

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ
ЖИТТЯ ДОРΟΣЛИХ**

шифр роботи: Психологія ЗСЖ

АНОТАЦІЯ

Назва роботи: Психологічні фактори формування здорового способу життя дорослих. Спеціальність: С4 Психологія.

Актуальність теми зумовлена необхідністю пошуку внутрішніх психологічних ресурсів особистості для збереження здоров'я в умовах тривалого стресу та соціальної напруженості, що є критично важливим для сучасної України.

Метою роботи є експериментальне дослідження ключових психологічних факторів, що визначають стратегію здорової поведінки дорослої особистості.

Методи дослідження: комплекс психодіагностичних методик для оцінки якості життя, рівня стресостійкості та мотиваційно-ціннісних орієнтацій; методи математичної статистики для обробки даних (кореляційний аналіз).

Основні результати:

Провідними факторами формування ЗСЖ є внутрішня картина здоров'я, розвинена здатність до саморегуляції та високий рівень емоційного інтелекту. Встановлено статистично значущий зв'язок між показниками психологічної стійкості та готовністю особистості до відповідальної поведінки щодо власного здоров'я. Найсильніший зв'язок виявлено між психічною напруженістю та ментальним компонентом здоров'я ($\rho = -0,732$). Самоефективність є головним «позитивним» предиктором ($\rho = 0,369$) із життєвою активністю. Мотивація уникнення невдач виступає бар'єром для здорової поведінки.

Наукова новизна полягає у розширенні уявлень про механізми психологічної детермінації здорового способу життя дорослих у специфічних умовах сучасності.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, психологічні фактори, мотивація, внутрішня картина здоров'я, стресостійкість, доросла особистість.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
1. Методика та організація емпіричного дослідження показників і чинників здорового способу життя дорослих	6
2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних чинників здоров'язберезувальної поведінки дорослих	16
3. Кореляція основних показників емпіричного дослідження	29
ВИСНОВКИ	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	34
ДОДАТКИ	39

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасній психологічній науці проблема збереження індивідуального здоров'я набуває особливої значущості в умовах радикальних суспільних трансформацій, спричинених воєнним станом в Україні. Тривале перебування населення у високостресовому середовищі, пов'язаному з загрозами безпеці, вимушеною міграцією та соціальною нестабільністю, зумовлює зростання психоемоційного виснаження дорослих. У зв'язку з цим актуалізується науковий пошук внутрішніх ресурсів особистості та психологічних механізмів, здатних забезпечувати не лише адаптацію до кризових умов, а й свідому підтримку життєвого потенціалу та психологічного благополуччя. Сучасні тенденції розвитку психології здоров'я демонструють поступовий перехід від переважно клінічного підходу до особистісно-орієнтованої парадигми, у межах якої людина розглядається як активний суб'єкт формування власного благополуччя та здорового способу життя. Попри значний науковий доробок у галузі психології здоров'я, особливості динаміки психологічних чинників здорового способу життя дорослих в умовах тривалого воєнного конфлікту залишаються недостатньо дослідженими, що зумовлює актуальність даної роботи.

Ступінь розробленості проблеми. Теоретичну основу дослідження становлять праці вітчизняних і зарубіжних учених, присвячені проблемам психологічного та ментального здоров'я, життєстійкості та саморегуляції особистості. Значний внесок у розроблення зазначеної проблематики зробили І. Блохіна, О. Кокун, Г. Ложкін, С. Максименко, В. Моляко та інші дослідники, які обґрунтували роль емоційного інтелекту, механізмів саморегуляції та ціннісно-мотиваційної сфери у забезпеченні життєдіяльності людини. Водночас сучасні виклики воєнного часу та інформаційного суспільства потребують уточнення й переосмислення наявних підходів до формування здорового способу життя дорослої особистості.

Об'єкт дослідження – здоров'язберезувальна активність дорослої особистості як специфічна форма її життєдіяльності.

Предмет дослідження – психологічні детермінанти (мотиваційні установки, внутрішня картина здоров'я, регулятивні механізми), що визначають особливості формування здорового способу життя дорослих.

Мета дослідження – визначити ключові психологічні чинники формування здорового способу життя дорослого населення.

