

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри _____
(підпис)

доктор філ. наук, доцент

Нерубасська Алла Олександрівна

(наукове звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

« ____ » _____ 202 ____ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
на тему: «Соціально-психологічні детермінанти здорового способу
життя у студентів»

Виконала:

студентка групи ТУод-4-24-М1ПС (2,0здс)
(шифр групи)

Освітньої програми: «Психологія»

Спеціальності: 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Матвійчук Анна Олександрівна
(ПІБ студента)

(підпис студента)

Керівник: доктор філософії галузі знань 05
«Соціальні та поведінкові науки», спеціальності
053 «Психологія», доцент кафедри Єрмакова
Аліса Сергіївна

(підпис наукового керівника)

2026 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ	9
1.1. Здоровий спосіб життя у контексті сучасних наукових підходів і концепцій	9
1.2. Чинники ставлення молоді до здоров'я та здорового способу життя.....	25
1.3. Система детермінант ставлення молоді до здоров'я	30
Висновки до першого розділу.....	38
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ	40
2.1. Методичні засади, організація дослідження соціально- психологічних особливостей ставлення студентів до здорового способу життя.....	40
2.2. Мануали психодіагностичних методик, використаних в емпіричному дослідженні	43
Висновки до другого розділу	54
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ.....	56
3.1. Складові соціально-психологічні компоненти здорового способу життя студентів	56
3.2. Методичні рекомендації з психологічної підтримки здорового способу життя студентів	74
Висновки до третього розділу.....	80
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85

ВСТУП

Актуальність теми. Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) сьогодні є одним з ключових факторів формування фізичного, психічного й соціального потенціалу особистості. Особливо це стосується молоді студентського віку, яка перебуває на етапі інтенсивного фізичного, когнітивного та соціально-психологічного розвитку. Саме в студентські роки формуються стійкі поведінкові та ціннісні орієнтації, що впливають на стиль життя в подальшому, тому вивчення чинників, які детермінують здоров'я та поведінку, є надзвичайно актуальним.

Соціально-психологічні детермінанти ЗСЖ охоплюють широкий спектр факторів, серед яких вирізняються міжособистісні стосунки, сімейні цінності, соціальна підтримка, групова ідентифікація, ставлення до ризикованої поведінки та психоемоційні стани. Наукові дослідження свідчать, що соціальне середовище студентів, включно з друзями, одногрупниками та викладачами, безпосередньо впливає на формування звичок.

Соціальні очікування та норми групи здатні стимулювати або, навпаки, гальмувати прояви здорової поведінки, визначаючи, наскільки студенти будуть схильні до підтримання власного здоров'я.

Психологічні аспекти ЗСЖ включають когнітивні, емоційні та мотиваційні компоненти. Рівень саморегуляції, сформованість мотивації до здорового способу життя, емоційна стійкість та здатність справлятися зі стресом прямо впливають на вибір поведінкових стратегій. Крім того, у студентів часто спостерігаються особливості адаптаційних механізмів до навчального та соціального навантаження, що можуть як сприяти, так і перешкоджати реалізації здорового способу життя.

Актуальність цього дослідження зумовлена також глобальними тенденціями, пов'язаними зі зростанням рівня психоемоційного навантаження серед студентів, поширенням шкідливих звичок, низьким рівнем фізичної активності та недостатньою обізнаністю про основи профілактики

захворювань. Виявлення соціально-психологічних детермінант дозволяє розробляти ефективні профілактичні та корекційні програми, спрямовані на формування у студентської молоді стабільних навичок здорового способу життя, що, у свою чергу, забезпечує довгострокові соціальні та економічні вигоди для суспільства.

Таким чином, дослідження соціально-психологічних детермінант здорового способу життя у студентів є науково обґрунтованим і практично значущим. Воно дозволяє комплексно оцінити вплив соціальних і психологічних факторів на поведінкові установки молоді, визначити ключові механізми формування здорового способу життя та створити умови для розвитку відповідальної, активної та здорової студентської спільноти.

Мета дослідження: теоретичне дослідження та емпіричне вивчення соціально-психологічних детермінант здорового способу життя у студентів.

Завдання:

1. Проаналізувавши наукову літературу, розкрити закономірності формування ЗСЖ особистості.
2. Здійснити добір і практичне опанування психодіагностичних методик.
3. Реалізувати емпіричне дослідження ЗСЖ студентів.
4. Розробити методичні рекомендації з підтримки навичок здорового способу життя молоді.

Об'єкт дослідження- особливості особистості студентської молоді.

Предмет дослідження - соціально-психологічні детермінанти

з

Методи дослідження. В роботі було використано метод аналізу та узагальнення наукових першоджерел; психодіагностичний метод та метод математичної статистики.

До батареї методик увійшли опитувальник «Самооцінка психічного здоров'я» Г. С. Нікіфорова, «Діагностика домінуючого настрою» Л. В. Кулікова, методика «Визначення соціальної креативності особистості» А. В. Батаршева, «Ставлення до здоров'я» Р. О. Березовської.

о

Емпіричну вибірку склали студенти вишів м. Одеса.

Теоретичне значення проблеми. Теоретичне значення дослідження соціально-психологічних детермінант здорового способу життя (ЗСЖ) у студентів полягає у розширенні наукового розуміння механізмів формування здорової поведінки та інтеграції соціальних і психологічних чинників у структуру здорового способу життя молоді. В науці ЗСЖ розглядається не лише як комплекс фізичних практик, а й як системний феномен, що включає когнітивні, мотиваційні, емоційні та соціальні компоненти, взаємодія яких визначає поведінкові стратегії людини.

Вивчення соціально-психологічних детермінант дозволяє уточнити теоретичні моделі здорового способу життя, розроблені в межах психології особистості, соціальної психології та психології здоров'я. Зокрема, дослідження сприяє:

1. Уточненню механізмів впливу соціального середовища на поведінку студента. Наукові дані свідчать, що міжособистісні взаємини, групові норми, соціальна підтримка та ціннісні установки оточення істотно впливають на вибір здорового чи ризикованого стилю життя. Теоретичне опрацювання цих взаємозв'язків дозволяє формувати більш інтегровані моделі соціально-психологічних детермінант поведінки.
2. Розкриттю психологічних компонентів здорового способу життя. Мотивація, саморегуляція, емоційна стабільність, сприйняття власного здоров'я та здатність справлятися зі стресом розглядаються як ключові фактори, що модулюють поведінку студентів. Теоретичне осмислення цих компонентів сприяє розвитку концепцій психології здоров'я, де увага приділяється не лише поведінковим проявам, а й внутрішнім когнітивно-емоційним процесам.
3. Інтеграції соціальних і психологічних підходів. Теоретичне значення дослідження полягає в поєднанні соціальних і психологічних аспектів у єдину систему аналізу. Це дозволяє створити цілісну модель, яка

враховує вплив соціальних структур, міжособистісних взаємодій і індивідуально-психологічних характеристик на формування здорового способу життя.

4. Вплив на розвиток профілактичної психології та науки про здоров'я. Теоретичні результати дослідження слугують основою для подальшого формування науково обґрунтованих концепцій профілактики шкідливих звичок, адаптації до стресових факторів і стимулювання позитивних поведінкових стратегій у студентській молоді. Вони дозволяють більш точно визначати психосоціальні механізми, які сприяють або перешкоджають реалізації здорового способу життя.

Таким чином, теоретичне значення дослідження соціально-психологічних детермінант здорового способу життя у студентів полягає у створенні науково обґрунтованої системи знань про соціальні та психологічні чинники, що впливають на поведінку молоді, інтеграції соціальних і психологічних підходів, а також у розвитку концептуальних моделей, здатних пояснити і передбачити поведінкові стратегії студентів у сфері здоров'я.

Отримані результати можуть слугувати фундаментом для подальших досліджень та практичних програм психологічного супроводу молоді.

Практичне значення дослідження соціально-психологічних детермінант здорового способу життя (ЗСЖ) у студентів полягає у можливості застосування наукових результатів для розробки профілактичних, освітніх та психологічних заходів, спрямованих на формування у молоді стабільних моделей здорової поведінки та підтримку їх фізичного, психічного і соціального благополуччя. Розглянемо основні напрями практичного застосування отриманих даних.

1. Профілактична робота та тренінги. Результати дослідження дозволяють розробляти комплексні профілактичні програми. Це включає тренінги з розвитку саморегуляції, ефективного управління стресом, а також просвітницькі програми щодо фізичної активності, раціонального харчування та режиму сну. Практична реалізація таких програм сприяє зниженню ризику

шкідливих звичок, покращенню фізичної форми та зміцненню психоемоційного здоров'я студентів.

2. Корекція соціального середовища. Соціальні детермінанти ЗСЖ, такі як підтримка однолітків, групові норми та взаємодія з викладачами, відіграють ключову роль у формуванні здорової поведінки. На основі дослідження можливо організовувати студентські клуби фізичної активності, групи підтримки та інтерактивні освітні проекти, що створюють сприятливі умови для реалізації здорового способу життя. Це дозволяє активізувати соціальні механізми підтримки здоров'я та підвищити ефективність змін поведінкових установок студентів.

3. Психологічний супровід і консультування. Практичне значення дослідження проявляється у вдосконаленні психологічного супроводу студентів. Розуміння психологічних детермінант, таких як рівень емоційної стабільності, мотивація, когнітивні установки щодо здоров'я та сприйняття власного самопочуття, дозволяє психологам, педагогам проводити профілактичну роботу. Це сприяє підвищенню адаптаційних ресурсів молоді, зменшенню рівня стресу та ризику розвитку психоемоційного вигорання.

4. Освітні та державні програми. Результати дослідження можуть бути використані для реалізації освітніх і державних програм, спрямованих на зміцнення здоров'я студентської молоді. Наукові дані дозволяють обґрунтовано визначати пріоритетні напрями профілактики, розподіляти ресурси та створювати інтегровані програми, що поєднують соціально-психологічні, педагогічні та медико-оздоровчі заходи. Це забезпечує системний підхід до формування здорового способу життя на рівні університету та держави.

Таким чином, практичне значення дослідження соціально-психологічних детермінант здорового способу життя у студентів полягає в можливості:

- розробляти ефективні профілактичні програми та тренінги,

- створювати сприятливе соціальне середовище для підтримки здорових звичок,
- здійснювати індивідуалізований психологічний супровід і консультування,
- впроваджувати інтегровані освітні та державні програми для зміцнення здоров'я молоді.

Реалізація цих заходів сприяє формуванню у студентів свідомого, відповідального та активного ставлення до власного здоров'я, що має довгостроковий ефект для їхнього фізичного, психічного та соціального розвитку.

Структура дипломної роботи визначена метою та завданнями магістерського дослідження. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, які поділені на підрозділи, висновків, списку використаних джерел (80 найменувань). Загальний обсяг роботи – 93 друковані сторінки, обсяг основної частини роботи складає 84 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ

1.1. Здоровий спосіб життя у контексті сучасних наукових підходів і концепцій

У сучасній науковій парадигмі здоровий спосіб життя вивчається як категорія, осмислення якої ґрунтується на низці міждисциплінарних підходів, зокрема психології здоров'я, валеології та біопсихосоціальної моделі здоров'я. Кожен із цих підходів робить внесок у формування цілісного уявлення про природу, механізми та чинники здорового способу життя.

З позицій психології здоров'я здоровий спосіб життя інтерпретується як результат активної, свідомої діяльності особистості, спрямованої на збереження і зміцнення власного здоров'я. Представники цього напрямку акцентують увагу на ролі когнітивних, мотиваційних та емоційно-вольових процесів у формуванні здоров'язбережувальної поведінки. У межах психології здоров'я здоровий спосіб життя пов'язується з такими психологічними конструктами, як мотивація досягнення здоров'я, локус контролю, саморегуляція, стресостійкість, суб'єктивне сприйняття здоров'я та рівень відповідальності за власне благополуччя. Важливим положенням цього підходу є теза про те, що знання про здоров'я не гарантують здорової поведінки без сформованих внутрішніх психологічних механізмів її підтримки.

У межах валеологічного підходу здоровий спосіб життя фокусується не стільки на хворобі, скільки на здоров'ї як позитивному ресурсі, що потребує активного підтримання. З цієї позиції здоровий спосіб життя постає як сукупність раціонально організованих форм життєдіяльності, які

забезпечують оптимальну взаємодію людини з навколишнім середовищем. Валеологічний підхід підкреслює значущість профілактики, формування культури здоров'я, гармонізації фізичного та психічного стану особистості, а також виховання ціннісного ставлення до здоров'я з ранніх етапів онтогенезу.

Важливе теоретичне підґрунтя дослідження здорового способу життя становить біопсихосоціальна модель здоров'я, яка інтегрує біологічні, психологічні та соціальні чинники в єдину систему аналізу. Відповідно до цієї моделі здоров'я та здоровий спосіб життя не можуть бути пояснені лише фізіологічними показниками або індивідуальними звичками. Вони формуються під впливом психологічних особливостей особистості (емоційного стану, мотивації, стилів поведінки), соціальних умов (міжособистісних стосунків, соціальних норм, культурних очікувань), а також біологічних передумов. Біопсихосоціальний підхід дозволяє розглядати здоровий спосіб життя як динамічний процес адаптації особистості до вимог середовища, що змінюється.

Інтеграція зазначених підходів дає змогу розглядати здоровий спосіб життя як цілісний феномен, у якому поведінкові практики поєднуються з внутрішніми психологічними механізмами та соціальними умовами їх реалізації. Такий підхід забезпечує глибше розуміння причин індивідуальних відмінностей у ставленні до здоров'я, дозволяє пояснити стійкість або нестабільність здоров'язбережувальної поведінки та створює теоретичне підґрунтя для розробки ефективних програм формування здорового способу життя.

Опора на концепції психології здоров'я, валеології та біопсихосоціальної моделі дозволяє сформулювати комплексне наукове бачення здорового способу життя як результату взаємодії особистісних, соціальних і біологічних чинників.

Проблема збереження та підтримки здоров'я молодого покоління в сучасних умовах набуває статусу одного з ключових і першочергових завдань суспільного розвитку України. Саме стан здоров'я молоді визначає перспективи відтворення людського потенціалу, соціальної стабільності.

. У цьому контексті здоров'я постає не лише як індивідуальний ресурс, а як суспільно значуща цінність, що безпосередньо впливає на економічне, культурне та духовне майбутнє країни.

Осмислення здоров'я як базової та безумовної цінності зумовлює необхідність переорієнтації як суспільних практик, так і особистісних стратегій життєдіяльності на принципи здоров'язбереження. Формування індивідуального життєвого простору, системи життєвих смислів і соціальної взаємодії без урахування значущості здоров'я як фундаментальної основи людського буття призводить до його поступового знецінення. У сучасному соціокультурному просторі це проявляється в домінуванні поверхових орієнтирів, зокрема культу тілесності, штучної привабливості, зовнішнього успіху та нав'язаних псевдоцінностей, які підміняють глибинне розуміння здоров'я як умови повноцінного життя та самореалізації.

Ігнорування здоров'я як стратегічного ресурсу особистісного розвитку спричиняє його часткову втрату або нівелювання.

Зазначені тенденції актуалізують потребу у новому осмисленні проблеми ставлення до здоров'я з урахуванням сучасних соціальних трансформацій, змін у ціннісних орієнтаціях молоді, її уявленнях про себе, власне тіло, психічне благополуччя та навколишню реальність.

На сучасному етапі розвитку науки феномен здоров'я перебуває у фокусі досліджень багатьох галузей знання. Така міждисциплінарність зумовлює множинність наукових підходів до його тлумачення, визначення структурних характеристик, чинників формування та механізмів змін упродовж життєвого шляху.

Узагальнення накопичених наукових напрацювань дозволяє здійснити їх систематизацію відповідно до дисциплінарної приналежності та

виокремити кілька узагальнених груп підходів до аналізу проблематики здоров'я: загальнонаукові, загальнопсихологічні та специфічні соціально-психологічні. У межах такої класифікації дослідники виокремлюють низку методологічних орієнтирів, у контексті яких здоров'я набуває різного змістового наповнення.

Одним із найбільш поширених є нормоцентричний підхід, у межах якого здоров'я ототожнюється з відповідністю індивіда певним статистично визначеним нормам функціонування психіки та організму. З цієї позиції здоровою вважається людина, у якої когнітивні процеси, емоційні реакції та поведінкові прояви не виходять за межі умовно прийнятого стандарту, а соматичний стан не виявляє патологічних відхилень.

Принципово інше бачення пропонує феноменологічний підхід, у межах якого здоров'я розглядається як унікальний, суб'єктивно переживаний феномен, що відображає індивідуальний спосіб існування людини у світі. У цьому випадку здоров'я не може бути адекватно описане поза контекстом особистісного досвіду, системи життєвих смислів і внутрішньої картини світу конкретної особи.

Вагомий внесок у розуміння здоров'я здійснює кроскультурний підхід, який акцентує увагу на його соціальній і культурній зумовленості. Згідно з цим підходом, уявлення про здоров'я, критерії його оцінювання та способи його збереження залежать від культурних норм, традицій, соціально-економічних умов і домінуючого стилю життя в конкретному суспільстві. Відповідно, здоров'я постає як відносна категорія, зміст якої варіюється залежно від соціокультурного контексту.

У межах дискурсивного підходу здоров'я аналізується як продукт соціальних дискурсів, що формуються через мову, комунікацію та символічні практики. Саме в дискурсивному просторі конструюються уявлення про «нормальне» і «ненормальне», «здорове» і «нездорове», які з часом набувають характеру соціальних стереотипів. Такі уявлення виконують регулятивну

функцію, впливаючи на повсякденну свідомість, поведінкові вибори та стиль життя як окремих індивідів, так і соціальних груп.

Особливе місце у науковому аналізі посідає аксіологічний підхід, у межах якого здоров'я інтерпретується як одна з провідних життєвих цінностей. Здоров'я розглядається не лише як умова життєдіяльності, а як значущий смисловий орієнтир, що визначає життєві цілі, рівень соціальної активності та характер взаємодії людини з соціальним середовищем. У межах ціннісних концепцій здоров'я належить до термінальних цінностей, тобто таких, що мають самостійну значущість і виступають кінцевими цілями життєвих прагнень. Водночас інструментальні цінності — особистісні якості, стилі поведінки та способи взаємодії — забезпечують реалізацію цих цілей на практиці.

Ціннісні орієнтації визначають ставлення особистості та соціальних спільнот до здоров'я, а також залежать від їхнього соціального статусу, ролі та місця в структурі суспільних відносин. Водночас, розуміння здоров'я виключно як декларованої термінальної цінності є недостатнім. Ефективне збереження здоров'я потребує наявності мотиваційного імпульсу та практичної реалізації у вигляді конкретних дій, зусиль і поведінкових стратегій, спрямованих на його підтримку та розвиток упродовж життя.

