 5
в	Вы считаете, что вам следовало бы лучше разобраться в проблеме и надлежащим образом выполнить задание	1 2 3 4 5
г	Вы говорите себе: «Каждый может ошибиться!»	1 2 3 4 5
№ 15. Вы откликнулись на просьбу о помощи в организации праздника для детей-сирот одного из детских домов. Как оказалось, на это потребовалась масса вашего времени и энергии. Вы не раз жалели о том, что вообще взялись за это, и подумывали о том, как бы это «забросить». В итоге праздник состоялся, и вы стали свидетелем счастливых улыбок на лицах детей		
а	Вы чувствуете себя эгоистом и вообще лентяем	1 2 3 4 5
б	Вы считаете, что вас втянули во что-то, чем вы вообще не желали бы заниматься	1 2 3 4 5

Методика «Вимірювання почуття провини і сорому» (Test of Self-Conscious Affect, TOSCA)

в	Вы считаете, что вам следует задумываться над проблемами тех, кому в этой жизни не очень-то повезло	1 2 3 4 5
г	Вы считаете, это замечательно, что вы кому-то хоть немного помогли	1 2 3 4 5
д	Вы испытываете крайнее удовлетворение от себя и своей работы	1 2 3 4 5

ДОДАТОК И

Ключи до методики «Вимірювання почуття провини і сорому» (Test of Self-Conscious Affect, TOSCA)

Ситуації	Провина	Сором	Екстернальність	Відстороненість	Бета-гордість	Альфа-гордість
1	в	а	г	б	—	—
2	а	б	в	г	—	—
3	а	—	г	—	в	б
4	в	а	б	г	—	—
5	г	в	а	б	—	—
6	б	в	д		г	а
7	а	в	б	г	—	—
8	г	а	б	в	—	—
9	в	а	б	—	д	г
10	г	б	а	в	—	—
11	в	г	б	а	—	—
12	д	б	а	—	в	г
13	г	б	в	а	—	—
14	в	б	а	г	—	—
15	в	а	б	—	г	д
MAX	15	14	15	10	5	5
MIN	0	0	0	0	0	0

ДОДАТОК І

Кореляційна матриця за критерієм Фішера

		Локус_Е	Локус_І	ШПБ_КС	ШПБ_С	РН
<i>r</i>	СОЗ	0,296*	-0,296*	-0,251*	-0,287*	0,481**
<i>Sig.</i>		0,016	0,016	0,042	0,020	0,000

		ІСДЗ_Пр	ШПБ_А	ШПБ_МВЖ	TOSCA_С
<i>r</i>	ІСДЗ_Е	0,310*	0,270*	0,265*	0,267*
<i>Sig.</i>		0,011	0,028	0,031	0,030

		ШПБ_ОР	TOSCA_П	TOSCA_С
<i>r</i>	ІСДЗ_П	-0,289*	-0,351**	-0,330**
<i>Sig.</i>		0,019	0,004	0,007

		Локус_Е	Локус_І	ШПБ_ПС	ШПБ_КС	ШПБ_ОР
<i>r</i>	ІСДЗ_Пр	-0,364**	0,364**	0,285*	0,322**	0,355**
<i>Sig.</i>		0,003	0,003	0,021	0,008	0,003

		ШПБ_МВЖ	ШПБ_С	ШПБ_ПБ	TOSCA_Е
<i>r</i>	ІСДЗ_Пр	0,250*	0,291*	0,329**	-0,284*
<i>Sig.</i>		0,043	0,018	0,007	0,021

		ШПБ_ОР	TOSCA_П	TOSCA_С
<i>r</i>	ІСДЗ_В	-0,325**	-0,366**	-0,370**
<i>Sig.</i>		0,008	0,002	0,002