Завдання дослідження: Провести емпіричне дослідження показників якості життя та ставлення до здоров'я у дорослому віці; встановити кореляційні зв'язки між саморегуляцією, локусом контролю та суб'єктивним благополуччям.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплекс взаємодоповнювальних методів: емпіричні – констатувальний експеримент із застосуванням валідизованих психодіагностичних методик (SF-36 v2, PSM-25, опитувальник загальної самоефективності Р. Шварцера, методика мотивації досягнення Т. Елерса); статистичні – методи описової статистики та кореляційного аналізу для обробки отриманих даних.

Експериментальна база дослідження. У дослідженні взяли участь 75 дорослих громадян України, серед яких особи, що перебувають за межами країни, а також внутрішньо переміщені особи. Середній вік респондентів становив 44,2 року.

Наукова новизна отриманих результатів: роль внутрішньої картини здоров'я як чинника життєстійкості в умовах тривалого соціального напруження; уточнення особливостей трансформації мотиваційної сфери дорослих у кризових умовах.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри загальної та практичної психології ДЗВО «УМО» НАПН України та були представлені на II Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції з міжнародною участю «Психологічні

предиктори соціального розвитку особистості в сучасних умовах освітнього середовища» (20 листопада 2025 року).

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (82 позиції, з них 22 – іноземною мовою) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 48 сторінок, основний текст викладено на 33 сторінках. Робота містить 3 таблиці та 20 рисунків.

1. Методика та організація емпіричного дослідження показників і чинників здорового способу життя дорослих

Емпіричне вивчення психологічних детермінант формування здорового способу життя (ЗСЖ) у дорослому віці було реалізовано протягом жовтня 2025 року – лютого 2026 року. Дослідження охоплювало три послідовні етапи: підготовчо-методологічний, діагностико-констатувальний та аналітико-статистичний.

Збір емпіричних даних здійснювався із застосуванням дистанційних технологій на базі платформи Google Forms. Вибір онлайн-інструментарію був зумовлений потребою в забезпеченні високого рівня анонімності респондентів у сенситивних питаннях самозбереження, а також необхідністю охоплення респондентів, що перебувають у різних безпекових умовах.

Характеристика вибірки дослідження. Експериментальну сукупність склали дорослі особи, переважно громадяни України, які перебувають на різних етапах професійного та особистісного становлення (додаток А). Загальний обсяг вибірки на етапі констатувального експерименту склав 75 осіб.

Соціально-демографічний профіль респондентів.

Віковий діапазон: Середній вік вибірки становить 44,2 роки. Дослідженням охоплено осіб від 21 до 70 років, де люди до 40 років - 32% і 41-48 років – 32%. Проте ядрну групу респондентів складають люди зрілого віку (49 років і старше 36%), що дозволяє вивчати ЗСЖ у контексті сформованої життєвої стратегії (рис. 1). Саме на цьому етапі особистість зазвичай стикається

з першими відчутними ознаками соматичних змін та вичерпністю вітального ресурсу, що актуалізує перехід від пасивного використання природних даних здоров'я до проактивного управління ними. Домінування у вибірці зрілих людей дозволяє зафіксувати сталі, усвідомлені здоров'язберезувальні стратегії, інтегровані в цілісну життєву філософію.

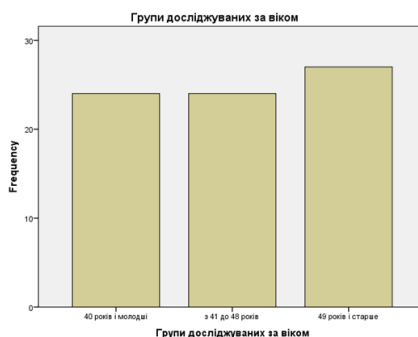


Рис. 1 Розподіл за віком

Гендерний розподіл (рис. 2): У вибірці переважають жінки — 85,3% (64 особи), частка чоловіків становить 14,7% (11 осіб).

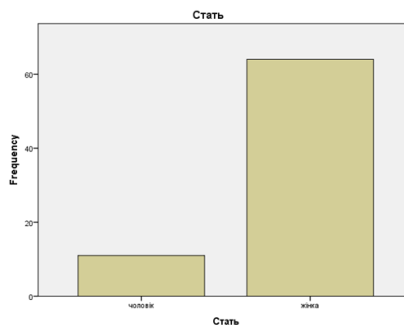


Рис. 2 Гендерний розподіл

Територіальний статус (рис. 3): Більшість респондентів (74,7%) постійно проживають на території України. 10,7% мають офіційний статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО), а 14,7% тимчасово перебувають за кордоном.