У межах холістичного підходу здоров'я постає не як сукупність окремих психофізіологічних показників, а як інтегральна характеристика особистісного буття, що відображає рівень сформованості життєвої зрілості, внутрішньої узгодженості та смислової цілісності індивіда. Така інтерпретація передбачає розгляд здоров'я як процесу та результату тривалої онтогенетичної еволюції особистості, у ході якої відбувається інтеграція життєвого досвіду, формування автономії, відповідальності та здатності до саморегуляції (Г. Олпорт). У гуманістичній традиції акцент переноситься на феноменологічний вимір здоров'я, зокрема на здатність особистості до рефлексивного осмислення власного досвіду та його творчого використання в процесі самореалізації й особистісного зростання (К. Роджерс). У глибинно-

психологічному контексті здоров'я інтерпретується як результат інтрапсихічного синтезу фундаментальних екзистенційних суперечностей і полярностей психіки, що забезпечує досягнення внутрішньої рівноваги та цілісності Я (К. Юнг). Сучасні вітчизняні концепції розширюють зазначені положення, розглядаючи здоров'я як процес максимально повного розкриття індивідуальних потенціалів і формування компетенцій здоров'я, які виконують системоутворювальну функцію в структурі інтегрованої особистості та мають виразне практичне спрямування щодо досягнення стійкого благополуччя (В. Ананьєв).

У межах синергетичного та акмеологічного підходів здоров'я концептуалізується як складна, відкрита, нелінійна система, розвиток якої підпорядковується законам самоорганізації, динамічної рівноваги та переходів між станами впорядкованості й нестійкості. Синергетична перспектива дозволяє розглядати здоров'я як результат взаємодії множинних чинників, що перебувають у постійному русі та взаємному зумовленні, а також як процес, чутливий до флуктуацій внутрішнього й зовнішнього середовища (Н. Гузій, І. Пригожий, Г. Хакен та ін.). Акмеологічний підхід зосереджує увагу на динамічному характері здоров'я, позитивна траєкторія якого визначається рівнем особистісного, професійного та духовного розвитку суб'єкта, його здатністю до самовдосконалення та досягнення вершин індивідуальної реалізації (А. Деркач, М. Секач, О. Москаленко, М. Хватова та ін.). У такому контексті здоров'я набуває статусу показника життєвої успішності та суб'єктної зрілості особистості.

З позицій соціокультурного підходу здоров'я осмислюється як феномен, що формується та відтворюється у просторі соціальних взаємодій і культурних смислів. Як підкреслює І. Бовіна, аналіз здоров'я соціальних груп виходить за межі індивідуально-психологічного рівня та переноситься на соціетальний вимір, де воно постає як продукт історично зумовлених норм, цінностей, ідеалів і домінуючих дискурсів. У цьому ракурсі здоров'я розглядається як соціально сконструйована реальність, що відображає актуальний стан

суспільства, його культурні пріоритети та соціальні практики. Відтак дослідження здоров'я потребує системного аналізу енуявлення про норму, благополуччя та допустимі моделі здоров'язбережувальної поведінки.

Інтегративний підхід ґрунтується на методологічному плюралізмі та передбачає поєднання різнорідних теоретичних моделей і пояснювальних принципів з метою багатовимірного аналізу феномену здоров'я.

. У межах цього підходу здоров'я постає як системна властивість особистості, що інтегрується з її морально-етичними настановами, мотиваційно-смысловими структурами, поведінковими стратегіями, суб'єктною активністю та соціальною включеністю (В. Аверін, Б. Ананьєв, О. Ковальов, В. М'ясищев та ін.). Така інтеграція забезпечує цілісність функціонування особистості та визначає її здатність до адаптації й самореалізації в умовах соціальної мінливості.

Сучасні дослідження (О. Васильєва, Н. Завацька, І. Коцан, В. Розін та ін.), демонструють стійку тенденцію до переходу від індивідуального рівня аналізу до соціального та соціетального. Такий зсув відображає не лише зростання суспільної значущості проблеми здоров'я, але й необхідність її осмислення в контексті колективних уявлень, групових норм і соціальних ідентичностей.

У соціальній психології здоров'я вчені пропонують диференціацію загальних і спеціалізованих соціально-психологічних теорій, а також систематизацію наукових підходів.

До загальних теоретичних рамок належать теорії атитюдів, соціального порівняння, атрибуції та соціально-когнітивні моделі.

Специфічні теорії представлені моделлю переконань щодо здоров'я, теорією захисної мотивації, концепціями ментальних репрезентацій здоров'я та поетапними моделями змін здоров'язбережувальної поведінки. Вони формують концептуальний каркас індивідуального рівня аналізу. Міжособистісний рівень репрезентують соціально-когнітивна теорія та теорія соціального порівняння, тоді як надіндивідуальний рівень представлений

теорією соціальних уявлень С. Московічі та моделлю дифузії інновацій Е. Роджерса.

У межах теорій атитюдів особливе місце посідають когнітивно-поведінкові концепції як результат раціонального зважування переконань, соціальних очікувань і суб'єктивно сприйманого контролю. Зазначені конструкти детермінують формування поведінкових інтенцій, що, своєю чергою, зумовлюють вибір конкретних стратегій взаємодії зі здоров'ям. Теорія запланованої поведінки розширює цю логіку, вводячи компонент сприйманого контролю поведінки, який безпосередньо впливає як на інтенційний рівень, так і на поведінкову реалізацію здоров'язберезувальних практик.

Відповідно до теорії соціального порівняння Л. Фестінгера, оцінювання власного здоров'я здійснюється за принципами висхідного та низхідного порівняння.

Висхідне порівняння виконує функцію стимулювання саморозвитку та самовдосконалення, активізуючи мотиваційні механізми наслідування позитивних моделей здорової поведінки.

Низхідне ж порівняння сприяє зниженню суб'єктивної напруги та підтриманню позитивної самооцінки шляхом селективного добору соціальних референтів, які підтверджують наявні переконання й уявлення про власний стан здоров'я.

У межах атрибутивних теоретичних підходів розглядається те, яким чином суб'єкт інтерпретує причини власного здоров'я або, навпаки, виникнення пов'язаних із ним труднощів і порушень. Згідно з позицією Б. Вайнера, сформованою на основі ідей Дж. Роттера та Дж. Аткинсона, очікування особистості щодо стану здоров'я опосередковуються її уявленнями про джерела успіху та невдач у цій сфері. Так, приписування негативних результатів недостатнім власним зусиллям, що відповідає інтернальній локалізації контролю, здатне активізувати мотивацію досягнення та стимулювати здоров'язберезувальну активність. Натомість інтерпретація невдач як наслідку обмежених здібностей або дії зовнішніх обставин,

характерна для екстернального локусу контролю, знижує рівень відповідальності суб'єкта за власне здоров'я та послаблює його мотиваційну залученість у процеси саморегуляції.

У руслі соціально-когнітивної теорії А. Бандури ключовим психологічним чинником підтримки та збереження здоров'я виступає феномен самоефективності, що відображає суб'єктивну впевненість індивіда у власній здатності впливати на події, пов'язані зі здоров'ям. Усвідомлення особистої спроможності контролювати власну поведінку та долати труднощі сприяє вибору адаптивних стратегій і підвищує ймовірність реалізації дій, орієнтованих на збереження фізичного й психічного благополуччя.

Серед специфічних соціально-психологічних моделей особливе місце посідає модель переконань щодо здоров'я, запропонована І. Розенстоком. Її концептуальна структура охоплює уявлення про індивідуальну вразливість до захворювань, суб'єктивну оцінку тяжкості можливих наслідків, очікувану ефективність профілактичних або лікувальних заходів, сприйняття власних витрат і зусиль, наявність пускових стимулів для дії, а також загальну мотиваційну налаштованість на збереження здоров'я. У межах цієї моделі домінуючого значення набувають когнітивні чинники, тоді як у теорії захисної мотивації Р. Роджерса центральну роль відіграють афективні компоненти, зокрема інтенсивність страху та переживання особистої загрози. Саме емоційне усвідомлення небезпеки та відчуття власної уразливості розглядаються як детермінанти ініціювання профілактичної поведінки у сфері здоров'я.

Вагомий внесок у розуміння психологічних механізмів здоров'я здійснює модель саморегуляції Х. Левенталю, у якій увага зосереджується на когнітивних репрезентаціях загроз здоров'ю або хворобі. Формування таких уявлень відбувається під впливом соціального середовища, культурних і релігійних контекстів, а також індивідуально-психологічних характеристик особистості. У структурі репрезентацій виокремлюються уявлення про ідентичність захворювання, його ймовірні причини, наслідки, тривалість,

можливості контролю та способи лікування, які спільно визначають стратегії реагування на загрозу здоров'ю.

У сучасній психології також широко представлені поетапні моделі трансформації здоров'язбережувальної поведінки, зокрема транстеоретична модель Дж. Прохаски та К. Декліменте, а також модель формування превентивної поведінки Дж. Вейнштейна. Їх спільною засадою є уявлення про зміну поведінки як процес, розгорнутий у часі, що супроводжується поступовою перебудовою переконань, установок і мотиваційних орієнтацій особистості щодо здоров'я.

Водночас специфічні соціально-психологічні теорії мають певні обмеження, оскільки не завжди дозволяють повною мірою пояснити механізми переходу від когнітивних уявлень і переконань до реального ставлення до здоров'я та вибору конкретних поведінкових стратегій. Крім того, їх аналітичний потенціал здебільшого зосереджений на індивідуальному рівні, що істотно звужує можливості дослідження здоров'я як соціального феномену.

На соціетальному рівні проблематика здоров'я може бути осмислена крізь призму теорії дифузії інновацій Е. Роджерса, відповідно до якої нові ідеї, норми або практики здоров'язбереження поширюються в межах соціальних груп за певними закономірностями. Досягнення «критичної маси» прихильників нововведення забезпечує його інтеграцію в групову культуру та подальше засвоєння більшістю членів спільноти.

Ми розглядаємо здоровий спосіб життя з позицій системного та інтегративного підходів, що передбачає поєднання різних теоретичних рамок і концептуальних моделей для всебічного аналізу цього складного багатовимірного феномену. Методологічну основу становлять положення теорії соціальних уявлень С. Московічі та Ж. Абріка, а також ідеї аксіологічного, холістичного й акмеологічного підходів, у яких здоров'я інтерпретується як життєвий ресурс, базова цінність і динамічне утворення, чутливе до змін життєвого контексту та соціального оточення.

Водночас у концептуалізації поняття «здоров'я» у межах даної роботи провідним залишається загальноприйняте визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з яким здоров'я розуміється як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише як відсутність захворювань. У руслі системного підходу (Б. Ананьєв, В. Кабаєва, О. Лазурський, Б. Ломов, Г. Нікіфоров) здоров'я трактується як відкрита ієрархічно організована цілісна система, що функціонує на біологічному рівні (адекватність психічних процесів і станів у взаємодії з середовищем), особистісному рівні (гармонійність психічних властивостей, стійкість і здатність до саморегуляції) та соціальному рівні (характер і насиченість міжособистісних зв'язків, повноцінна участь у соціальному житті та виконання суспільних ролей).

Стан здоров'я людини значною мірою зумовлюється характером її ставлення до власного благополуччя, яке може відповідати або суперечити засадам здорового способу життя. Джерела неадекватної щодо здоров'я поведінки закорінені у природі людських потреб, яким, за С. Рубінштейном, притаманна суперечлива пасивно-активна спрямованість, а також у загальній організації мотиваційної сфери особистості. Саме мотиваційні утворення опосередковують вибір індивідом стратегій взаємодії зі здоров'ям і визначають міру відповідальності за його збереження.

У соціально-психологічному дискурсі дедалі більшої значущості набуває проблема ставлення до здоров'я серед молодіжних соціальних груп. Водночас у педагогічній науці уже накопичено ґрунтовний емпіричний і теоретичний матеріал. У межах аксіологічного підходу низка дослідників (Л. Бутузова, С. Кириленко, Г. Кружило, О. Соколенко, В. Оржеховська) аналізують різні аспекти ціннісного ставлення учнівської та студентської молоді до здоров'я.

У межах сучасної соціології проблема ставлення до здоров'я розглядається в працях І. Журавльової, Х. Палосуо та інших авторів. Аналізуючи здоров'я як соціокультурний феномен, І. Журавльова звертає

увагу на характерну для останніх десятиліть тенденцію: хоча здоров'я декларується як безумовна життєва цінність, на практиці воно часто використовується інструментально — як засіб досягнення інших цілей, що спричиняє його надмірну експлуатацію та знецінення.

У психологічній науці категорія «ставлення» на сьогодні постає як один із базових принципів пізнання особистості (О. Лазурський, О. Левченко, В. М'ясищев). У межах сучасних підходів ставлення інтерпретується як багатовимірне утворення, структура якого охоплює когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти (Р. Березовська та ін.).

Як цілісний конструкт ставлення до здоров'я не підлягає безпосередньому емпіричному виміру в цілому, проте може бути досліджене шляхом аналізу його структурних складових, відповідно до трикомпонентної моделі В. М'ясищева. До таких компонентів належать когнітивний (уявлення та знання про здоров'я, чинники ризику й захисту, критерії його оцінювання), афективний (емоційні переживання, почуття та оцінки) та конативний (поведінкові прояви, а також домінантні копінг-стратегії у ситуаціях погіршення здоров'я).

Попри ґрунтовну розробленість проблеми поняття «ставлення» зберігає складний і дискусійний методологічний статус. Це зумовлено різноманітністю можливих типів ставлень (суб'єкт–суб'єктних і суб'єкт–об'єктних), широтою проблемного поля соціальної психології, яке не обмежується лише аналізом міжособистісних взаємодій.

Водночас у цій галузі зберігається певна термінологічна неупорядкованість щодо розмежування понять «ставлення», «соціальна настанова», які є близькими за змістом, проте не тотожними за своїм теоретичним наповненням.

Рефлексивний аналіз сучасного психологічного знання засвідчує поліфонічність теоретичних інтерпретацій понять «ставлення» та «соціальне настановлення», що зумовлено як історичною еволюцією наукових уявлень, так і методологічною неоднорідністю підходів до дослідження особистості в

соціальному контексті. У межах однієї дослідницької традиції ці поняття інтерпретуються як функціонально збіжні, що зумовлює тенденцію до їх смислового злиття та використання як взаємозамінних аналітичних конструктів. Водночас альтернативна теоретична позиція виходить із визнання онтологічної первинності категорії «ставлення», розглядаючи її як базовий елемент особистісної структури, що не редукується до атитюдних або настановлювальних форм і вимагає чіткого концептуального розмежування.

У низці міждисциплінарних підходів ставлення постає як похідне утворення, інкорпороване в ширші смислові формації — соціальні уявлення, ціннісно-нормативні диспозиції або валеологічні орієнтації, які задають рамки індивідуального осмислення феномена здоров'я. Така редукція, попри її евристичний потенціал, обмежує можливості аналізу особистісної детермінації поведінки, що актуалізує потребу в методологічній реабілітації поняття «ставлення» як інтегративної категорії, здатної акумулювати когнітивні, афективні та конативні виміри суб'єктного досвіду. Саме в такому значенні ставлення постає як концептуальний вузол, у якому перетинаються індивідуальні смисли, соціальні впливи та регулятивні механізми поведінки.

Існуючі класифікації мають переважно авторський характер і відображають специфіку дослідницьких парадигм, у межах яких вони були сконструйовані. Ставлення до здоров'я концептуалізується через систему опозицій, які фіксують різні модуси суб'єктної взаємодії з власним тілесно-психічним благополуччям — від нормативно адекватних до девіантних, від усвідомлених до імпліцитних, від ціннісно зумовлених до індіферентних або утилітарних. Такі типологізації не лише відображають різні рівні залученості особистості до проблеми здоров'я, але й репрезентують глибинні відмінності в структурі мотиваційно-смислової регуляції життєдіяльності.

Особливе місце в теоретичному осмисленні феномена займає проблема адекватності ставлення до здоров'я, яка розкривається через багаторівневу систему критеріїв, доступних для емпіричної фіксації. На когнітивному рівні адекватність виявляється у сформованості цілісних уявлень про здоров'я як

ресурс життєдіяльності та у здатності інтегрувати знання про чинники ризику й захисту. Афективний вимір адекватності пов'язаний із якісними характеристиками емоційного переживання здоров'я, зокрема з балансом між тривожністю та позитивною афективністю. Мотиваційно-поведінковий рівень відображає ступінь інтеріоризації цінності здоров'я та її практичну реалізацію в поведінкових патернах, узгоджених із вимогами здорового способу життя.

Додатковим показником адекватності виступає рефлексивна здатність суб'єкта до співвіднесення самооцінки власного здоров'я з об'єктивними параметрами фізичного, психічного й соціального функціонування.

У соціально-психологічному вимірі інтенсивність ставлення до здоров'я постає як результат взаємодії структурних компонентів цього утворення, міра узгодженості яких визначає типологічну належність суб'єкта. Виокремлювані емпіричні типи молоді відрізняються не лише кількісними показниками окремих компонентів, а й характером їх внутрішньої організації — від фрагментарної та ситуативно зумовленої до цілісної, внутрішньо мотивованої та стійкої. Саме когерентність когнітивного, афективного та конативного рівнів дозволяє говорити про інтегроване ставлення як особистісне утворення високого ступеня зрілості.

Узагальнення теоретичних підходів дає підстави для виділення двох полярних векторів ставлення до здоров'я — самозбережувального та саморуйнівного, які відрізняються за рівнем сформованості структурних компонентів і характером зв'язків між ними. Водночас ці вектори слід розглядати не як жорстко фіксовані типи, а як континуальні позиції, між якими можливі численні перехідні форми, детерміновані як індивідуально-психологічними, так і соціокультурними чинниками.

Таким чином, ставлення до здоров'я постає як багаторівневе соціально-психологічне утворення, що не зводиться ані до системи настановлень, ані до сукупності соціальних уявлень, а формується в просторі взаємодії особистісних смислів, ціннісних орієнтацій і соціальних контекстів. У цьому зв'язку подальший аналіз доцільно спрямувати на виявлення тих соціально-

психологічних детермінант, які опосередковують процес становлення ставлення молоді до здоров'я та визначають його функціональну спрямованість.

1.2. Чинники ставлення молоді до здоров'я та здорового способу життя

Суспільство все більше уваги приділяє проблемам здоров'я та формуванню здорового способу життя (ЗСЖ) серед молоді. Ставлення молоді до власного здоров'я та практик ЗСЖ визначається складною взаємодією соціально-психологічних, особистісних, культурних і медико-біологічних чинників, що разом формують ціннісні орієнтації, мотивацію та поведінкові моделі.

1. Особистісні чинники. Серед особистісних детермінант основне значення має рівень самосвідомості та самооцінки. Молоді люди більш усвідомлено ставляться до власного здоров'я, планують фізичну активність, дотримуються режиму харчування та уникання шкідливих звичок. Крім того, на ставлення до ЗСЖ впливають мотиви особистісного розвитку та прагнення до самореалізації. Так, молодь, яка цінує фізичний і психічний добробут як складову особистісного успіху, демонструє стійку мотивацію до здорового способу життя.

Не менш важливими є психологічні ресурси, такі як самоконтроль, стресостійкість. Високий рівень самоконтролю корелює з регулярною фізичною активністю та дотриманням режиму харчування, тоді як низька стресостійкість часто провокує ризиковану поведінку, зловживання шкідливими звичками та недостатню увагу до власного здоров'я.