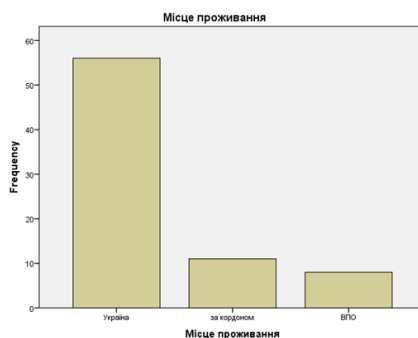


Рис. 3 Територіальний статус

Професійний статус та характер зайнятості (рис. 4): 41,3% (31 особа) — працюють в офісі або на виробництві (фіксований графік); 24% (18 осіб) — самозайняті (ФОП), що передбачає високий рівень персональної відповідальності; 22,7% (17 осіб) — працюють дистанційно або за вільним графіком; 12% (9 осіб) — тимчасово не працюють.

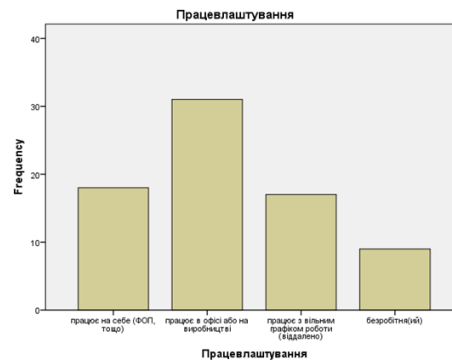


Рис. 4 Професійний статус та характер зайнятості

Освітній рівень (рис. 5): Вибірка характеризується надзвичайно високим освітнім цензом. Переважна більшість респондентів — 92% — мають повну вищу освіту. Решта учасників мають загальну середню (4%) або професійно-технічну (4%) освіту. Такий інтелектуальний потенціал вибірки свідчить про високу здатність респондентів до рефлексії, критичного аналізу інформації та усвідомленого ставлення до власного здоров'я.

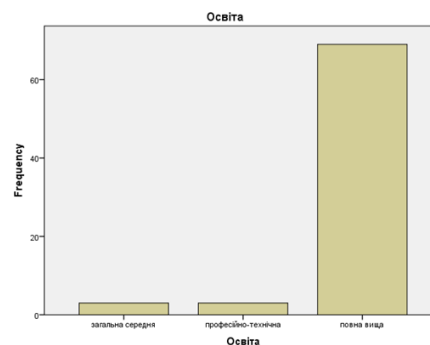


Рис. 5 Освітній рівень

Сімейний стан (рис. 6): Аналіз міжособистісного контексту життєдіяльності респондентів виявив, що переважна більшість — 76% — перебувають у шлюбі. Частка осіб, які ніколи не перебували у шлюбі, становить 16%, а розлучених — 8%. Такий розподіл свідчить про високу соціальну інтегрованість вибірки та наявність потенційного ресурсу сімейної підтримки.

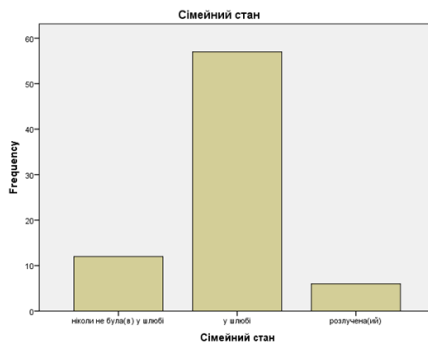


Рис. 6 Сімейний стан

Аналіз батьківського статусу (рис. 7) виявив, що 62,7% опитаних мають дітей (з них у 28% діти ще малі, а у 34,7% — вже дорослі). Частка респондентів без дітей становить 37,3%. Такий розподіл дозволяє врахувати вплив сімейних обов'язків на рівень стресу та можливості самозбереження.