2. Соціально-психологічні чинники. Велике значення у формуванні ставлення до здоров'я має соціальне оточення, зокрема сім'я, друзі та освітнє середовище. Сімейні цінності, звички харчування та рівень підтримки здорового способу життя батьками безпосередньо впливають на моделювання

поведінки молоді. Позитивні приклади дорослих стимулюють молодь до активного способу життя, тоді як недостатня увага батьків до власного здоров'я або наявність шкідливих звичок у родині часто формує негативне ставлення до ЗСЖ. Одним із ключових факторів є також вплив соціальних груп та медіа. Молодь піддається значному тиску моди, популярних онлайн-платформ та реклами, що може як стимулювати прагнення до здорового способу життя (через популяризацію спорту, правильного харчування), так і призводити до ризикованої поведінки (надмірне споживання нездорової їжі, психологічний стрес через соціальні стандарти).

3. Культурні та ціннісні чинники. Ставлення до здоров'я багато в чому визначається культурними та ціннісними орієнтаціями молоді. У сучасній психології підкреслюється роль цінності здоров'я як фундаментальної людської цінності, що формує поведінкові моделі та життєві пріоритети. Молоді люди, для яких здоров'я є важливою життєвою цінністю, частіше вибирають здоровий спосіб життя і демонструють стійкість до негативних соціальних впливів. Також значення мають національні та релігійні традиції, що регулюють харчові звички, фізичну активність та загальну турботу про тіло. Культурні моделі визначають не лише те, що вважається «здоровим», а й конкретні практики підтримки фізичного та психічного благополуччя.

4. Біологічні та медичні чинники. На ставлення молоді до здоров'я впливає стан фізичного здоров'я та рівень розвитку фізичних здібностей. Люди з хронічними захворюваннями або з обмеженими фізичними можливостями можуть демонструвати різні рівні мотивації щодо ведення здорового способу життя. Медична освіта та доступ до інформації про здоров'я також є важливими детермінантами, оскільки знання про ризики та профілактичні заходи формують більш усвідомлене ставлення до власного тіла. Ставлення молоді до здоров'я та здорового способу життя є комплексним явищем, що формується під впливом особистісних, соціально-психологічних, культурних і біологічних чинників. Ефективне формування ЗСЖ серед молоді потребує інтегрованого підходу, який поєднує виховання цінності здоров'я,

розвиток самоконтролю та стресостійкості, підтримку з боку сім'ї та соціального оточення, популяризацію здорового способу життя через медіа та освітні програми. Усвідомлення цих факторів дозволяє прогнозувати поведінку молоді та створювати умови для формування довгострокової мотивації до здорового способу життя.

Динаміка поступового погіршення стану здоров'я населення, що зумовлюється насамперед домінуванням нездорових патернів поведінки, недостатньою активністю у питаннях підтримки та самозбереження фізичного, психічного й соціального благополуччя, виявляється не лише як суто індивідуальна проблема.

Особливо вразливою до інтеріоризації деструктивних моделей поведінки у сфері здоров'я, на наш погляд, є когорта молоді, що обумовлено поєднанням низки психофізіологічних, соціально-психологічних та ціннісно-мотиваційних детермінантів, здатних формувати специфічні, часом парадоксальні, установки щодо власного здоров'я.

Реалії сучасного соціального середовища змушують молодих активних суб'єктів інколи поступатися власним фізичним та психічним ресурсом заради досягнення кар'єрних чи економічних цілей, тоді як пасивні групи демонструють адаптивну покірливість перед структурними обмеженнями життєвого середовища. У той же час, психічно-соціально-психологічні особливості розвитку молоді, що включають рівень емоційної стабільності, когнітивну рефлексивність та соціально-взаємодійні компетенції, виступають детермінантами трансформації ставлення до здоров'я, формуючи континуум між усвідомленою турботою та байдужістю, між активним самозбереженням та саморуйнівними практиками. Відповідно, системне виділення й концептуалізація суб'єктивних чинників, що визначають ставлення молодого індивіда до здоров'я, може слугувати методологічною основою для формування моделей трансформації поведінкових стратегій та корекції деструктивних патернів у напрямі генерації адекватного здоров'язберезувального ставлення.

У рамках теоретико-методологічних моделей організації життєдіяльності молоді, запропонованих П. Великим та А. Заїкіною, молодь диференційована на три типологічні когортні групи, кожна з яких демонструє специфічне ставлення до власного здоров'я.

Першу групу характеризує високий рівень відповідальності за фізичне та психічне благополуччя, турботливе ставлення до власного ресурсу та стратегічна орієнтація на реалізацію потенціалу для досягнення життєвих цілей.

Друга група репрезентує індивідів, що експлуатують здоров'я як інструмент, не усвідомлюючи його як капітал, і, відповідно, демонструють деструктивне ставлення до принципів здорового способу життя; за нашими спостереженнями, ця когорта формує домінуючу більшість сучасної молоді.

Третя група визначається домінуванням сімейних цінностей і традицій, де потенціал позитивного наслідування здорових практик реалізується у разі, якщо здоров'я займає пріоритетне місце в ціннісній ієрархії батьків та підтримується через організаційно-ціннісні інтервенції сімейного середовища [32].

М. Тимофієва, аналізуючи особливості формування здоров'язберезувальної поведінки у сільській молоді, підкреслює, що ставлення виступає фундаментальним компонентом самозберезувальної активності [25]. Водночас, навіть за умови достатньої обізнаності молоді щодо факторів ризику, що впливають на стан здоров'я, спостерігається дефіцит піклування про власне здоров'я, що інтерпретується як недостатнє формування конативного компоненту ставлення, проявлене у мінімізації зусиль щодо підтримки та збереження здоров'я [26].

Соціологи зазначають, що турбота молоді про здоров'я носить переважно реактивний, лікувальний характер, проявляючись здебільшого у ситуації погіршення стану або під впливом страху захворювання, що, з одного боку, свідчить про наявність когнітивного усвідомлення, а з іншого – вказує на низький рівень інтеграції афективного й конативного компонентів у

загальну структуру ставлення [34; 53]. У сукупності ці дані аргументують нагальну необхідність впровадження соціально-психологічних інтервенцій.

У сучасній соціальній психології значну увагу приділяють вивченню детермінант здоров'я та хвороби, проте системний аналіз психологічних факторів, що формують ставлення індивіда до власного здоров'я, залишається недостатньо розробленим. Вихідною точкою у цьому дослідженні може слугувати концепція «соціокультурних еталонів здоров'я» (О. Васильєва, Ф. Філатов), яка передбачає існування універсальних структурних матриць, що визначають соціальні уявлення, ціннісні орієнтації, настанови на здоровий спосіб життя та валеонастанови, виступаючи фундаментальною підставою для всіх пов'язаних з ними психосоціальних феноменів [28]. У даному контексті ставлення до здоров'я розглядається як опосередкований феномен, що виникає на основі стійких соціокультурних прототипів або «еталонів», які забезпечують когнітивну та ціннісну організацію життєвих практик особистості.

Суттєву роль у формуванні ставлення молоді до здоров'я виконують соціальні уявлення, які виступають колективними когнітивними структурами, інтегрованими в систему колективної пам'яті. Відповідно до концепції С. Московічі, соціальні уявлення відображають двосторонній зв'язок між соціальною реальністю та когнітивним конструктом: навколишня дійсність формується через уявлення, одночасно ці уявлення виникають у відповідь на конкретні соціальні події й процеси. Структура соціального уявлення включає інформаційне поле (сукупність знань про об'єкт), рамки, у яких існує уявлення, та настанову, що відображає позитивне чи негативне ставлення до об'єкта. При дефіциті інформації або нечіткому полі уявлення настанова набуває емоційного забарвлення, що стає ключовим фактором поведінкової регуляції [71].

Ж. Абрік модифікує цю концепцію, виділяючи центральне ядро соціального уявлення, стійке до змін, та периферію, чутливу до індивідуального досвіду й контекстуальних змін [55; 56]. У цій системі

ставлення не виділяється як автономний компонент, що дозволяє розглядати його як інтегроване, але не тотожне соціальному уявленню явище. Емпіричні дослідження, наприклад І. Бовиної, показують, що уявлення молоді про здоров'я містять ядро (спорт, краса, сила, бадьорість, радість життя) та периферію (самопочуття, посмішка, емоційний стан, впевненість у собі), що демонструє відповідність уявлень нормам здорового способу життя [21].

Психологічний аналіз ставлення до здоров'я передбачає інтеграцію когнітивного, емоційного та конативного компонентів, взаємозв'язок яких визначається через ціннісні орієнтації та потреби особистості. Як показує Г. Нікіфоров, коли домінуючі цінності узгоджені із задоволеними потребами, індивід досягає відносного здоров'я; при поєднанні домінуючих цінностей з фрустрованими потребами відбувається активація проблем зі здоров'ям, особливо при його порушенні [79].

Настанови на здоровий спосіб життя, у тому числі валеонастанови, виступають внутрішньоособистісними регуляторами поведінки, що формують індивідуальну феноменологію здоров'я. Відповідно до О. Васильєвої та Ф. Філатова, вони диференціюються на ресурсні (самодостатні), підтримуючі, дефіцитарні та маніпулятивні, причому перші два типи найбільш сприятливі для розвитку адекватного ставлення до здоров'я [28, с. 15].

Інтеграція цих психологічних феноменів із соціальними детермінантами дозволяє побудувати системну модель ставлення молоді до здоров'я. Вона включає:

1. Соціокультурні еталони здоров'я, що формують базові когнітивні та ціннісні прототипи.
2. Соціальні уявлення та репрезентації, що визначають структуру настанови та емоційне забарвлення ставлення.
3. Ціннісні орієнтації та задоволення потреб, які регулюють конативний компонент та активність у поведінці.
4. Валеонастанови, що визначають напрямок і продуктивність поведінкових стратегій у сфері здоров'я.

5. Когнітивно-емоційно-конативна інтеграція, яка забезпечує узгодженість компонентів ставлення та формує його адекватний або неадекватний тип.

Таким чином, ставлення молоді до здоров'я постає як динамічна система, де соціокультурні, когнітивні, ціннісні та поведінкові складові взаємодіють і модулюють індивідуальні практики самозбереження, що визначає ефективність превентивної та оздоровчої поведінки в сучасних умовах.

Інтерпретація атрибутивної теорії Дж. Роттера в соціально-психологічному контексті дозволяє розглядати локус контролю як ключовий фактор, що пояснює специфіку ставлення молоді до власного здоров'я. Внутрішній локус контролю сприяє усвідомленню відповідальності за здоров'я, активує когнітивний і конативний компоненти ставлення та формує рефлексію щодо наслідків недбалого ставлення.

Важливим чинником є психологічні механізми захисту, які впливають на засвоєння досвіду, набуття компетентності та регуляцію поведінки. Найпоширенішими у сфері здоров'я є заперечення та раціоналізація: від блокування негативної інформації до виправдання неадекватної поведінки. Соціальне схвалення з боку значущих інших також визначає поведінкові та когнітивні орієнтації, виступаючи сильним мотивуючим фактором відповідно до теорії соціального навчання А. Бандури.

Ставлення молоді до здоров'я можна розглядати як внутрішню сторону системи суб'єктивно оцінених, соціально детермінованих зв'язків із явищами навколишньої дійсності, які сприяють або загрожують здоров'ю, опосередкованих життєвим досвідом. Воно проявляється через когнітивний (знання про здоров'я, фактори ризику й антиризиків, критерії оцінки стану), афективний (емоції та переживання) та конативний (поведінкові дії) компоненти.

Серед ключових детермінант ставлення молоді до здоров'я виділяють соціальні уявлення, валеонастанови, ціннісні орієнтації та локус контролю. У

процесі корекційних та тренінгових програм необхідно враховувати захисні механізми, особливості мікро- і макросередовища та активізувати рефлексивні стратегії, спрямовані на усвідомлення здоров'я як ресурсу, що потребує постійного підтримання та розвитку.

1.3. Система детермінант ставлення молоді до здоров'я

Ставлення молоді до здоров'я та здорового способу життя (ЗСЖ) формується як результат складної взаємодії різних чинників, які в сукупності утворюють цілісну систему детермінант. Аналіз цієї системи дозволяє зрозуміти, які внутрішні та зовнішні механізми впливають на поведінку молодих людей, їх мотивацію до ведення здорового способу життя, а також на усвідомлення цінності власного здоров'я.

1. Особистісні детермінанти. Особистісні чинники відіграють центральну роль у формуванні ставлення до здоров'я. До них належать:

- Самосвідомість та самооцінка, які визначають, наскільки молодь усвідомлює цінність свого фізичного і психічного стану;
- Мотивація до самореалізації та особистісного розвитку, що включає прагнення до досягнення успіху, підтримки енергійності та життєвої активності;
- Психологічні ресурси, такі як самоконтроль, стресостійкість, здатність до планування та організації власного життя.

Дослідження показують, що високий рівень самоконтролю та внутрішньої мотивації сприяє більш регулярному дотриманню здорових звичок, включаючи фізичну активність і здорове харчування.

2. Соціально-психологічні детермінанти. Соціальне оточення та міжособистісні зв'язки значно впливають на формування здорових або ризикованих моделей поведінки. До ключових детермінант цього рівня належать:

- Сімейні фактори, включно зі ставленням батьків до здоров'я, сімейними традиціями харчування, фізичною активністю та прикладом особистої відповідальності за здоров'я;
- Друзі та соціальні групи, які можуть як підтримувати, так і дестабілізувати мотивацію до здорового способу життя;
- Освітнє середовище та медіа, через які молодь отримує інформацію про здоров'я, формується знання про ризики та засоби профілактики, а також моделюються стандарти поведінки та соціальні очікування.

3. Культурні та ціннісні детермінанти. Ставлення до здоров'я багато в чому визначається системою цінностей, яка формується під впливом культурних традицій та соціальних норм. До цього рівня детермінант відносяться:

- Цінність здоров'я як життєвого пріоритету, що визначає готовність молоді вкладати ресурси часу та зусиль у підтримку фізичного і психічного стану;
- Культурні та релігійні практики, які регулюють харчові звички, фізичну активність та поведінку в умовах стресу;
- Моделі здоров'я у суспільстві, поширені через медіа та освітні програми, що формують уявлення про «ідеальний» стиль життя.

4. Біологічні та медичні детермінанти. Фізичний стан молодої людини та її медичні особливості впливають на сприйняття здоров'я та здатність дотримуватися ЗСЖ. До цих детермінант належать:

- Стан здоров'я та фізична витривалість, які визначають об'єктивні можливості для фізичної активності;
- Наявність хронічних захворювань або обмежень, що може змінювати мотивацію до ведення здорового способу життя;
- Інформаційна компетентність у сфері здоров'я, включно з медичною обізнаністю та доступом до профілактичних заходів.

5. Системний підхід до детермінант. Система детермінант ставлення молоді до здоров'я являє собою взаємопов'язану мережу факторів, де

особистісні, соціальні, культурні та біологічні детермінанти взаємодіють, підсилюють або, навпаки, обмежують вплив один одного. Наприклад, висока мотивація до здоров'я може компенсувати негативний вплив ризикованого соціального оточення, а підтримка з боку сім'ї підвищує ефективність освітніх та медійних програм з популяризації ЗСЖ.

Система детермінант ставлення молоді до здоров'я є багаторівневою та динамічною. Вона включає особистісні, соціально-психологічні, культурні та біологічні фактори, які взаємодіють і формують цілісне ставлення до власного здоров'я та поведінкові моделі здорового способу життя. Розуміння цієї системи дозволяє створювати ефективні програми профілактики та просвіти, спрямовані на формування стійкої мотивації молоді до ЗСЖ та підвищення загального рівня фізичного і психічного благополуччя.

Феноменологічна конструкція здоров'я індивіда обумовлюється складним переплетінням об'єктивних детермінант, що включають не лише параметри способу життя, але й спадкові передумови, екологічні умови регіону проживання, якість харчування, доступ до матеріальних, фінансових, культурних та соціальних ресурсів. У контексті сучасних трансформацій українського соціуму, що супроводжуються ринковими перетвореннями, поширенням інформаційних потоків і глибинною інтеграцією масової культури, молодь постає найбільш адаптивною демографічною категорією, здатною завдяки психологічній стійкості та лабільності мислення ефективно інтегрувати інноваційні практики та компенсувати нестабільність соціального середовища. Водночас, як зазначають Л. Мороз і Т. Титаренко, молодіжна когорта виступає активним транслятором сучасної культури, в якій констатуються суперечності між зростанням споживацьких інтересів, матеріалізацією цінностей та фрустрацією індивідуальних прагнень, що провокує орієнтацію на матеріальне забезпечення, часто ціною нехтування власним здоров'ям [79].

Аналіз соціально-психологічних і соціологічних досліджень свідчить про визначальний вплив стратифікації суспільства на якість життя та здатність

підтримувати здоров'я молодого покоління (Н. Адлер, Е. Лібанова, Д. Мацумото). При цьому встановлено, що соціально-економічний статус індивіда є однією з фундаментальних причин виникнення патологічних станів (Б. Лінк, Дж. Фелон [цит. за 26]). Значна частина сучасних досліджень, як вітчизняних, так і закордонних, підтверджує пріоритетність економічних детермінант у формуванні стану здоров'я різних соціальних груп (Є. Головаха, Л. Коробка, Г. Нікіфоров, Т. Титаренко, Н. Родіна та ін.).

Водночас проблема кореляції між соціально-економічним статусом та ставленням молоді до власного здоров'я залишається недостатньо апробованою, незважаючи на численні дослідження впливу доходів та ставлення до матеріальних благ на суб'єктивне благополуччя, якість життя й оздоровчий стан представників різних соціально-економічних верств.

Особливості ставлення молоді до здоров'я формуються під впливом таких детермінант, як соціальна стратифікація, економічний статус та рівень економічного благополуччя. У цьому зв'язку доцільним є уточнення термінології, зокрема понять «економічне благополуччя» та «економічний статус». У науковому дискурсі виділяють два концептуальні підходи до економічного благополуччя. Об'єктивний підхід трактує його як функцію доходу, що виступає індикатором індивідуального або сімейного добробуту, а рівень національного доходу (ВВП на душу населення) – як маркер економічного стану держави; такий підхід широко використовується у соціології та економіці для аналізу рівня життя та його трансформацій [67; 72].

Психологічний підхід, навпаки, інтегрує суб'єктивні оцінки, внаслідок чого формується концепт «суб'єктивного економічного благополуччя» (СЕБ) (А. Кемпбелл, М. Крачолісі, В. Харченко та ін.). З погляду психології, СЕБ визначається задоволеністю працею, доходом, споживчими практиками та оцінкою економічної політики держави (О. Дейнека), а також включає когнітивні, емоційно-чуттєві та мотиваційно-спонукальні компоненти, що інтегрують особистісні цінності та переконання (Є. Угланова). Суб'єктивне економічне благополуччя, таким чином, виступає важливою складовою

економічної свідомості особи, яка відображає ставлення індивіда до матеріального життя, визначає життєву позицію та поведінкові моделі у сфері економічної активності, а отже, є суттєвою детермінантою загального рівня благополуччя та якості життя [14].

Для ґрунтовного осмислення категорії «економічний статус» та її місця в контексті суб'єктивного економічного благополуччя (СЕБ) доцільним є звернення до теоретико-концептуальної моделі СЕБ, яка функціонує як багаторівнева система проявів і взаємозв'язків. На першому рівні досліджуються окремі компоненти ставлення особистості до наявного матеріального становища та рівня доходу, які можна розглядати як індикатори об'єктивного економічного статусу. Другий рівень передбачає узагальнення індивідуальних показників у комплексні структурні характеристики суб'єктивного економічного благополуччя, що дозволяє інтегрувати окремі елементи у системну модель. Третій, інтегральний рівень охоплює глобальну оцінку СЕБ, поєднуючи в собі базові параметри економічної тривожності, оптимістичних або песимістичних упереджень щодо матеріального забезпечення та загального економічного добробуту, які утворюють цілісну суб'єктивну характеристику індивіда [13; 14].

У цьому сенсі суб'єктивне економічне благополуччя постає як складова якісного, оцінного сприйняття життєвого добробуту та загальної якості життя особи. Економічний статус, будучи структурним елементом СЕБ, відображає фінансове становище індивіда та підкреслює об'єктивний аспект оцінки, однак, з точки зору соціально-психологічної перспективи, його розуміння значно ширше: воно включає процес ідентифікації особистості з певною соціально-економічною групою та здійснення порівнянь свого матеріального становища з іншими членами суспільства, що належить до процесів соціальної ідентифікації.

Виходячи із зазначеного, економічний статус доцільно розглядати на основі двох взаємопов'язаних складових: об'єктивної (визначеної рівнем

доходу) та суб'єктивної (відображеної у СЕБ, що базується на процесах ідентифікації й порівняння у континуумі «бідний–багатий»).

Особливу актуальність має питання впливу як об'єктивних, так і суб'єктивних компонентів економічного благополуччя на прояви стану здоров'я індивіда.

Абсолютна бідність характеризується визначенням порога бідності на основі вартості мінімального набору життєво необхідних ресурсів (продукти харчування, одяг, витрати на житло), достатніх для забезпечення фізіологічного існування [18; 19]. Відносна бідність вбачає брак економічних та соціальних благ у порівнянні з іншими членами суспільства, що призводить до обмеження можливості підтримувати соціально нормований спосіб життя та стиль споживання [17; 19]. Концепція суб'єктивної бідності дає змогу врахувати особистісні характеристики та сприйняття соціальної нерівності, стаючи ключовим індикатором соціальної напруженості та суб'єктивної оцінки якості життя населення [16].

Таким чином, абсолютна бідність репрезентує економічну депривацію, відносна – соціально-економічну несприятливість у контексті взаємного порівняння, а суб'єктивна – комплексне явище, що визначається індивідуальними особливостями сприйняття і оцінки свого становища.

В умовах високої соціальної стратифікації українського суспільства науковці відзначають формування явища «культури бідності» та специфічного стилю життя серед молоді, що характеризується низьким доходом і заниженим суб'єктивним економічним благополуччям. В цьому контексті критично важливим є врахування соціально-психологічних характеристик молодих людей, їхніх установок і ставлення до здоров'я, а також особливостей поведінки в умовах обмеженого доходу та низького рівня суб'єктивного благополуччя.

За твердженням К. Муздибаєва, бідність розглядається як форма економічної депривації, що негативно впливає на ціннісні орієнтації особистості, її міжособистісні взаємини та інтеграцію в соціальне середовище.

Це проявляється у низькій задоволеності життям, заниженій самооцінці, що обмежує мотиваційно-вольову сферу, формує фаталістичне ставлення до життєвих подій, схильність до невдач, соціальне пояснення власної фінансової неспроможності та переважання екстернального локусу контролю [41].

Серед особистісних рис, характерних для представників економічно неблагополучних груп виділяють життєву безпорадність, відчуття безсилля, низький контроль над власним життям, конформізм, очікування допомоги від інших, занижену самооцінку, почуття приниженості, фаталістичне сприйняття теперішнього та ригідність установок [16; 30; 71].

У той же час значну увагу науковців привертає проблема багатства та суб'єктивного сприйняття власного добробуту. Так, Г. Ложкін зазначає, що характерні ознаки економічно успішних осіб включають заощадження, резервування ресурсів, орієнтацію на довгострокову перспективу та доступ до широкого спектру матеріальних та нематеріальних ресурсів. Однак високий рівень доходу не гарантує відчуття щастя, задоволеності життям або адекватного ставлення до власного здоров'я.

Дослідження Д. Неттла демонструють, що задоволеність життям та станом здоров'я значною мірою визначаються суб'єктивним контролем над життєвою ситуацією. Найсильніші позитивні кореляції спостерігаються між високим рівнем особистого контролю та відчуттям задоволеності життям, тоді як негативні кореляції – із поганим самопочуттям, тривожністю та проблемами зі здоров'ям. Хоча рівень доходу має певний вплив, він не є визначальним: особи з низьким доходом, але високим контролем над ситуацією, демонструють вищий рівень суб'єктивного благополуччя та кращий фізичний і психічний стан у порівнянні з людьми з високим доходом, але низьким контролем. Таким чином, суб'єктивний контроль виступає ключовим чинником, що визначає благополуччя та стан здоров'я індивіда, незалежно від матеріального забезпечення [18].

Проте Т. Петровська підкреслює, що соціально незахищені верстви населення обмежені у свободі вибору та можливості контролювати своє життя,

оскільки масштабні трансформаційні зміни перевищують їхню здатність планувати життєву перспективу, що призводить до хронічної втоми та психоемоційного дистресу [16].

Результати аналізу досліджень Г. Головіної та М. Крістенсона свідчать, що взаємозв'язок між доходом та суб'єктивним благополуччям є досить складним: до певного рівня зростання доходу задоволеність життям збільшується, проте подальше підвищення доходу не призводить до значного покращення суб'єктивного добробуту [15; 72]. Це явище, відоме як ефект насичення, пояснює парадоксальну ситуацію, коли молодь з високими доходами, але низьким суб'єктивним благополуччям, може нехтувати здоров'ям заради матеріальних досягнень.

Таким чином, рівень задоволеності доходом у багатших осіб може бути нижчим, ніж у менш забезпечених, що пояснюється як впливом суб'єктивного контролю, так і зростанням економічних потреб і очікувань, які змінюють критерії оцінки благополуччя. Дослідники (Г. Головіна, Б. Купрейченко, Т. Савченко) зазначають, що багатші люди часто мають сильнішу мотивацію до подальшого підвищення матеріального добробуту, а суб'єктивне заниження власного економічного статусу може виступати стимулом економічної активності, особливо за умов позитивної оцінки власних можливостей та сприятливих умов праці.

О. Дейнека відзначає, що люди з високим рівнем добробуту, позбувшись фінансових обмежень, часто стикаються з певними міжособистісними труднощами [41]. У молоді, для якої основним мотивом є прагнення матеріального успіху, статусу та контролю над ситуацією, проявляються нездорові форми поведінки: трудоголізм, конкурентне ставлення до інших, демонстративне споживання, шкідливі звички та нехтування інтересами близьких. Такі патерни поступово можуть призводити до погіршення психологічного благополуччя та здоров'я.

За даними опитування Є. Шиняєвої та А. Падіарової серед підприємців, керівників і рядових працівників, здоров'я часто оцінюється як другорядний

чинник професійного та фінансового успіху. Учасники дослідження вважали найважливішими для досягнення економічного зростання такі якості, як діловитість, рішучість, наявність контактів і зв'язків, тоді як працелюбність, талант і фізичне здоров'я отримували найнижчі оцінки [49]. Це свідчить про наявність у молоді інструментального ставлення до власного здоров'я.

Що стосується молоді з високим доходом та відповідним суб'єктивним благополуччям, дослідження показують позитивні тенденції: підвищення особистісної відповідальності за стан свого здоров'я [52; 53].

Н. Адлер та Дж. Остров виявили, що індивіди з високим доходом та високим рівнем суб'єктивного благополуччя, як правило, мають краще здоров'я порівняно з особами з низьким фінансовим забезпеченням і суб'єктивною якістю життя [58]. Ця закономірність пояснюється відмінностями у соціальних уявленнях про здоров'я, валеонастановах, способі життя та звичках (паління, вживання алкоголю, фізична активність), які характерні для різних соціально-економічних груп та безпосередньо впливають на ставлення до власного здоров'я.

Висновки до першого розділу

1. Аналіз сучасних досліджень у сфері соціально-психологічних детермінант здоров'я показав, що ставлення молоді до власного здоров'я формується під впливом як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників. До об'єктивних відносяться спадковість, екологічні умови, спосіб життя, харчування та доступ до соціальних, культурних і матеріальних ресурсів, тоді як суб'єктивні включають соціальні уявлення, ціннісні орієнтації, валеонастанови, локус контролю та психологічні механізми захисту.
2. Соціальні уявлення про здоров'я є важливим компонентом ставлення молоді до нього. Вони функціонують як когнітивна та емоційна структура, що відображає соціальну реальність і формує індивідуальні настанови щодо підтримки здорового способу життя. Центральні та периферійні елементи соціальних уявлень забезпечують баланс між колективною пам'яттю та індивідуальним досвідом молоді.
3. Валеонастанови виступають ключовим внутрішньоособистісним фактором, що визначає поведінкові патерни у сфері здоров'я. Найпродуктивнішими для формування адекватного ставлення до власного здоров'я є ресурсний та підтримуючий типи валеонастанов, які сприяють активному самоконтролю та турботі про здоров'я.
4. Локус контролю молоді відіграє важливу роль у регуляції ставлення до здоров'я: внутрішній локус контролю пов'язаний з усвідомленням особистої відповідальності за стан власного організму та активізацією когнітивного і конативного компонентів ставлення, тоді як екстернальний локус контролю може сприяти пасивності та нехтуванню профілактикою.
5. Соціальне схвалення та належність до референтної групи виступають додатковими мотиваційними факторами поведінки молоді у сфері здоров'я. Під впливом групових норм формуються як позитивні, так і

негативні звички, що вказує на необхідність врахування соціального контексту у програмах розвитку відповідального ставлення до здоров'я.

6. Ціннісні орієнтації та економічні чинники, зокрема економічний статус і суб'єктивне економічне благополуччя, визначають мотиваційні та поведінкові компоненти ставлення молоді до здоров'я. Високий рівень доходу не завжди гарантує адекватне ставлення до здоров'я; більш вагомим фактором є поєднання економічного добробуту та високого суб'єктивного контролю над життєвою ситуацією.
7. Психологічні механізми захисту, такі як заперечення та раціоналізація, впливають на сприйняття загроз здоров'ю та формування поведінкових стратегій молоді. Усвідомлення цих механізмів є важливим для розробки ефективних корекційних та тренінгових програм у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ

2.1. Методичні засади, організація дослідження соціально-психологічних особливостей ставлення студентів до здорового способу життя

Дослідження соціально-психологічних детермінант здорового способу життя у студентської молоді передбачає системний та послідовний підхід, що включає кілька основних етапів, кожен із яких забезпечує комплексне вивчення об'єкта та обґрунтоване формування результатів.

1. Теоретичний етап. Передбачає аналіз наукової літератури, сучасних концепцій та емпіричних досліджень у сфері психології здоров'я, соціальної психології та медико-педагогічних наук. Особлива увага приділяється:

- поняттю «здоровий спосіб життя» та його структурним компонентам (фізичному, психоемоційному, соціальному, когнітивному);
- соціально-психологічним детермінантам, включно з ціннісними орієнтаціями, соціальними уявленнями, валеонастановами та механізмами психологічного захисту;
- економічним, культурним та соціально-демографічним факторам.

Мета теоретичного етапу полягає у встановленні наукового фундаменту дослідження, формуванні гіпотез і визначенні основних змінних. На підставі аналізу літератури визначаються ключові показники здорового способу життя та соціально-психологічні чинники, що його детермінують.

2. Етап розробки методології та інструментарію дослідження. Цей етап включає визначення дослідницького дизайну, складання та апробацію методичних інструментів. Зокрема:

- визначаються тип і структура вибірки (студенти різних факультетів, курсів, статі та віку);
- розробляються анкети, опитувальники, шкали оцінки соціальних уявлень та валеонастанов;
- визначаються методи збору даних: опитування, спостереження, інтерв'ю, експериментальні техніки;
- проводиться апробація інструментарію на пілотній групі для перевірки надійності та валідності показників.

На цьому етапі важливо забезпечити комплексний підхід до оцінки когнітивного, афективного та конативного компонентів ставлення студентів до здоров'я.

3. Емпіричний етап. Емпіричний етап полягає у безпосередньому зборі та фіксації даних. Він включає:

- анкетування та опитування студентів щодо їхніх уявлень про здоров'я, стилю життя, цінностей та мотивацій;
- оцінку валеонастанов і соціальних уявлень про здоров'я;
- виявлення настанов і поведінкових стратегій щодо фізичної активності, харчування, стрес-менеджменту та профілактичних дій;
- використання психологічних тестів для визначення локусу контролю, мотиваційних факторів та механізмів психологічного захисту.

Цей етап дозволяє отримати кількісні та якісні дані про особливості ставлення студентів до здорового способу життя та встановити взаємозв'язки між соціально-психологічними детермінантами.

4. Етап обробки та аналізу даних. На цьому етапі здійснюється статистична та контент-аналіз отриманих результатів. Основні завдання включають:

- опис статистичних характеристик вибірки та показників здорового способу життя;
- визначення структурних та функціональних взаємозв'язків між компонентами ставлення до здоров'я (когнітивним, афективним, конативним);
- порівняння результатів у різних групах студентів за статтю, віком, факультетом або рівнем економічного та соціального благополуччя.

5. Інтерпретаційний та аналітичний етап передбачає узагальнення отриманих даних та їх інтерпретацію з урахуванням теоретичних положень.

Основна увага приділяється:

- визначенню ключових соціально-психологічних детермінант здорового способу життя;
- оцінці ступеня впливу цінностей, соціальних уявлень, валеонастанов та економічних факторів на поведінку студентів;
- формуванню рекомендацій для розробки корекційних та тренінгових програм, спрямованих на підвищення усвідомленої відповідальності молоді за власне здоров'я.

6. Практичний та прогностичний етапи. Заключний етап дослідження полягає у впровадженні результатів у практику освітніх та оздоровчих програм. Це включає:

- розробку психолого-педагогічних та профілактичних заходів;
- створення тренінгових модулів, спрямованих на розвиток самоконтролю, відповідальності та ціннісного ставлення до здоров'я;
- прогнозування ефектів соціально-психологічних втручань та визначення ключових чинників.

Таким чином, послідовне дотримання етапів дослідження дозволяє отримати комплексну картину соціально-психологічних детермінант здорового способу життя студентів, виділити ключові фактори впливу та розробити обґрунтовані рекомендації для практичного впровадження результатів у сфері освіти та охорони здоров'я.

2.2. Мануали психодіагностичних методик, використаних в емпіричному дослідженні

У дослідженні для оцінки індивідуального рівня психічного здоров'я було використано опитувальник «Самооцінка психічного здоров'я», розроблений Г. С. Нікіфоровим. Дана методика спрямована на виявлення суб'єктивного сприйняття людиною власного психоемоційного стану, зокрема ступеня внутрішньої врівноваженості, емоційної стабільності, спокою та відчуття душевної гармонії.

Отримані показники дозволяють віднести досліджуваного до одного з трьох рівнів психічного благополуччя. Так, сума балів у межах від 0 до 17 свідчить про високий рівень психічної врівноваженості: така людина характеризується емоційною стабільністю, внутрішньою гармонією та позитивним душевним самопочуттям, що часто викликає прихильність з боку оточення. Вона, як правило, зберігає задовільний психофізичний стан і продовжує усвідомлено піклуватися про власне здоров'я.

Результати в діапазоні від 18 до 35 балів вказують на нестійкий характер душевного благополуччя. За таких умов людина загалом зберігає психічну рівновагу, однак відчуває внутрішнє напруження й прагне усвідомити чинники, які негативно впливають на її емоційний стан.

Найвищі показники — від 36 до 50 балів — свідчать про прикордонний стан, наближений до нервового зриву. У цьому випадку особливої актуальності набуває необхідність цілеспрямованої програми відновлення та підтримки як психічного, так і фізичного здоров'я. Для таких осіб характерна підвищена дратівливість, загострене емоційне реагування на незначні труднощі та надмірна чутливість до стресогенних факторів повсякденного життя.

Окрім цього, в межах дослідження було застосовано опитувальник «Діагностика домінуючого настрою» Л. В. Кулікова (ДС-8), який спрямований на вивчення особливостей емоційної сфери та психічних станів особистості. Методика ґрунтується на таких ключових поняттях, як суб'єктивне благополуччя, настрої і домінуючий психічний стан. Суб'єктивне благополуччя розглядається як переживання людиною цілісності й наповненості власного життя, здатність зберігати внутрішню стійкість у складних життєвих обставинах, що безпосередньо пов'язано з домінуючим настроєм і загальним психічним самопочуттям.

Настрої у контексті даної методики трактується як відносно стабільний компонент психічних станів, який виконує інтегративну функцію, поєднуючи особистісні структури з емоційними переживаннями, почуттями, оцінкою подій духовного, соціального та фізичного життя, а також із загальним психофізичним тонусом індивіда. Домінуючий стан, у свою чергу, розуміється як та форма психічного реагування, яка переважає протягом тривалого часу та визначає загальний емоційний фон певного життєвого періоду людини. На відміну від ситуативних станів, він меншою мірою залежить від конкретної ситуації «тут і тепер», а більшою — зумовлюється особистісними та соціально-психологічними чинниками.

З огляду на це, у структурі психічного стану виділяються як домінуючі, так і поточні (ситуативні) компоненти. Актуальні психічні стани формуються та проявляються на тлі домінуючих, не завжди вступаючи з ними в пряме протиріччя. Так, за спостереженнями Л. В. Кулікова, навіть за умов домінування тривожного або страхового стану людина здатна тимчасово переходити до стану зосередженості, відчувати трудове піднесення або натхнення.

Метою застосування даної методики є виявлення характеристик настрою та окремих особистісних параметрів психічних станів на основі суб'єктивних самооцінок досліджуваних. Опитувальник орієнтований насамперед на діагностику відносно стійких, домінуючих психічних станів.

Методика представлена у двох варіантах: розширеному (ДС-8), що містить 8 шкал і 57 тверджень, та скороченому (ДС-6), який включає 6 шкал і 42 пункти. У межах даного дослідження було використано повний варіант опитувальника ДС-8.

Під час інтерпретації результатів опитувальника використовуються стандартизовані показники, виражені в Г-балах.

До підвищених належать значення, що досягають 55 Г-балів і вище, тоді як зниженими вважаються показники на рівні 45 Г-балів і нижче.

Окремо виокремлюються крайні рівні:

високі значення фіксуються за умови отримання 60 Г-балів і більше, а низькі — при результатах 40 Г-балів і менше.

Таке розмежування дозволяє більш точно охарактеризувати індивідуальні особливості психічних станів досліджуваних.

Шкала Ак (активне — пасивне ставлення до життєвої ситуації) відображає загальну спрямованість особистості щодо подолання життєвих труднощів.