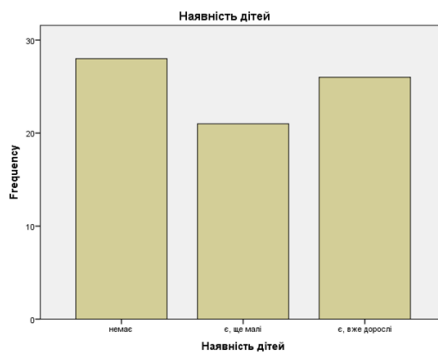


Рис. 7 Аналіз батьківського статусу

Дані всієї вибірки (75 осіб) були використані для проведення кореляційного аналізу та встановлення загальних психологічних закономірностей взаємозв'язку між мотиваційними установками, рівнем стресу та актуальними показниками благополуччя.

Діагностичний інструментарій. Відповідно до розробленої теоретичної моделі ВКЗ (внутрішньої картини здоров'я), до діагностичного комплексу було включено методики, що дозволяють верифікувати когнітивний, емоційний, мотиваційний та вольовий складники ЗСЖ:

1. Опитувальник оцінки якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey, SF-36 v2). Для багатовимірного аналізу якості життя, детермінованої станом здоров'я (Health-Related Quality of Life — HRQoL), було використано опитувальник SF-36 v2. Цей інструмент, розроблений Дж. Е. Вером та К. Д.

Шербурном (John E. Ware Jr. & Cathy D. Sherbourne, 1992), визнаний «золотим стандартом» у міжнародній дослідницькій практиці оцінювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Вибір даної методики зумовлений її спроможністю верифікувати суб'єктивну рефлексію особистості щодо власного фізичного, психічного та соціального благополуччя (Луговий, 2020; Максименко & Носенко, 2008; World Health Organization, 2022).

Опитувальник складається з 36 пунктів, результати яких інтегруються у 8 профільних шкал. Респонденти здійснюють ретроспективну оцінку свого самопочуття за останні 4 тижні, що дозволяє зафіксувати сталі тенденції у внутрішній картині здоров'я.

Структура та змістові характеристики шкал SF-36. Діагностична модель опитувальника передбачає диференціацію восьми параметрів, які формують два інтегральні складники — фізичний та ментальний компоненти здоров'я:

- 1) Фізичне функціонування (PF): відображає рівень мобільності та наявність обмежень при виконанні щоденних справ (від базового самообслуговування до інтенсивних фізичних навантажень).
- 2) Рольове функціонування (RP): демонструє, наскільки соматичний стан лімітує виконання професійних чи побутових обов'язків.
- 3) Інтенсивність болю (BP): оцінює наявність больового синдрому та ступінь його деструктивного впливу на звичну активність людини.
- 4) Загальне сприйняття здоров'я (GH): комплексна оцінка респондентом свого поточного статусу та прогнозування динаміки здоров'я в майбутньому.
- 5) Життєва активність (VT): інтегральний показник вітального ресурсу, що дозволяє диференціювати стан бадьорості від відчуття психофізичного виснаження.
- 6) Соціальне функціонування (SF): визначає рівень інтегрованості в соціум та міру обмеження міжособистісних контактів через проблеми зі здоров'ям.

7) Емоційна рольова діяльність (RE): аналізує, якою мірою афективний стан (тривожність, пригніченість) виступає бар'єром для успішної реалізації повсякденних завдань.

8) Ментальний добробут (MH): характеризує загальний емоційний фон, даючи змогу оцінити рівень психологічного комфорту або схильність до депресивних станів.

Інтерпретація та математико-статистична обробка даних SF-36. Процедура опрацювання первинних емпіричних результатів передбачає стандартизацію відповідей респондентів шляхом їх перерахунку у Z-оцінки. Підсумкові показники за кожною з восьми шкал варіюються в діапазоні від 0 до 100 балів. У цій системі вище значення прямо свідчить про вищий рівень якості життя та сприятливішу внутрішню картину здоров'я за відповідним параметром.

На етапі синтезу та аналізу отриманих результатів окремі шкали інтегруються у два глобальні домени, що дозволяють оцінити загальний стан життєдіяльності суб'єкта (World Health Organization, 2022):

- Фізичний компонент здоров'я (Physical Component Summary — PCS): базується на кумулятивних даних шкал фізичного (PF) та рольового (RP) функціонування, інтенсивності болю (BP) та загального сприйняття стану організму (GH).
- Ментальний компонент здоров'я (Mental Component Summary — MCS): формується на основі інтеграції показників вітальності (VT), соціальної активності (SF), емоційної ролі у діяльності (RE) та психологічного благополуччя (MH).