Високі показники (понад 60 Г-балів) свідчать про сформовану активну життєву позицію. Такі особи зазвичай вірять у власні можливості, демонструють підвищену життєрадісність і енергійність порівняно з більшістю людей.

Натомість низькі результати (менше 40 Г-балів) вказують на переважання пасивної установки, схильність до песимістичного бачення життєвих обставин та сумнів у власній здатності успішно долати перешкоди.

Шкала Бо (бадьорість — зневіра) характеризує загальний емоційний фон та настрої особистості.

Високі значення відображають піднесений, життєствердний настрій, домінування позитивних емоцій, розширення кола інтересів і очікування сприятливих, радісних подій у майбутньому. За таких умов спостерігається виражене прагнення до активної діяльності.

Низькі показники, навпаки, свідчать про пригнічений або сумний емоційний стан, переважання негативних переживань, розчарування перебігом подій та звуження інтересів. Майбутнє сприймається в похмурих тонах, його зміст і перспективи стають нечіткими. За вкрай несприятливих значень можливі прояви пригніченості, гіпотимного настрою та відчуття неминучої загрози неблагополуччя.

Шкала То (високий — низький тонус) відображає рівень загальної психофізичної активності та енергетичного ресурсу особистості.

Високі результати вказують на підвищену готовність до діяльності, схильність до активного, стенічного реагування. Такі особи, як правило, здатні до тривалої продуктивної роботи.

Низькі значення характеризують стан зниженого тону, що проявляється у втомлюваності, млявості, інертності, незібраності та зниженій працездатності. За цих умов спостерігається дефіцит енергетичних ресурсів, підвищена стомлюваність при реагуванні на складні ситуації.

Шкала Ра (розкутість — напруженість) відображає особливості емоційного реагування та суб'єктивної оцінки життєвих обставин.

Високі показники свідчать про сприйняття ситуації як такої, що не несе суттєвої загрози або проблеми: труднощі оцінюються як подоланні чи вже вирішені, а поставлені цілі — як досяжні. Навіть у разі усвідомлення обмежень або складності ситуації відсутнє різке емоційне неприйняття, знижена потреба у кардинальних змінах власної поведінки чи активному втручанні в перебіг подій. Для таких осіб характерне відчуття розкутості та внутрішнього спокою; за надзвичайно високих показників можливі прояви байдужості або надмірної заспокоєності.

Низькі значення за шкалою Ра відображають підвищену емоційну напруженість, сильну мотивацію до дій та прагнення максимально ефективно впливати на ситуацію. Події, що відбуваються, сприймаються як особистісно значущі, що супроводжується активною мобілізацією ресурсів або посиленням захисних механізмів.

Шкала Сп (спокій — тривога) призначена для оцінювання рівня генералізованої тривожності.

Високі показники пов'язані з вираженою тривожністю, яка відіграє провідну роль у структурі психічного стану та підсилює реакцію на емоціогенні стимули різної інтенсивності, зокрема й незначні. Унаслідок цього зростає сила негативних емоцій і їхній деструктивний вплив на свідомість, поведінку та діяльність особистості.

Низькі значення свідчать про підвищену схильність до занепокоєння у різноманітних життєвих обставинах, тенденцію бачити загрозу власному благополуччю, соціальному статусу або самоповазі незалежно від реальної обґрунтованості причин. Для таких осіб характерні очікування несприятливого розвитку подій і передчуття майбутньої небезпеки без чіткого усвідомлення її джерел.

Шкала Ус (стійкість — нестійкість емоційного тону) відображає особливості стабільності емоційного фону та здатність особистості підтримувати відносно рівний психоемоційний стан.

Високі показники свідчать про переважання спокійного, позитивно забарвленого емоційного тону та врівноважений перебіг емоційних процесів. Для таких осіб характерна сформована емоційна стійкість: навіть у ситуаціях підвищеного емоційного збудження зберігаються адекватність сприйняття, ефективність психічної саморегуляції, а також контроль над поведінкою й діяльністю. Водночас надто низькі значення можуть трактуватися як прояви емоційної ригідності, що виявляється у недостатній гнучкості емоційного реагування.

Низькі результати за шкалою Ус указують на знижену стабільність емоційного стану. За таких умов емоційне збудження виникає легко, настрої характеризуються значною мінливістю, спостерігається підвищена дратівливість, а в загальному емоційному фоні переважають негативні переживання.

Шкала Уд (задоволеність — незадоволеність життям у цілому) спрямована на оцінювання суб'єктивного ставлення особистості до власного життя, його перебігу та процесу самореалізації.

Високі показники за цією шкалою відображають відчуття загальної задоволеності життям, усвідомлення його цілісності та змістовності, а також позитивну оцінку власного життєвого шляху. Людина з такими результатами відчуває здатність здійснювати вибір відповідно до власних цінностей і внутрішніх переконань, «чути» власне Я. За умови актуалізації вищих потреб вона демонструє готовність долати труднощі, пов'язані з реалізацією своїх можливостей, та загалом високо оцінює власну особистісну успішність.

Низькі значення за шкалою Уд свідчать про незадоволення життям загалом, його перебігом, результатами самореалізації та поточним розвитком ключових життєвих подій. У таких осіб спостерігається занижена оцінка власної успішності, відчуття незнайденості себе, недостатньо сформовані внутрішні опори. Вони часто не відчують готовності вимагати від себе чесних відповідей щодо власних цілей і життєвих орієнтирів. Типовими є сумніви, що дозволяють уникати необхідності прийняття відповідальних рішень і здійснення усвідомленого життєвого вибору з опорою на власні переконання.

Контрольна шкала По («позитивний — негативний образ Я») має допоміжний характер і використовується для оцінювання рівня критичності самооцінювання та його адекватності. Вона складається з шести пунктів і дозволяє виявити як завищену, так і занижену оцінку власної особистості.

Дуже високі показники можуть свідчити про недостатню сформованість саморозуміння. Зокрема, стандартні бали, що перевищують 65, дають підстави припускати низьку критичність у самооцінюванні, її недостатню адекватність або нещирість відповідей. Подібні результати можуть бути також зумовлені негативним ставленням до процедури обстеження або вираженою зацікавленістю респондента у демонстрації соціально схвалюваного, «позитивного» образу себе.

Показники в межах 60–64 балів інтерпретуються як ознака зниженої критичності самооцінювання та часткової її неадекватності.

Значення в діапазоні 40–59 балів відображають рівень самоприйняття особистості: чим вищим є стандартний бал, тим менш критичним є самооцінювання та тим більшою мірою людина приймає себе з наявними недоліками.

Результати нижче 50 балів свідчать про виражене прагнення до адекватного самопізнання та сформовану критичність у ставленні до власних психологічних особливостей і поточного стану.

Низькі показники (менше 40 балів) вказують не лише на високий рівень критичності самооцінки та прагнення до відвертості, але й можуть відображати негативне ставлення до власної особистості.

Л. В. Куліков наголошує на значущості феномена соціальної бажаності в процесі діагностики настрою. Соціальна бажаність розуміється як схильність надавати відповіді, які відповідають соціальним очікуванням і нормам, з метою створення більш привабливого образу себе в очах інших або самого себе. Цей ефект особливо проявляється у випадках оцінювання характеристик, що мають високу соціальну значущість і впливають на міжособистісну привабливість.

Використання в методиці семибальної шкали в межах кожного пункту дозволяє інтерпретувати результати за шкалою По не лише з позицій щирості або нещирості відповідей. Критичність самооцінювання тісно пов'язана з рівнем самоприйняття: чим воно є повнішим, тим більш позитивним є образ власного Я та тим меншою мірою людина акцентує увагу на власних недоліках. Самоприйняття істотно впливає на емоційний стан і настрої особистості: високий рівень прийняття себе та переважання позитивного емоційного ставлення до власної особистості сприяють підвищенню настрою та формуванню більш сприятливого психічного стану.

Обробка результатів тестування здійснюється шляхом підсумовування балів, набраних обстежуваним за всіма твердженнями, що входять до

відповідної шкали, з подальшою інтерпретацією отриманих значень відповідно до нормативних критеріїв.

Низькі показники, отримані за першими чотирма базовими шкалами опитувальника (Ак, Во, То, Ра), а також за шкалою Ус, можуть свідчити про наявність у досліджуваної особи тривалого стресового стану. При цьому простежується закономірність: чим нижчими є результати за шкалою То, тим більш імовірною є значна тривалість переживаного стресу.

Подібний стан є потенційно небезпечним, оскільки тривале психоемоційне напруження підвищує ризик формування як психосоматичних, так і суто соматичних порушень, що негативно позначається на загальному стані здоров'я.

Знижені значення за шкалами Ук та Ак відображають наявність дисгармонійних змін у сфері настрою. Хоча такі порушення не завжди призводять до негайних або різко виражених негативних наслідків для фізичного здоров'я, вони є індикатором зменшення психологічної стійкості особистості та зниження її адаптаційних можливостей у взаємодії з життєвими труднощами.

Для вивчення креативності в соціальній сфері у дослідженні було використано методику «Визначення соціальної креативності особистості» А. В. Батаршева. Дана методика ґрунтується на самооцінці особистістю власної поведінки в нестандартних або проблемних життєвих ситуаціях і дозволяє визначити як рівень розвитку окремих особистісних якостей, так і частоту їх прояву в реальних умовах життєдіяльності. Узагальнений показник соціальної креативності обчислюється шляхом підрахунку сумарної кількості балів, на основі якої визначається рівень творчого потенціалу досліджуваного.

Відповідно до отриманого сумарного результату виокремлюються такі рівні соціальної креативності особистості:

дуже низький рівень (18–39 балів),

низький (40–54 бали),

нижче середнього (55–69 балів),

дещо нижче середнього (70–84 бали),
середній рівень (85–99 балів),
дещо вище середнього (100–114 балів),
вище середнього (115–129 балів),
високий рівень (130–142 бали) та
дуже високий рівень соціальної креативності (143–162 бали).

Така градація дозволяє детально оцінити індивідуальні відмінності у здатності до нестандартного соціального мислення й поведінки.

Окрім цього, у дослідженні застосовувався опитувальник «Ставлення до здоров'я» Р. О. Березовської, який може проводитися як у форматі індивідуального обстеження, так і в групових умовах. Методика містить 10 запитань, які об'єднані у чотири змістові шкали: когнітивну, емоційну, поведінкову та ціннісно-мотиваційну. Така структура дозволяє комплексно проаналізувати ставлення людини до власного здоров'я на різних рівнях психічної організації.

Інтерпретація результатів здійснюється переважно шляхом якісного аналізу отриманих даних, який може проводитися на кількох рівнях. Зокрема, можливий окремий аналіз кожного твердження, що дозволяє виявити специфічні особливості відповідей респондента; аналіз відповідей за кожним запитанням із узагальненням усіх тверджень, які до нього входять; а також аналіз результатів у межах окремих блоків або шкал, що передбачає інтегровану оцінку відповідних аспектів ставлення до здоров'я.

У процесі аналізу виокремлюються полярні типи ставлення до власного здоров'я — адекватний та неадекватний. Водночас, з огляду на складність і багатовимірність реального життя, абсолютна протилежність цих типів зустрічається вкрай рідко. Тому при інтерпретації результатів доцільно говорити не про чітку належність до одного з типів, а про різний ступінь адекватності або неадекватності сформованого ставлення до здоров'я.

Емпірично визначеними критеріями оцінювання ступеня адекватності ставлення людини до власного здоров'я виступають показники на кількох

рівнях. На когнітивному рівні враховується обсяг знань і компетентність у сфері здоров'я, поінформованість щодо основних факторів ризику та захисних чинників, а також усвідомлення значущості здоров'я для активного і тривалого життя. Поведінковий рівень характеризується відповідністю реальних дій і вчинків вимогам здорового способу життя. Емоційний рівень передбачає наявність оптимального рівня тривожності щодо стану здоров'я, здатність отримувати задоволення від відчуття фізичного та психічного благополуччя. На ціннісно-мотиваційному рівні оцінюється місце здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, особливо серед термінальних, а також сформованість мотивації до його збереження та зміцнення.

Для опрацювання відповідей, отриманих у межах відкритого запитання, застосовується метод контент-аналізу, який дає змогу систематизувати й узагальнити смислові одиниці текстових висловлювань респондентів. У процесі аналізу здійснюється виокремлення ключових смислів, категорій і тематичних блоків, що відображають індивідуальні уявлення та установки досліджуваних щодо проблеми здоров'я.

За результатами виконання даного завдання формується розгорнута якісна характеристика специфіки ставлення особистості до власного здоров'я. Аналіз охоплює когнітивний рівень, що відображає обсяг знань, уявлень і переконань щодо здоров'я; емоційний рівень, який репрезентує емоційно-оцінне ставлення та переживання, пов'язані зі станом здоров'я; поведінковий рівень, що виявляється у практичних діях і звичках, спрямованих на його збереження або ігнорування; а також ціннісно-мотиваційний рівень, який відображає місце здоров'я в системі життєвих цінностей і мотивів особистості.

Висновки до другого розділу

В дослідженні використано комплекс валідних і надійних психодіагностичних методик, що дозволило отримати багатовимірну та цілісну картину досліджуваних феноменів.

Застосування опитувальника діагностики домінуючого настрою Л. В. Кулікова (ДС-8) дало змогу виявити особливості емоційного фону, рівень активності, психічного тону, емоційної стійкості, напруженості та тривожності. Аналіз отриманих результатів показав, що поєднання знижених показників за базовими шкалами (Ак, Во, То, Ра) та шкалою емоційної стійкості може свідчити про наявність тривалого стресового стану, який потенційно несе загрозу розвитку психосоматичних і соматичних порушень.

Виявлені дисгармонії настрою, зокрема за шкалами активності та емоційного фону, вказують на зниження психологічної стійкості особистості та її адаптаційних можливостей.

Констатовано рівень творчого потенціалу в соціальній взаємодії. Диференціація досліджуваних за рівнями соціальної креативності засвідчила наявність індивідуальних відмінностей у здатності до нестандартного мислення, гнучкої поведінки та пошуку оригінальних рішень у життєвих ситуаціях, що має важливе значення для ефективної адаптації та самореалізації.

Використання опитувальника «Ставлення до здоров'я» Р. О. Березовської дало змогу комплексно проаналізувати ставлення досліджуваних до власного здоров'я на когнітивному, емоційному, поведінковому та ціннісно-мотиваційному рівнях. Отримані дані підтвердили, що ставлення до здоров'я має багатовимірний характер і не зводиться лише до рівня обізнаності або декларованих установок. Було встановлено, що адекватність ставлення до здоров'я визначається не лише знаннями, а й емоційним прийняттям здоров'я як цінності, готовністю дотримуватися здорового способу життя та

сформованістю внутрішньої мотивації до збереження й зміцнення власного благополуччя.

Застосування контент-аналізу для інтерпретації відповідей на відкриті запитання дозволило поглибити розуміння суб'єктивних уявлень досліджуваних про здоров'я, виявити домінуючі смисли, цінності та емоційні оцінки, що не завжди фіксуються стандартизованими методиками. Це підтвердило доцільність поєднання кількісних і якісних методів у психологічному дослідженні.

Загалом результати другого розділу засвідчують, що психоемоційний стан, рівень стресу, особливості настрою, соціальна креативність та ставлення до здоров'я перебувають у тісному взаємозв'язку та відіграють важливу роль у забезпеченні психологічного благополуччя особистості. Отримані емпіричні дані створюють підґрунтя для подальшого аналізу, інтерпретації та розроблення практичних рекомендацій, спрямованих на формування більш адекватного ставлення до здоров'я та підвищення рівня психологічної стійкості досліджуваних.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ
ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ

3.1. Складові соціально-психологічні компоненти здорового способу життя студентів

Таблиця 3.1.

Рейтинг уявлення студентів про детермінанти здорового способу життя

Частота асоціації	Середній ранг асоціації	
	< 3	≥ 3
≥ 14	Спорт (78; 1,7) Життя (29; 3,7) Щастя (22; 3,4) Сила (15; 3,4)	Сон (20; 4,3) Відпочинок (18; 4,5) Радість (17; 4,8)

< 14	Сім'я (14; 3,6) Їжа (14; 3,5) Здоровий спосіб життя (10; 3,4) Діти (11; 4,3,7) Активність (8; 3,7) Успіх (9; 4,4)	Повітря (14; 4,5) Секс (12; 4,4) Вода (11; 3) Робота (10; 5) Благополуччя (9;4,5) Екологія (9; 5) Природа (8; 4,4) Хороший настрій (7; 4,8) Біг (7; 5) Вітаміни (7; 4,4)

Подана таблиця відображає рейтинг уявлень студентів про детермінанти здорового способу життя, сформований на основі частоти асоціацій та їх середнього рангу. Аналіз отриманих даних дозволяє виявити структурні особливості когнітивних і ціннісних уявлень молоді щодо чинників збереження та підтримання здоров'я.

Передусім слід зазначити, що найбільш значущу групу асоціацій становлять поняття з високою частотою повторюваності (≥ 14) і низьким середнім рангом (< 3), що свідчить про їхню центральну роль у свідомості студентів.

Абсолютним лідером у цій групі є поняття «спорт» (77 асоціацій; середній ранг 1,6), яке сприймається як ключовий і беззаперечний детермінант здорового способу життя.

Така позиція вказує на домінування фізкультурно-рухового компонента у структурі уявлень студентської молоді про здоров'я.

Поряд із цим до ядра уявлень належать поняття «життя», «щастя» та «сила», що мають порівняно високі частотні показники та низький ранг. Їх наявність свідчить про те, що здоров'я ототожнюється не лише з фізичним станом, а й з екзистенційними та особистісно значущими смислами, такими як повнота життя, життєва енергія та суб'єктивне благополуччя.

Дещо менш центральною, але все ж значущою є група асоціацій із високою частотою та вищим середнім рангом (≥ 3). До неї належать «сон», «відпочинок» та «радість».

Це вказує на усвідомлення студентами важливості відновлювальних і емоційних чинників здорового способу життя, хоча вони поступаються за значущістю активним формам підтримання здоров'я, зокрема спорту.

Наступна група понять характеризується нижчою частотою повторюваності (< 14), але зберігає відносно низький середній ранг (< 3). Сюди входять «сім'я», «їжа», «діти», «активність» та «успіх».

Їх поява свідчить про соціально-побутовий та мотиваційний виміри уявлень про здоровий спосіб життя. Водночас менша частотність цих асоціацій може вказувати на те, що соціальні й сімейні аспекти здоров'я не є домінантними у студентській свідомості, поступаючись індивідуальним і тілесним чинникам.

Окрему увагу привертає група асоціацій із низькою частотою та високим середнім рангом (≥ 3), до якої належать «повітря», «вода», «екологія», «природа», «вітамін», «біг», «робота», «благополуччя» та «хороший настрій».

Ці поняття мають периферійний характер і, ймовірно, усвідомлюються студентами як важливі, але другорядні або опосередковані детермінанти здоров'я. Їх віддаленість у ранговій структурі може свідчити про недостатню інтегрованість екологічних, психогігієнічних та професійних аспектів у цілісне уявлення про здоровий спосіб життя.

Результати аналізу таблиці демонструють, що уявлення студентів про детермінанти здорового способу життя мають виразно ієрархічну структуру, у

центрі якої перебувають фізична активність і спорт, тоді як психоемоційні, соціальні та екологічні чинники займають периферійні позиції. Це вказує на певну однобічність когнітивної моделі здоров'я, що може бути враховано при розробці профілактичних, освітніх та психолого-педагогічних програм, спрямованих на формування більш цілісного та збалансованого розуміння здорового способу життя.

Тому для подальшої диференціації уявлень молоді про детермінанти здорового способу життя ми зосередилися на психологічних аспектах

Таблиця 3.2.

Вольові детермінанти здорового способу життя студентів

Параметри	M	Me	Mo	SD	IQR	S/SES	K/SEK
Напруженість	25,049	25,000	19,000	6,092	8,000	-1,306	3,144
Самоконтроль	24,666	25,000	27,000	4,866	6,000	-2,500	0,630

Таблиця 3.2 відображає описову статистику вольових детермінант здорового способу життя студентів, зокрема таких параметрів, як *напруженість* та *самоконтроль*. Подані показники дають змогу комплексно охарактеризувати центральні тенденції, варіативність результатів і особливості розподілу досліджуваних змінних, що є важливим для подальшої психологічної інтерпретації отриманих даних.

Аналізуючи показники напруженості, слід зазначити, що середнє арифметичне значення ($M = 25,049$) майже повністю збігається з медіаною ($Me = 25,000$), що свідчить про відносну збалансованість розподілу результатів у вибірці.

Водночас значення моди ($Mo = 19,000$) є нижчим, ніж середнє та медіанне значення, що може вказувати на наявність групи студентів із нижчим рівнем напруженості, тоді як підвищені показники окремих респондентів

зміщують середнє значення в бік зростання. Стандартне відхилення ($SD = 6,092$) та міжквартильний розмах ($IQR = 8,000$) свідчать про помірну варіативність показників, тобто рівень напруженості серед студентів є досить неоднорідним.

Показник співвідношення асиметрії та стандартної похибки асиметрії ($S/SES = -1,306$) вказує на незначну лівобічну асиметрію розподілу, що означає переважання значень вище середнього рівня.

Водночас високий показник K/SEK ($3,144$) свідчить про відхилення розподілу від нормального за рахунок ексцесу, тобто про наявність більш вираженої «гостровершинності» та концентрації значень навколо центральної тенденції. Це може відображати тенденцію до формування відносно стабільного, але напруженого стилю саморегуляції у частини студентів у контексті підтримання здорового способу життя.

Що стосується самоконтролю, то середнє значення ($M = 24,666$) і медіана ($Me = 25,000$) також перебувають у близькому співвідношенні, що вказує на узгодженість центральних показників.

Значення моди ($Mo = 27,000$) перевищує середнє, що свідчить про те, що для значної кількості студентів характерний підвищений рівень самоконтролю. Це підтверджується і меншим стандартним відхиленням ($SD = 4,866$) порівняно з показником напруженості, а також нижчим міжквартильним розмахом ($IQR = 6,000$), що вказує на більшу однорідність вибірки за цим параметром.

Показник асиметрії ($S/SES = -2,500$) засвідчує більш виражену лівобічну асиметрію розподілу, тобто концентрацію результатів у зоні високих значень самоконтролю.

Це може свідчити про сформованість у студентів вольових механізмів саморегуляції, необхідних для дотримання здорового способу життя.

Водночас показник ексцесу ($K/SEK = 0,630$) перебуває в межах допустимих значень, що дозволяє говорити про відносну близькість розподілу до нормального та відсутність різко виражених крайніх значень.

Узагальнюючи результати, можна зазначити, що самоконтроль як вольова детермінанта здорового способу життя у студентів є більш стабільним і рівномірно представленим, ніж напруженість. Водночас напруженість характеризується більшою варіативністю та ознаками відхилення від нормального розподілу, що може відображати різні стратегії подолання вимог, пов'язаних із збереженням здоров'я. Загалом отримані дані вказують на важливу роль вольової регуляції у формуванні здорового способу життя студентської молоді та створюють підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язків вольових характеристик з когнітивними, емоційними й поведінковими компонентами здоров'я.

Таблиця 3.3.

Емоційні детермінанти здорового способу життя студентів

Параметри	M	Me	Mo	SD	IQR	S/SES	K/SEK
Оптимістичність	25,338	24,500	21,000	5,495	8,000	2,651	0,013
Негативні емоції	23,533	23,000	22,000	6,245	7,752	-0,360	0,778
Активне-пасивне ставлення до життєвої ситуації	48,979	50,000	51,000	9,916	14,000	-1,771	0,967
Бадьорість-зневіра	46,330	47,000	48,000	7,442	10,000	-0,124	0,187
Тонус високий-низький	47,260	48,000	29,000	10,762	15,000	-0,263	-1,721
Розкутість-напруженість	49,260	48,000	48,000	11,372	18,000	0,328	-1,859
Спокій-тривога	48,799	48,000	44,000	10,239	15,000	-0,531	-1,588
Стійкість-нестійкість емоційного тону	47,416	47,000	53,000	12,151	18,000	-0,430	-2,084

Задоволеність- незадоволеність життям	50,900	51,000	56,000	11,030	14,000	0,303	-1,294
Позитивний-негативний образ самого себе	50,275	50,000	47,000	10,745	16,000	0,803	-1,409

Примітка: М - середнє арифметичне значення, Ме - медіана, Мо – мода, SD - стандартне відхилення, IQR - міжквартильний розмах, S/SES - співвідношення асиметрії та стандартної похибки асиметрії, K/SEK - співвідношення асиметрії та стандартної похибки ексцесу.

Таблиця 3.3 відображає описові статистичні показники емоційних детермінант здорового способу життя студентів, що дозволяє комплексно оцінити особливості їх емоційного стану, суб'єктивного самопочуття та емоційної регуляції як чинників підтримання здоров'я. Подані дані включають показники центральної тенденції, розсіювання та форми розподілу, що створює підґрунтя для ґрунтовної психологічної інтерпретації.

Аналіз показників оптимістичності свідчить, що середнє значення ($M = 25,338$) дещо перевищує медіану ($Me = 24,500$), тоді як мода ($Mo = 21,000$) є нижчою, що може вказувати на наявність групи студентів із помірним або зниженим рівнем оптимістичності. Стандартне відхилення ($SD = 5,495$) та міжквартильний розмах ($IQR = 8,000$) свідчать про помірну варіативність показників.

Показник S/SES (2,651) вказує на правобічну асиметрію розподілу, тобто переважання нижчих значень оптимістичності при наявності окремих високих показників, що підвищують середнє значення. Водночас майже нульове значення K/SEK (0,013) свідчить про близькість розподілу до нормального за показником ексцесу.

Щодо негативних емоцій, то середнє значення ($M = 23,533$), медіана ($Me = 23,000$) та мода ($Mo = 22,000$) є досить узгодженими, що вказує на відносну

симетричність розподілу. Це підтверджується і показником асиметрії ($S/SES = -0,360$), який перебуває в межах допустимих значень. Стандартне відхилення ($SD = 6,245$) та IQR ($7,752$) демонструють помірний рівень розсіювання, що дозволяє говорити про індивідуальні відмінності у переживанні негативних емоцій, але без різко виражених крайніх значень.

Показник активного – пасивного ставлення до життєвої ситуації характеризується середнім значенням $M = 48,979$, що близьке до медіани ($Me = 50,000$) та моди ($Mo = 51,000$). Така узгодженість центральних тенденцій свідчить про відносну стабільність цього параметра у вибірці. Разом з тим досить високе стандартне відхилення ($SD = 9,916$) і значний міжквартильний розмах ($IQR = 14,000$) вказують на суттєву варіативність відповідей, що може відображати різний рівень суб'єктивної активності студентів у подоланні життєвих труднощів. Негативне значення $S/SES (-1,771)$ свідчить про лівобічну асиметрію, тобто концентрацію результатів у зоні вищих значень активності.

Аналіз шкали «бадьорість – зневіра» показує, що середнє значення ($M = 46,330$), медіана ($Me = 47,000$) та мода ($Mo = 48,000$) є близькими, що свідчить про достатню узгодженість розподілу. Помірне стандартне відхилення ($SD = 7,442$) та IQR ($10,000$) вказують на середній рівень індивідуальних відмінностей. Показники асиметрії ($S/SES = -0,124$) та ексцесу ($K/SEK = 0,187$) свідчать про наближення розподілу до нормального, без суттєвих перекосів.

Щодо показника «тонус високий – низький», то середнє значення ($M = 47,260$) і медіана ($Me = 48,000$) є узгодженими, проте значення моди ($Mo = 29,000$) істотно відрізняється, що може вказувати на наявність підгрупи студентів із низьким рівнем енергетичного тону. Високі значення стандартного відхилення ($SD = 10,762$) та міжквартильного розмаху ($IQR = 15,000$) свідчать про значну варіативність цього параметра. Негативні значення $S/SES (-0,263)$ та $K/SEK (-1,721)$ вказують на лівобічну асиметрію і плосковершинний характер розподілу, що відображає широкий спектр індивідуальних станів тону.

Показник «розкутість – напруженість» характеризується середнім значенням $M = 49,260$ при медіані та моді, що дорівнюють $48,000$. Це свідчить про відносно збалансований розподіл із переважанням середніх значень. Разом із тим високі показники $SD (11,372)$ та $IQR (18,000)$ демонструють значну різномірність емоційних станів студентів у цій сфері. Незначна правобічна асиметрія ($S/SES = 0,328$) і від'ємне значення ексцесу ($K/SEK = -1,859$) вказують на розширений, «плаский» розподіл без чітко вираженого піку.

Аналіз шкали «спокій – тривога» показує, що середнє значення ($M = 48,799$) є близьким до медіани ($Me = 48,000$), що свідчить про відносну врівноваженість показників у вибірці. Водночас значні значення $SD (10,239)$ та $IQR (15,000)$ вказують на істотні індивідуальні відмінності у рівні тривожності студентів. Лівобічна асиметрія ($S/SES = -0,531$) та від'ємний ексцес ($K/SEK = -1,588$) свідчать про більшу представленість вищих значень спокою за відсутності різко виражених крайніх станів.

Показник стійкості – нестійкості емоційного тону характеризується середнім значенням $M = 47,416$, яке практично збігається з медіаною ($Me = 47,000$), що свідчить про загальну збалансованість вибірки. Проте високі значення $SD (12,151)$ та $IQR (18,000)$ вказують на значну диференціацію студентів за рівнем емоційної стабільності. Від'ємні значення асиметрії ($S/SES = -0,430$) та ексцесу ($K/SEK = -2,084$) дозволяють говорити про широкий, розсіяний розподіл показників.

Рівень задоволеності – незадоволеності життям є одним із найбільш виражених позитивних показників у таблиці. Середнє значення ($M = 50,900$), медіана ($Me = 51,000$) та мода ($Mo = 56,000$) свідчать про загальну тенденцію до високої життєвої задоволеності у студентів. Водночас показники $SD (11,030)$ та $IQR (14,000)$ вказують на наявність індивідуальних відмінностей. Незначна правобічна асиметрія ($S/SES = 0,303$) та від'ємний ексцес ($K/SEK = -1,294$) відображають розширений характер розподілу.

Аналіз образу самого себе (позитивний – негативний) демонструє середнє значення $M = 50,275$, що майже повністю збігається з медіаною ($Me =$

50,000), при моді 47,000. Це свідчить про переважання помірно позитивного самосприйняття у вибірці. Водночас високі значення SD (10,745) та IQR (16,000) вказують на суттєві індивідуальні відмінності у самооцінці. Показники S/SES (0,803) і K/SEK (-1,409) свідчать про незначну правобічну асиметрію та плосковершинний характер розподілу.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що емоційні детермінанти здорового способу життя студентів характеризуються загалом позитивною спрямованістю, з домінуванням оптимістичних установок, активного ставлення до життєвих ситуацій, задоволеності життям і позитивного образу «Я». Водночас значна варіативність більшості показників свідчить про наявність індивідуальних відмінностей у рівні емоційної стабільності, тону та переживанні негативних емоцій, що підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічного супроводу формування здорового способу життя у студентської молоді.

Окрему увагу ми приділили детальному дослідженню соціальних детермінант здорового способу життя студентів

Таблиця 3.4.

Соціальні детермінанти здорового способу життя студентів

Параметри	M	Me	Mo	SD	IQR	S/SES	K/SEK
Робота	27,854	28,000	33,000	7,018	11,000	-1,924	-1,161

Особисті досягнення	26,650	26,000	30,000	7,027	10,000	-1,642	1,153
Спілкування з близькими	27,049	27,000	26,000	7,376	11,500	-2,161	0,645
Підтримка	26,596	27,000	22,000	7,066	10,000	-3,120	2,134

Примітка: М - середнє арифметичне значення, Me - медіана, Mo – мода, SD - стандартне відхилення, IQR - міжквартильний розмах, S/SES - співвідношення асиметрії та стандартної похибки асиметрії, K/SEK - співвідношення асиметрії та стандартної похибки ексцесу.

Таблиця 3.4 відображає описові статистичні характеристики соціальних детермінант здорового способу життя студентів, які репрезентують значущі для молоді соціальні сфери — професійну діяльність, особистісні досягнення, міжособистісне спілкування та соціальну підтримку. Аналіз цих показників дозволяє глибше зрозуміти, яким чином соціальне середовище та соціальні ресурси пов'язані з формуванням і підтриманням здорового способу життя.

Показник «робота» характеризується середнім значенням $M = 27,854$, яке практично збігається з медіаною ($Me = 28,000$), що свідчить про відносну стабільність оцінок у вибірці. Водночас значення моди ($Mo = 33,000$) є помітно вищим, що може вказувати на наявність групи студентів, для яких професійна діяльність або навчально-професійна зайнятість має особливо високу значущість у контексті здорового способу життя. Стандартне відхилення ($SD = 7,018$) та міжквартильний розмах ($IQR = 11,000$) демонструють помірний рівень варіативності, тобто оцінки студентів не є однорідними. Від'ємне значення S/SES ($-1,924$) свідчить про лівобічну асиметрію розподілу, що означає концентрацію результатів у зоні вищих значень. Негативний показник ексцесу ($K/SEK = -1,161$) вказує на відносно плаский характер розподілу без різко вираженого піку.

Аналіз шкали «особисті досягнення» показує, що середнє значення ($M = 26,650$) близьке до медіани ($Me = 26,000$), а мода ($Mo = 30,000$) є дещо вищою.

Це може свідчити про те, що для значної частини студентів самореалізація та досягнення особистих цілей є важливим соціальним чинником здорового способу життя. Значення стандартного відхилення ($SD = 7,027$) та IQR (10,000) знову ж таки вказують на помірну диференціацію оцінок. Лівобічна асиметрія ($S/SES = -1,642$) дозволяє говорити про переважання високих оцінок значущості особистих досягнень. Позитивне значення K/SEK (1,153) свідчить про більш загострений, «вершинний» розподіл, тобто концентрацію результатів навколо середніх і високих значень.

Показник «спілкування з близькими» має середнє значення $M = 27,049$, яке практично повністю узгоджується з медіаною ($Me = 27,000$) і модою ($Mo = 26,000$). Така узгодженість центральних тенденцій свідчить про стабільне усвідомлення значущості міжособистісних стосунків для підтримання здорового способу життя. Разом з тим стандартне відхилення ($SD = 7,376$) та міжквартильний розмах ($IQR = 11,500$) вказують на наявність індивідуальних відмінностей у сприйнятті ролі близького соціального оточення. Від'ємне значення S/SES (-2,161) демонструє виражену лівобічну асиметрію, тобто домінування високих оцінок значущості спілкування. Значення K/SEK (0,645) перебуває в межах допустимих і свідчить про відносно помірний характер ексцесу.

Особливої уваги заслуговує показник «підтримка», який відображає суб'єктивне відчуття наявності соціальної та емоційної опори. Середнє значення ($M = 26,596$) та медіана ($Me = 27,000$) є близькими, однак мода ($Mo = 22,000$) дещо нижча, що може вказувати на наявність частини студентів, які відчувають дефіцит підтримки. Значення SD (7,066) та IQR (10,000) свідчать про помірну варіативність відповідей. Водночас дуже виражена лівобічна асиметрія ($S/SES = -3,120$) вказує на концентрацію результатів у зоні високих значень, тобто для більшості студентів підтримка є значущим і доступним соціальним ресурсом. Позитивне значення K/SEK (2,134) свідчить про загострений характер розподілу, що означає скупчення оцінок навколо певного рівня.

Узагальнюючи результати таблиці 3.4, можна зазначити, що соціальні детермінанти здорового способу життя студентів у цілому мають достатньо високі середні значення, що свідчить про значущу роль соціальних чинників у підтриманні здоров'я. Найбільш стабільно представленими є такі детермінанти, як робота, спілкування з близькими та соціальна підтримка, які для більшості студентів виступають важливими ресурсами психологічного благополуччя.

Водночас помірна варіативність показників і наявність асиметрії розподілів вказують на індивідуальні відмінності у соціальному досвіді студентської молоді. Це підкреслює необхідність врахування соціального контексту, якості міжособистісних зв'язків і рівня підтримки при розробленні програм формування та збереження здорового способу життя у студентів.

Таблиця 3.5.

Ціннісні детермінанти здорового способу життя студентів

Параметри	M	Me	Mo	SD	IQR	S/SES	K/SE K
Щасливе сімейне життя	5,494	6,000	7,000	1,986	2,000	-5,400	-0,084
Матеріальне благополуччя	5,221	5,000	5,000	1,528	1,000	-4,348	1,157
Вірні друзі	5,635	6,000	7,000	1,594	2,000	-4,880	0,253
Здоров'я	5,893	7,000	7,000	1,691	1,000	-7,931	4,531
Цікава робота (кар'єра)	5,549	6,000	6,000	1,370	2,000	-4,715	1,979

Визнання та повага оточуючих	5,197	6,000	6,000	1,498	1,000	-5,145	1,977
Незалежність (свобода)	5,565	6,000	7,000	1,680	2,000	-5,621	1,618

Примітка: М - середнє арифметичне значення, Me - медіана, Mo – мода, SD - стандартне відхилення, IQR - міжквартильний розмах, S/SES - співвідношення асиметрії та стандартної похибки асиметрії, K/SEK - співвідношення асиметрії та стандартної похибки ексцесу.

Таблиця 3.5 відображає ціннісні детермінанти здорового способу життя студентів, тобто ті соціально-психологічні та особистісні пріоритети, які студенти вважають важливими для власного благополуччя та підтримки здоров'я. До основних показників включені щасливе сімейне життя, матеріальне благополуччя, наявність вірних друзів, здоров'я, цікава робота або кар'єра, визнання та повага оточуючих, а також незалежність і свобода.

Аналізуючи середні значення (М), можна констатувати, що найвищу оцінку отримало здоров'я (М = 5,893), що демонструє пріоритетність фізичного та психічного благополуччя для студентів.

Високі показники також спостерігаються для цінності вірних друзів (М = 5,635), щасливого сімейного життя (М = 5,494), цікавої роботи (М = 5,549) та незалежності (М = 5,565).