Для інтерпретації індивідуальних результатів за шкалами якості життя/психологічних показників було застосовано метод сигмального ранжування з кроком 0,5 стандартного відхилення ($0,5\sigma$) та виокремленням трьох рівнів: низького, середнього та високого. Межі рівнів обчислювали на основі середнього значення (M) і стандартного відхилення (SD) у вибірці за такими правилами:

- низький рівень: $X \leq M - 0,5 \cdot SD$
- середній рівень: $M - 0,5 \cdot SD < X < M + 0,5 \cdot SD$
- високий рівень: $X \geq M + 0,5 \cdot SD$

Оскільки низка шкал має фіксований теоретично можливий діапазон (наприклад, 0–100 балів), під час інтерпретації враховували обмеження шкал і не виходили за їхні мінімально/максимально можливі значення (за потреби застосовувалося “обрізання” порогів до меж шкали).

Порогові значення для інтерпретації (0,5 σ ; 3 рівні):

- Фізичне функціонування: низький $\leq 82,13$; середній 82,14–96,53; високий $\geq 96,54$.
- Рольове функціонування (фізичне): низький $\leq 69,77$; середній 69,78–88,38; високий $\geq 88,39$.
- Рольове функціонування (емоційне): низький $\leq 57,95$; середній 57,96–77,82; високий $\geq 77,83$.
- Життєва активність: низький $\leq 47,31$; середній 47,32–68,18; високий $\geq 68,19$.
- Психічне здоров'я: низький $\leq 54,27$; середній 54,28–74,26; високий $\geq 74,27$.
- Соціальне функціонування: низький $\leq 65,38$; середній 65,39–86,27; високий $\geq 86,28$.
- Інтенсивність болю: низький $\leq 67,13$; середній 67,14–89,92; високий $\geq 89,93$.
- Загальний стан здоров'я: низький $\leq 46,90$; середній 46,91–64,15; високий $\geq 64,16$.
- Фізичний компонент здоров'я: низький $\leq 68,66$; середній 68,67–82,57; високий $\geq 82,58$.
- Психічний компонент здоров'я: низький $\leq 57,70$; середній 57,71–75,15; високий $\geq 75,16$.

Використання опитувальника SF-36 у межах нашої роботи дозволяє здійснити не лише статичний моніторинг поточного статусу дорослих, а й

ідентифікувати ключові мішені для подальшого психологічного супроводу, орієнтованого на зміцнення внутрішніх ресурсів особистості. Завдяки отриманню верифікованих даних щодо сенсорного, когнітивного та емоційного рівнів ВКЗ, формується надійне емпіричне підґрунтя для вивчення кореляційних зв'язків між суб'єктивним благополуччям та вольовими й мотиваційними механізмами саморегуляції (Кокун та ін., 2011; Максименко & Носенко, 2008; Титаренко, 2020; Scambler, 2002).

2. Шкала психологічного стресу PSM-25 (Lemyr-Tessier-Fillion). Для верифікації інтегрального рівня стресових станів у їхніх соматичних, поведінкових та емоційних проявах було застосовано шкалу PSM-25. Вибір зазначеного інструментарію зумовлений його спроможністю фіксувати не лише факт наявності стресорів, а й суб'єктивну інтенсивність їх переживання особистістю в актуальний період життєдіяльності (Луговий, 2020; Максименко & Носенко, 2008; Ryan & Deci, 2017).

Опитувальник містить 25 тверджень, що охоплюють широкий спектр симптомів стресу. Респонденти здійснюють оцінювання кожного пункту за 8-бальною шкалою (від 1 — «ніколи» до 8 — «завжди»). Отримані сумарні бали дозволяють диференціювати три рівні стресового навантаження:

- Низький рівень (до 100 балів): репрезентує стан психологічної адаптованості та стабільності. За таких умов зовнішні виклики не чинять деструктивного впливу на вольову та когнітивну сфери, що створює сприятливі умови для реалізації здоров'язберезувальних стратегій.
- Середній рівень (100–154 бали): відображає фазу «мобілізації» або напруження адаптаційних систем. Характерною ознакою є періодичне виснаження вольового ресурсу, що може провокувати епізодичні відступи від усталених патернів ЗСЖ під впливом втоми чи ситуативних чинників.
- Високий рівень (понад 155 балів): сигналізує про виражений психологічний дистрес та стан дезадаптації. У таких обставинах

внутрішня картина здоров'я зазнає суттєвих деформацій, а механізми саморегуляції суттєво ускладнюються.