Найнижче середнє значення має визнання та повага оточуючих (М = 5,197) і матеріальне благополуччя (М = 5,221), що свідчить про дещо меншу значимість цих аспектів у життєвих пріоритетах студентів.

Медіани (Me) та моди (Mo) дозволяють оцінити концентрацію оцінок: для більшості цінностей медіани та моди коливаються від 5 до 7, що свідчить про переважання високих оцінок значущості цінностей серед студентів.

Зокрема, здоров'я, вірні друзі та щасливе сімейне життя мають моду на рівні 7, що підтверджує їх ключову роль у системі цінностей.

Стандартні відхилення (SD) у межах 1,37–1,986 та міжквартильні розмахи (IQR = 1–2) демонструють помірну варіативність оцінок, тобто більшість студентів поділяє подібне бачення значущості цих цінностей.

Найменше варіюється оцінка цікавої роботи (SD = 1,370, IQR = 2), тоді як найбільша мінливість спостерігається у щасливому сімейному житті (SD = 1,986, IQR = 2), що може відображати різні досвіди студентів у сімейних стосунках або очікуваннях щодо сімейного життя.

Показники асиметрії (S/SES) мають значно від'ємні значення (-4,348 ... -7,931), що вказує на виражену лівобічну асиметрію розподілу оцінок, тобто більшість студентів надають високі бали цим цінностям, а низькі оцінки зустрічаються рідше. Це особливо помітно для здоров'я (S/SES = -7,931), що підкреслює його центральну роль у системі цінностей.

Значення ексцесу (K/SEK) коливаються від -0,084 до 4,531, що свідчить про різну «площинність» або загостреність розподілів. Найбільш виражений позитивний ексцес спостерігається для здоров'я (K/SEK = 4,531), що вказує на гострий пік високих оцінок — більшість студентів визнають здоров'я як надзвичайно важливий аспект життя.

Узагальнюючи, можна зробити такі висновки:

1. Студенти віддають найвищий пріоритет здоров'ю, що свідчить про усвідомлення його фундаментальної ролі у формуванні здорового способу життя.
2. Соціальні цінності — наявність вірних друзів, щасливе сімейне життя та незалежність — також мають високі оцінки, що підкреслює важливість міжособистісних стосунків і самореалізації.
3. Матеріальне благополуччя та визнання оточуючих є менш значущими цінностями у студентській аудиторії, хоча й не втратили актуальності.

4. Наявність вираженої лівобічної асиметрії демонструє, що більшість студентів оцінюють ці цінності високо, а низькі оцінки трапляються рідко.

5. Різна величина ексцесу свідчить про специфіку розподілу значущості різних цінностей, причому здоров'я має найбільш «гострий» розподіл, що підкреслює його центральне місце у життєвих пріоритетах студентів.

Отже, таблиця 3.5 підтверджує, що ціннісні детермінанти виступають ключовими факторами формування та підтримки здорового способу життя, і серед них пріоритетними є здоров'я, соціальні стосунки та самореалізація.

Таким чином, дослідження детермінант здорового способу життя студентів дозволяє виокремити чотири основні групи факторів: вольові, емоційні, соціальні та ціннісні. Кожна з цих груп характеризує певні аспекти особистісного функціонування та соціального середовища, що впливають на формування здорового способу життя.

1. Вольові детермінанти

Згідно з таблицею 3.2, оцінка таких параметрів, як напруженість ($M = 25,049$) та самоконтроль ($M = 24,666$), демонструє помірний рівень волі у студентів. Значення стандартного відхилення та міжквартильного розмаху вказують на наявність індивідуальних відмінностей, проте центральні тенденції (медіана та мода) свідчать про те, що більшість студентів володіє адекватним рівнем самоконтролю і здатністю до регуляції напруження в повсякденному житті. Водночас наявність деякої негативної асиметрії по шкалі самоконтролю свідчить про часткову концентрацію оцінок у зоні високих результатів, що підкреслює прагнення студентів до дисципліни та організованості у власному житті.

Вольові характеристики є важливими чинниками адаптаційного ресурсу, оскільки здатність контролювати напруження і володіти саморегуляцією дозволяє студентам ефективно долати стресові ситуації та підтримувати здоровий спосіб життя.

2. Емоційні детермінанти

Таблиця 3.3 демонструє оцінки емоційних детермінантів, таких як оптимістичність, активне-пасивне ставлення до життєвих ситуацій, бадьорість, тонус, розкутість, спокій, стійкість емоційного тону, задоволеність життям, позитивний образ себе.

Середні значення цих показників ($M \approx 46-51$) свідчать про достатньо високий рівень емоційного ресурсу студентів, який сприяє формуванню позитивного ставлення до життя, здатності долати труднощі та підтримувати активність. Особливо висока оцінка задоволеності життям та позитивного образу себе відображає стійку мотивацію до самореалізації та підтримки психічного благополуччя.

Стандартні відхилення та міжквартильні розмахи вказують на наявність індивідуальних відмінностей у емоційних особливостях, тоді як показники асиметрії та ексцесу демонструють відносно рівномірний розподіл оцінок, що свідчить про збалансованість емоційного стану більшості студентів.

3. Соціальні детермінанти

Як показано в таблиці 3.4, соціальні аспекти здорового способу життя включають роботу, особисті досягнення, спілкування з близькими та соціальну підтримку. Середні значення $M \approx 26-28$ свідчать про високу значущість соціальних чинників для студентів.

Особливо важливими є спілкування з близькими та підтримка, що відображає потребу студентів у соціальній стабільності та наявності ресурсів для психологічної компенсації стресу. Наявність лівобічної асиметрії у всіх шкалах свідчить про те, що більшість студентів оцінює соціальні ресурси як

значущі та доступні, проте існують окремі індивіди з нижчими оцінками, які потенційно відчувають дефіцит підтримки чи недостатнє соціальне включення.

4. Ціннісні детермінанти

Таблиця 3.5 демонструє ціннісні орієнтації студентів:

щасливе сімейне життя,
матеріальне благополуччя,
вірні друзі,
здоров'я,
цікава робота,
визнання та повага оточуючих,
незалежність і свобода.

Середні значення ($M \approx 5,2-5,9$) показують високу значущість цих цінностей у життєвих пріоритетах студентів, з особливим акцентом на здоров'я ($M = 5,893$), що підтверджує його центральне місце у системі цінностей.

Важливою є висока концентрація результатів у верхньому діапазоні оцінок (ліва асиметрія $S/SES \approx -4 \dots -7,9$), що свідчить про те, що здоров'я, соціальні стосунки та особистісна самореалізація є пріоритетними цінностями для більшості студентів. Різна величина ексцесу підкреслює специфіку розподілу значущості окремих цінностей, де здоров'я має найбільш гострий «пік» оцінок, що демонструє його провідну роль у формуванні здорового способу життя.

Таким чином:

1. Студенти демонструють високий рівень усвідомлення значущості здоров'я, яке виступає як ключовий детермінант формування здорового способу життя.
2. Вольові та емоційні ресурси студентів є достатньо розвиненими для подолання життєвих труднощів, підтримки активності та позитивного настрою.

3. Соціальні чинники, такі як підтримка, спілкування та особисті досягнення, виступають стабілізуючими ресурсами, які підвищують адаптивність та психічну стійкість.
4. Ціннісні пріоритети демонструють значну орієнтацію на соціальні та особистісні аспекти життя, зокрема на сім'ю, друзів, свободу та кар'єру, що інтегрує особистісні та соціальні ресурси для підтримки здоров'я.
5. Узагальнений аналіз свідчить про комплексний характер детермінант здорового способу життя студентів, де взаємодіють особистісні риси, емоційні стани, соціальні ресурси та цінності. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до формування та підтримки здорового способу життя в навчальних закладах, що включає розвиток особистісних, емоційних та соціальних компетенцій.

3.2. Методичні рекомендації з психологічної підтримки здорового способу життя студентів

Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) студентів є комплексним феноменом, який охоплює фізичний, психологічний та соціальний аспекти життєдіяльності молоді. Психологічна підтримка у формуванні та підтриманні ЗСЖ спрямована на підвищення усвідомленості студентів щодо власного здоров'я, розвитку мотивації до здорового способу життя, профілактику стресу та психоемоційного вигорання, а також формування стійких навичок саморегуляції.

Методичні рекомендації мають на меті надати практичні інструменти для психологів, викладачів та кураторів груп у вищих навчальних закладах для підтримки студентів у формуванні здорових звичок і способу життя.

1. Психологічні цілі підтримки ЗСЖ студентів

1. Формування усвідомленого ставлення до власного фізичного та психічного здоров'я.

2. Підвищення рівня внутрішньої мотивації до регулярних фізичних навантажень та здорового харчування.
 3. Розвиток навичок самоконтролю, емоційної стабільності та стресостійкості.
 4. Сприяння соціальній підтримці та розвитку позитивних міжособистісних стосунків у навчальному колективі.
2. Основні психологічні підходи
1. Когнітивно-поведінкова підтримка – робота зі спотвореними переконаннями про власні можливості вести ЗСЖ, формування реалістичних цілей та планування дій.
 2. Мотиваційне консультування – активізація внутрішніх мотивів студента щодо здорового способу життя, використання методу «розуміння вигод» (benefit mapping).
 3. Психологічна саморегуляція та стрес-менеджмент – навчання технік релаксації, усвідомленого дихання, медитації та тайм-менеджменту.
 4. Соціальна підтримка та групова терапія – створення груп взаємопідтримки, взаємного обміну досвідом та колективних тренінгів.
3. Практичні рекомендації для психологів і кураторів
1. Психосвітні заходи
 - Організація лекцій, семінарів та інтерактивних воркшопів про ЗСЖ, харчування, фізичну активність та психологічне благополуччя.
 - Проведення тестувань та опитувань для визначення рівня усвідомлення студентів щодо власного способу життя.
 2. Індивідуальні консультації
 - Робота над персоналізованими стратегіями підтримки здоров'я (розпорядок дня, харчування, фізична активність).
 - Психологічне супроводження під час подолання шкідливих звичок та розвитку корисних навичок.
 3. Тренінгові вправи

- Розвиток емоційної компетентності: «емоційний щоденник», «колесо емоцій».
 - Формування мотивації до фізичної активності: вправи «план на тиждень», «особистий челендж».
 - Навчання саморегуляції: техніки дихання, релаксації, медитації, тайм-менеджмент.
4. Групові заходи та соціальна підтримка
- Створення клубів ЗСЖ: спільні тренування, прогулянки, спортивні ігри.
 - Організація конкурсів та мотиваційних заходів, що стимулюють здорові звички.
 - Підтримка студентських ініціатив у сфері здорового способу життя.
5. Психологічне супроводження стресових періодів
- Впровадження практик профілактики емоційного вигорання: групові обговорення, індивідуальні консультації.
 - Формування стратегій подолання стресу під час сесій та важких навчальних періодів.

Методи оцінки ефективності

1. Анкетування студентів щодо рівня мотивації до ЗСЖ та задоволеності власним способом життя.
2. Моніторинг участі у тренінгах, спортивних та психоосвітніх заходах.
3. Психологічне тестування рівня стресостійкості, емоційного вигорання та самоконтролю.
4. Аналіз змін у поведінкових звичках (харчування, фізична активність, відпочинок).

Рекомендації щодо впровадження

1. Інтегрувати психологічну підтримку ЗСЖ у навчальний процес через факультативи, тренінги та клуби.

2. Використовувати мультидисциплінарний підхід: психологи, медики, тренери та куратори спільно працюють над формуванням ЗСЖ.
3. Залучати студентів до розробки власних програм та ініціатив, що підвищує внутрішню мотивацію та відповідальність за здоров'я.

Таким чином, психологічна підтримка здорового способу життя студентів є необхідним компонентом сучасної системи освіти, що забезпечує формування стійких життєвих навичок, покращує емоційний стан та підвищує загальний рівень життєвої активності. Ефективна робота передбачає поєднання психоосвітніх, мотиваційних, індивідуальних та групових заходів, які враховують індивідуальні потреби студентів та сприяють формуванню здорових звичок на все життя.

Пропонуємо укладену програму психологічної підтримки ЗСЖ студентів (6 тижнів)

Тиждень	Тема заняття	Мета	Методи та форми роботи	Домашнє завдання
1	Вступ до здорового способу життя	Ознайомлення з концепцією ЗСЖ, визначення власних цінностей та мотивації	Лекція, групова дискусія, тест «Мій рівень усвідомленості про ЗСЖ»	Заповнити «Щоденник здоров'я»: відслідковувати харчування, сон, фізичну активність
2	Мотивація до ЗСЖ та постановка цілей	Розвиток внутрішньої мотивації, формування реалістичних цілей	Тренінг: «Колесо життєвого балансу», вправи на постановку SMART-цілей	Скласти персональний план здорового способу життя на місяць
3	Стресостійкість та саморегуляція	Освоєння базових методик	Практикум: дихальні вправи, техніки	Виконувати щоденні 5-хвилинні вправи

Тиждень	Тема заняття	Мета	Методи та форми роботи	Домашнє завдання
		управління стресом та емоціями	релаксації, медитація, рольові ігри	релаксації, вести записи про ефект
4	Психологічні аспекти фізичної активності	Підвищення мотивації до регулярних тренувань	Тренінг + групове заняття: створення «особистого фітнес-челенджу», обговорення бар'єрів	Вести щоденник фізичної активності, робити мінімум 3 заняття на тиждень
5	Харчування та психологія їжі	Формування усвідомленого підходу до харчування	Лекція + інтерактив: «Мій раціон», робота у парах над створенням збалансованого меню	Вести «Щоденник харчування» та аналізувати його відповідно до здорових стандартів
6	Соціальна підтримка та підведення підсумків	Розвиток навичок групової підтримки, закріплення знань та практик	Груповий тренінг: обговорення досягнень, SWOT-аналіз особистого ЗСЖ, планування подальших дій	Скласти план підтримки ЗСЖ на наступні 3 місяці, обговорити його з ментором або другом

Крім того, ми рекомендуємо наступні форми роботи.

1. Щоденник здоров'я – основний інструмент для самопостереження, фіксуйте сон, фізичну активність, харчування, емоційний стан.

2. SMART-цілі – конкретні, вимірювані, досяжні, релевантні та обмежені в часі.
3. Групові взаємопідтримки – важливо обговорювати успіхи та труднощі, щоб формувати соціальну відповідальність за власне здоров'я.
4. Менторство та індивідуальні консультації – бажано, щоб психолог або куратор проводив короткі індивідуальні сесії на 15–20 хвилин раз на тиждень для підтримки студентів.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. Дослідження детермінант здорового способу життя студентів дозволяє виокремити чотири основні групи факторів: вольові, емоційні, соціальні та ціннісні. Кожна з цих груп характеризує певні аспекти особистісного функціонування та соціального середовища, що впливають на формування здорового способу життя.

1. Вольові детермінанти

Оцінка таких параметрів, як напруженість ($M = 25,049$) та самоконтроль ($M = 24,666$), демонструє помірний рівень волі у студентів. Значення стандартного відхилення та міжквартильного розмаху вказують на наявність індивідуальних відмінностей, проте центральні тенденції (медіана та мода) свідчать про те, що більшість студентів володіє адекватним рівнем самоконтролю і здатністю до регуляції напруження в повсякденному житті. Водночас наявність деякої негативної асиметрії по шкалі самоконтролю свідчить про часткову концентрацію оцінок у зоні високих результатів, що підкреслює прагнення студентів до дисципліни та організованості у власному житті.

Вольові характеристики є важливими чинниками адаптаційного ресурсу, оскільки здатність контролювати напруження і володіти саморегуляцією дозволяє студентам ефективно долати стресові ситуації та підтримувати здоровий спосіб життя.

2. Емоційні детермінанти

Констатовано оцінки емоційних детермінантів, таких як оптимістичність, активне-пасивне ставлення до життєвих ситуацій, бадьорість, тонус, розкутість, спокій, стійкість емоційного тону, задоволеність життям, позитивний образ себе.

Середні значення цих показників ($M \approx 46-51$) свідчать про достатньо високий рівень емоційного ресурсу студентів, який сприяє формуванню позитивного ставлення до життя, здатності долати труднощі та підтримувати активність. Особливо висока оцінка задоволеності життям та позитивного образу себе відображає стійку мотивацію до самореалізації та підтримки психічного благополуччя.

Стандартні відхилення та міжквартильні розмахи вказують на наявність індивідуальних відмінностей у емоційних особливостях, тоді як показники асиметрії та ексцесу демонструють відносно рівномірний розподіл оцінок, що свідчить про збалансованість емоційного стану більшості студентів.

3. Соціальні детермінанти

Соціальні аспекти здорового способу життя включають роботу, особисті досягнення, спілкування з близькими та соціальну підтримку. Середні значення $M \approx 26-28$ свідчать про високу значущість соціальних чинників для студентів.

Особливо важливими є спілкування з близькими та підтримка, що відображає потребу студентів у соціальній стабільності та наявності ресурсів для психологічної компенсації стресу. Наявність лівобічної асиметрії у всіх шкалах свідчить про те, що більшість студентів оцінює соціальні ресурси як значущі та доступні, проте існують окремі індивіди з нижчими оцінками, які потенційно відчують дефіцит підтримки чи недостатнє соціальне включення.

4. Ціннісні детермінанти

Проаналізовано ціннісні орієнтації студентів: щасливе сімейне життя, матеріальне благополуччя, вірні друзі, здоров'я, цікава робота, визнання та повага оточуючих, незалежність і свобода. Середні значення ($M \approx 5,2-5,9$) показують високу значущість цих цінностей у життєвих пріоритетах студентів, з особливим акцентом на здоров'я ($M = 5,893$), що підтверджує його центральне місце у системі цінностей.

Важливою є висока концентрація результатів у верхньому діапазоні оцінок (ліва асиметрія $S/SES \approx -4 \dots -7,9$), що свідчить про те, що здоров'я, соціальні стосунки та особистісна самореалізація є пріоритетними цінностями для більшості студентів. Різна величина ексцесу підкреслює специфіку розподілу значущості окремих цінностей, де здоров'я має найбільш гострий «пік» оцінок, що демонструє його провідну роль у формуванні здорового способу життя.

На підставі проведеної роботи можна констатувати наступне.

1. Студенти демонструють високий рівень усвідомлення значущості здоров'я, яке виступає як ключовий детермінант формування здорового способу життя.

2. Вольові та емоційні ресурси студентів є достатньо розвиненими для подолання життєвих труднощів, підтримки активності та позитивного настрою.
3. Соціальні чинники, такі як підтримка, спілкування та особисті досягнення, виступають стабілізуючими ресурсами, які підвищують адаптивність та психічну стійкість.
4. Ціннісні пріоритети демонструють значну орієнтацію на соціальні та особистісні аспекти життя, зокрема на сім'ю, друзів, свободу та кар'єру, що інтегрує особистісні та соціальні ресурси для підтримки здоров'я.
5. Узагальнений аналіз свідчить про комплексний характер детермінант здорового способу життя студентів, де взаємодіють особистісні риси, емоційні стани, соціальні ресурси та цінності. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до формування та підтримки здорового способу життя в навчальних закладах, що включає розвиток особистісних, емоційних та соціальних компетенцій.

Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) студентів є комплексним феноменом, який охоплює фізичний, психологічний та соціальний аспекти життєдіяльності молоді. Психологічна підтримка у формуванні та підтриманні ЗСЖ спрямована на підвищення усвідомленості студентів щодо власного здоров'я, розвитку мотивації до здорового способу життя, профілактику стресу та психоемоційного вигорання, а також формування стійких навичок саморегуляції.

Методичні рекомендації мають на меті надати практичні інструменти для психологів, викладачів та кураторів груп у вищих навчальних закладах для підтримки студентів у формуванні здорових звичок і способу життя.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз сучасних досліджень у сфері соціально-психологічних детермінант здоров'я показав, що ставлення молоді до власного здоров'я формується під впливом як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників. До об'єктивних відносяться спадковість, екологічні умови, спосіб життя,

харчування та доступ до соціальних, культурних і матеріальних ресурсів, тоді як суб'єктивні включають соціальні уявлення, ціннісні орієнтації, валеонастанови, локус контролю та психологічні механізми захисту.

Соціальні уявлення про здоров'я є важливим компонентом ставлення молоді до нього. Вони функціонують як когнітивна та емоційна структура, що відображає соціальну реальність і формує індивідуальні настанови щодо підтримки здорового способу життя.

2. Студенти демонструють високий рівень усвідомлення значущості здоров'я, яке виступає як ключовий детермінант формування здорового способу життя.

Вольові та емоційні ресурси студентів є достатньо розвиненими для подолання життєвих труднощів, підтримки активності та позитивного настрою. Соціальні чинники, такі як підтримка, спілкування та особисті досягнення, виступають стабілізуючими ресурсами, які підвищують адаптивність та психічну стійкість. Ціннісні пріоритети демонструють значну орієнтацію на соціальні та особистісні аспекти життя, зокрема на сім'ю, друзів, свободу та кар'єру, що інтегрує особистісні та соціальні ресурси для підтримки здоров'я.

Узагальнений аналіз свідчить про комплексний характер детермінант здорового способу життя студентів, де взаємодіють особистісні риси, емоційні стани, соціальні ресурси та цінності. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до формування та підтримки здорового способу життя в навчальних закладах, що включає розвиток особистісних, емоційних та соціальних компетенцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Т. І. Сприяння здоров'ю : Навч. посібник / Т. І. Андреева, К. С. Красовський. – К. : НаУКМА, 2012. – 247 с.

2. Антікова В. А. Оптимізація фізичного виховання у вищих навчальних закладах / В. А. Антікова // Матеріали 11 Всеукраїнської науково-практичної конференції “Концепція підготовки спеціалістів фізичної культури в Україні”. – Київ ; Луцьк : РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 1996. –С. 209–213.
3. Бабак І. М. Бідність як критерій оцінювання рівня життя населення / І. М. Бабак // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. – 2013. – Вип. 57. – С. 41–48.
4. Балл Г.О. До обґрунтування раціогуманістичного підходу у психології / Г.О.Балл // Психологія і суспільство. – 2004. - №4. – С.60-74.
5. Башмакова О. В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 / О. В. Башмакова. – К., 2007. – 21с.
6. Бедная В. Б. Гуманістичне призначення інфраструктури соціальної роботи / В. Б. Бедная // Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії. - 2005. - Вип. 20. - С. 26-32.
7. Бондар Є. Б. Соціально-психологічні особливості студентської молоді [Електронний ресурс] / Є. Б. Бондар – Режим доступу: <http://naub.org.ua/?p=367#more-367>
8. Боднар І. Визначення рівня розвитку фізичних якостей студентів / І. Боднар // Молодіжні проблеми в Україні: стан та шляхи вирішення. – Л. : ЛДІФК, 1997. – С. 5–8.
9. Боришевський М.Й. Екстраполяція теоретичних принципів психологічної науки у контекст практичної психології/М.Й.Боришевський//Актуальні проблеми практичної психології [Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції]. – Херсон, 2009. – С.113-120.
- 10.Боцюра О. А. Використання критерію Манна-Уїтні для аналізу результатів тестування / О. А. Боцюра. «Педагогическая наука: история, теория, практика, тенденции развития» Выпуск №1 [2008] /<http://intellect->

invest.org.ua/rus/pedagog_editions_e-
magazine_pedagogical_science_arhiv_pn_n1_2008_st_36/

11. Бочелюк В.Й. Методика та організація наукових досліджень з психології /В.Й.Бочелюк, В.В.Бочелюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 360 с.
12. Бутузова Л. П. Психологічні особливості становлення у особистості відповідального ставлення до власного здоров'я / Бутузова Л. П. // Актуальні проблеми сімейної медицини – Житомир, 2011. – №2. – С. 135–143.
13. Васютинська О.Г. Теоретико-методологічне підґрунтя дослідження пасіонарності особистості /О.Г.Васютинська//Вісник ОНУ.-2012.- Т.17.- Вип.4.- С.14-22.
14. Васютинський В. О. Стиль життя як соціально-психологічна характеристика культури бідності / В. О. Васютинський // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2012. – Вип. 30 (33). – С. 19–32.
15. Васютинський В. О. Особливості комунікативних орієнтацій осіб, які психологічно тяжіють до бідності / В.О.Васютинський // Матеріали науково-практичної конференції «Права осіб із спектром аутистичних порушень: освітні, соціальні та медичні послуги», 3-4 липня 2013 р., Львів: «Тріада плюс», 2013. – С. 21–26.
16. Велитченко Л.К. Суб'єкт і його атрибутивні категорії /Л.К. Велитченко // Наука і освіта. - №4-5. – 2008. – С.69-73.
17. Веретенко Т. Г. Здоров'язберігаюча організація навчання студентів у вищих навчальних закладах / Т. Г. Веретенко. - Вісник Запорізького національного університету : [зб. наук. пр.]. Педагогічні науки. № 1 (12), 2010 / Держ. вищ. навч. закл. "Запоріз. нац. ун-т" ; [ред. рада: Локарева Г. В. (голов. ред.) та ін. ; редкол.: Байкіна Н. Г. та ін.]. - Запоріжжя : Запоріз. нац. ун-т, 2010. С .108-112.
18. Володарська Н. Д. Екологічність самотворення особистості в сучасних умовах життєдіяльності / Н. Д Володарська // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН

- України. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім.І.Франка, 2012. – Том 11. Екологічна психологія. – Вип. № 28. – С. 72–80.
19. Головаха Є. Показники стилю життя особистості / Є. Головаха, Н. Паніна // Життєтворчість: концепція, досвід, проблеми. – Запоріжжя : Центріон, 2004. – С. 52–61.
20. Гузій Н. В. Педагогічний професіоналізм: історико-методологічні та теоретичні аспекти / Н. В. Гузій. – К. : НПУ, 2004. – 243 с.
21. Гусев І. М. Характер політичної поведінки молоді, залежно від рівня її бідності / І. М. Гусев // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка. – 2012. – №6. – С. 160–166.
22. Данчева Т.Д. Теоретичні засади створення концептуальної моделі життєстійкості особистості як основного показника психологічного здоров'я /Тетяна Дмитрівна Данчева //Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості /за ред. С.Д. Максименко, М.В. Папучі. – К, 2011. – Т.11. – Вип. 4. – Ч.1. С - 225-230.
23. Дергач М. С. Соціально-психологічні чинники, що визначають особливості ставлення молоді до здоров'я / Дергач М. С. // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. – К. – 2012. – Т. 11. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 6. – С. 167–172.
24. Дергач М. С. Психологічні особливості поведінки в сфері здоров'я молоді з різним економічним статусом / Дергач Марія Сергіївна // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер. : Педагогіка і психологія. – Зб. статей. – Ялта: РВВ КГУ, 2013. – Вип. 41. – Ч. 2. – С. 254–259.
25. Дергач М. С. Соціально-психологічний аспект розуміння економічного статусу безробітної молоді в Україні / М. С. Дергач // Ринок праці та зайнятість населення. – 2013. – Вип. 4. – С. 16–19.

26. Дергач М. С. Соціальне уявлення студентської молоді про здоров'я: структура та зміст / Марія Дергач // Освіта регіону. – К. – 2013. – №2 (32). – С. 230–234.
27. Єжова О. О. Визначення рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я в учнівської молоді / О. О. Єжова // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2010. – №5. – С. 155–164.
28. Заболотна Т.М. Здоров'я як визначальний чинник життєвого успіху студентської молоді /Т.М.Заболотна // Матеріали науково-практичної конференції викладачів, аспірантів та студентів Сумського НАУ (20-24 квітня 2015 р.). – В 3 т./Т.І. – Суми, 2015 С. 282-283.
29. Завацька Н. Є. Соціально-психологічні чинники психосоматичних розладів у студентської молоді: монографія / Н. Є. Завацька, Л. М. Клевець / Під ред. Н. Є. Завацької. – Луганськ : СЛУ ім. В. Даля; Алчевськ : ДонДТУ, 2013. – 181 с.
30. Зубович І. А. Особливості валеонастанов як детермінант психологічного здоров'я особистості у дорослому віці Електронний ресурс / І. А. Зубович. – Режим доступу : <http://mp2.umo.edu.ua/wp-content/uploads/2012/04/Zubovich.pdf>
31. Ідрісова Н. О. Результати аналізу ставлення школярів до здоров'я та здорового способу життя / Н. О. Ідрісова // Наукові записки Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія: Педагогічні та історичні науки: - К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2013. - Вип. 109. - С. 86-93.
32. Каніболоцька М. Особливості ставлення до здоров'я молоді з високим економічним статусом: результати дослідження / Марія Каніболоцька // Науковий вісник Чернівецького університету: Зб. наук. праць Чернівецького нац. ун-ту ім. Юрія Федьковича. – Чернівці. – 2014. – Вип.678. – С. 67–74.
33. Каніболоцька М. С. Емоційна та вольова саморегуляція як передумова психологічного благополуччя молоді / М. С. Каніболоцька // Вісник

- Інституту розвитку дитини: Зб. наук. праць. – Київ: Видавництво Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова – 2014. – Вип. 32. – С. 128–134.
34. Карпишин Н.І. Стратегічні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні / Н.І. Карпишин // Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах світової економічної кризи / Матеріали наукової конференції професорсько-викладацького складу (Тернопіль, 15 квітня 2009 року). – Тернопіль: Тернопільський національний економічний університет, 2009. – С. 40-45
35. Кашуба В. О. Оцінювання та аналіз складових здорового способу життя студентської молоді / В. О. Кашуба, С. М. Футорний, О. В. Андреева // Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз. виховання і спорту. – Х., 2012. – № 7. С. 59-65.
36. Кириленко С. В. Соціально-педагогічні умови формування культури здоров'я старшокласників : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / С. В. Кириленко. – К., 2004. – 240 с.
37. Киселевська С.М. Фізична активність студентів вищих навчальних закладів (ВНЗ) столиці України як засіб подолання екзаменаційних стресів / С.М. Киселевська, І.О. Россипчук, Ю.В. Човнюк, О.А. Антонюк // Теорія та методика фізичного виховання. – 2008. – №12. – С.10-12.
38. Коноплицький В. А. Економічний словник. Тлумачно-термінологічний / В. А. Коноплицький, Г. І. Філіна. – К. : КНТ, 2007. – 577 с.
39. Коробка Л. М. Соціально-психологічний аналіз проблеми бідності як способу життя / Л. М. Коробка // Проблеми політичної психології та її роль у становленні громадянина Української держави : зб. наук. праць. – 2011. – Вип. 11. – С. 223–232.
40. Коробка Л. М. Методичні засади соціально-психологічного дослідження ставлення до здоров'я осіб з різним рівнем психологічного тяжіння до бідності / Л. М. Коробка // Український науковий журнал «Освіта регіону». – 2013. – №3. – С. 286–290.

41. Коробка Л.М. Особливості ставлення до здоров'я носіїв бідності як стилю життя / Лариса Коробка // Науковий вісник Чернівецького університету. Випуск 686. Педагогіка та психологія – Чернівці: Чернівецький нац. у-т, 2014. – С. 49–58.
42. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини / І. Я. Коцан, Л. В. Ложкін, М. І. Мушкевич / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-та ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
43. Костенко Н. Досвід контент-аналізу: моделі та практики / Н. Костенко, В. Іванов. – Монографія. – К.: Центр вільної преси, 2003. – 200 с.
44. Кружило Г. Г. Ставлення студентської молоді до свого здоров'я й фізичного самовиховання / Кружило Г. Г. // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки : зб. наук. пр. / Запоріз. обл. ін-т післядиплом. пед. освіти, Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2009. – Вип. 54. – С. 203–206.
45. Кривошеєва Г. Л. Формування культури здоров'я студентів університету: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Кривошеєва Галина Леонідівна / Донецький національний ун-т. Донецький національний ун-т.
46. Крутько С.В. Психологічні особливості життєвих стратегій особистості / С.В. Крутько // Вісник ОНУ. – 2011. – Т.16. – Вип.7. – С.126-132.
47. Курова А.В. Гендерні аспекти суб'єктивного благополуччя особистості / А.В. Курова // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, III (28), Issue: 55, Budapest, 2015. – P. 82-85.
48. Лазоренко Б. П. Проблемна молодь: шляхи самоздійснення / Лазоренко Б. П. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 274 с.
49. Лібанова Е. М. Вимірювання якості життя в Україні, аналітична доповідь : Монографія / Е. М. Лібанова, О. М. Гладун, Л. С. Лісогор та ін. – К. : 2013. – 50 с.
50. Ложкін Г. В. Економічна психологія: Навч. посібник / Г. В. Ложкін, В. В. Спасенніков. – К. : ВД «Професіонал», 2006. – 304 с.

51. Мороз Л. І. Особливості прояву ціннісних орієнтацій у міжстатевій поведінці молоді ранньоюнацького віку : дис...канд. психол. наук : 19.00.07 / Л. І. Мороз. – К. – 1993. – 153 с.
52. Мочерний С. В. Економічний енциклопедичний словник : у 2 т. – Т. 1. / С. В. Мочерний, Я. С. Ларіна, О. А. Усенко, С. І. Юрій. – Львів : Світ, 2005. – 616 с.
53. Найдъонов М. І. Формування системи рефлексивного управління в організаціях : Монографія / Найдъонов Михайло Іванович. – К. : Міленіум, 2008. – 484 с.
54. Небоженко В. С. Соціальна напруженість і конфлікти в українському суспільстві / В. С. Небоженко. – К. : Абрис, 1994. – 64 с.
55. Оржеховська В. М. Педагогіка здорового способу життя / В. М. Оржеховська // Проблеми освіти : наук.-метод. зб. – К. : Інститут інноваційних технологій і змісту освіти, 2006. – Вип.48. – С. 3–7.
56. Петровська Т. Економіко-психологічна адаптація і стиль життя / Тетяна Петровська // Соціальна психологія. – 2004. – №6 (8). – С.86–93.
57. Родіна Н. В. Соціально-економічний статус і копінг у контексті безпеки особистості / Родіна Наталія Володимирівна // Вісник ОНУ. – 2013. – Т. 18. – Вип. – 24. – С. 215–222.
58. Сенік О. М. Часова перспектива студентів і їхнє психологічне благополуччя / О. М. Сенік // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2011. – Вип. 28 (31). – С.109–119.
59. Соколенко О. І. Формування ціннісного ставлення студентів вищих педагогічних навчальних закладів до свого здоров'я : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / О. І. Соколенко. – Луганськ, 2008. – 209 с.
60. Тимофієва М. П. Психологічні особливості ставлення молоді до здоров'я / М. П. Тимофієва // Філологічні науки. Психологія и социология : [матеріали 5-ї міжнародної науково практичної конференції]. – Софія. – 2009. – Т. 5. – С. 69–72.

61. Тимофієва М. П. Ставлення сільської молоді до здоров'я / Тимофієва Марина Пилипівна // Актуальні проблеми психології. – 2009. – Т. 7 – Вип. 20. – С. 184–190.
62. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К. : «Либідь», 2003. – 376 с.
63. Титаренко, Т. М. Специфіка настанов молоді на здоровий спосіб життя / Т.М. Титаренко // Практична психологія та соціальна робота : Науково-практичний освітньо-методичний журнал. – 2004. – №6. – С. 65–68.
64. Титаренко Т. М. Актуальні соціально-психологічні настанови молоді на здоровий спосіб життя / Т. М. Титаренко // Вісник Київського міжнародного університету. – 2005. – Вип. 6. – С. 172–187.
65. Титаренко Т. М. Формування в молоді настанов на здоровий спосіб життя: Методичні рекомендації / Т. М Титаренко, Л. А. Лепіхова, О. Я. Кляпець. – К. : Міленіум, 2006. – 124 с.
66. Харченко В. Е. Суб'єктивне економічне благополуччя як критерій адаптації молоді до умов ринкової економіки / Харченко В. Е. // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2011. – №2. – С. 96–107.
67. Шапошника І. В. Дослідження навчальних практик сучасної студентської молоді / Шапошника І. В. // Соціологія та профспілковий дух. – 2013. – № 1. – С. 26–29.
68. Abric J. C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations / Jean Claude Abric // Papers on social representations. – 1993. – №. 2. – P. 75–78.
69. Abric J. C. A structural approach to social representations / Jean Claude Abric // Representations of the social: bridging theoretical traditions. – 2001. – № 1. – P. 42–47.
70. Abric J. C. What are the «elements» of a representation? / Jean Claude Abric // Papers on Social Representations. – 2011. – № 20. – P. 20.1–20.10.

71. Adler N. E. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't / Nancy. E. Adler, Joan Ostrove // *Psychological Review*. – 1999. – Vol. 896. – P. 3–15.
72. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well / Aaron Antonovsky/ San Francisco : Jossey Bass, 1987. – 218 p.
73. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behaviour change / Albert Bandura // *Psychological review*. – 1977. – Vol. 84, №. 2. – P. 191–215.
74. Bandura A. Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory / Albert Bandura // *Psychology and Health*. – 1998. – №13. – P. 623–649.
75. Campbell A. The sense of well-being in America: recent patterns and trends / A. Campbell. – New York : Mcgrow-Hill, 1981. – 263 p.
76. Cracolici M. F. Composition of families and subjective economic well-being: An application to Italian context / Maria Francesca Cracolici // *ECINEQ*. – 2011. – №1. – P. 32–40.
77. Creed P. A. Economic deprivation, experiential deprivation and social loneliness in unemployed and employed youth / Peter A. Creed, Judith Reynolds // *Journal of Community & Applied Social Psychology*. – 2001. – Vol. 11. – № 3. – P. 167–178.
78. Dergach M. The category of health in modern socio-psychological discourse / Dergach M. // *Proceedings of the International scientific and practical conference (10th- 12th October 2012, Zaporizhzhya)*. – Zaporizhzhya: ZNU. – 2012. – P. 11–14.
79. Easterlin R. A. Explaining happiness / Richard A. Easterlin // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. – 2003. – Vol. 100, №19. – P. 176–183.
80. Festinger L. A theory of social comparison processes / L. Festinger // *Human Relations*. – 1954. – №7 – P. 117–140.