Залучення методики PSM-25 дозволяє нам емпірично верифікувати кореляцію між інтенсивністю актуального стресу та здатністю дорослої людини до реалізації здоров'язберезувальних інтенцій, що набуває особливої ваги в умовах соціальної нестабільності 2025–2026 рр. (Максименко, 2014; Ryan & Deci, 2017; Титаренко, 2020).

3. Шкала загальної самоефективності (General Self-Efficacy Scale — GSES). З метою вивчення когнітивно-мотиваційного ресурсу особистості було обрано шкалу самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема. Даний інструмент дозволяє оцінити універсальну переконаність людини у власній спроможності успішно долати виклики у нових або складних ситуаціях, а також виявляти наполегливість на шляху до реалізації поставлених цілей (Ложкін & Блохіна, 2018; Schwarzer & Jerusalem, 1995; Svitlychna, 2021).

Методика складається з 10 лаконічних тверджень, які респондент оцінює за 4-бальною шкалою (від 1 — «зовсім невірно» до 4 — «цілком вірно»). Сумарний показник варіюється в діапазоні від 10 до 40 балів:

- Низький рівень (10–20 балів): вказує на дефіцит віри у власні сили, схильність до пасивної поведінки перед обличчям труднощів та високу ймовірність капітуляції перед бар'єрами на шляху до оздоровлення.
- Середній рівень (21–30 балів): свідчить про помірну самоефективність, яка є достатньою для функціонування у звичних умовах, проте може виявитися вразливою у ситуаціях інтенсивного стресу.
- Високий рівень (31–40 балів): відображає стійку впевненість особистості у власній компетентності. Такі респонденти інтерпретують виклики (зокрема, необхідність трансформації способу життя) як розв'язувані завдання та демонструють високу вольову стійкість.

Використання GSES є критично важливим для нашого дослідження, оскільки самоефективність постає ключовим медіатором, що забезпечує

конвертацію теоретичних знань про ЗСЖ у стабільну поведінкову звичку та активну життєву позицію (Bandura, 1997; Gollwitzer, 1999; Svitlychna, 2021).

4. Методика діагностики мотивації до уникнення невдач (Т. Елерс). Для ідентифікації специфіки мотиваційної спрямованості особистості на стратегії самозахисту було застосовано опитувальник Т. Елерса. У межах психології здоров'я дана методика дозволяє диференціювати вектори активності індивіда: чи орієнтована людина на проактивне зміцнення внутрішніх ресурсів, чи її поведінка має переважно компенсаторно-захисний характер, спрямований на уникнення симптомів патології, фізичного дискомфорту або соціальної дезадаптації (Бондарчук, 2003; Максименко & Носенко, 2002; Svitlychna, 2021).

Діагностична процедура передбачає оцінювання 30 тверджень (альтернативні відповіді «так» або «ні»). Інтерпретація отриманих результатів здійснюється відповідно до таких рівнів:

- Низький рівень (2–10 балів): характеризує слабку вираженість захисних тенденцій. Зазвичай це корелює з домінуванням мотивації досягнення успіху, що сприяє активному пошуку нових оздоровчих практик.
- Середній рівень (11–16 балів): відображає збалансований, помірно обережний підхід до здоров'язберезувальної діяльності, що базується на раціональному оцінюванні ризиків.
- Високий (17–20 балів) та надвисокий (понад 20 балів) рівні: свідчать про домінування захисної установки. Особистості з такими показниками часто діють під тиском тривоги за власний соматичний стан; схильність до гіпернозогностії може парадоксально гальмувати реальні кроки у бік ЗСЖ через острах виявитися неспроможним витримати новий режим (VanderWeele, 2017; Горбунова, 2007; Федько, 2009).

Комплексне використання обраного діагностичного інструментарію дозволяє нам ґрунтовно проаналізувати психологічну архітектуру здорової поведінки дорослої людини. Це дає можливість синтезувати дані про рівень актуального психологічного стресу, індивідуальну самоефективність та домінуючий тип мотивації у системному взаємозв'язку із суб'єктивною якістю

життя респондентів (Lemyre & Tessier, 2003; Максименко & Носенко, 2008; Ryan & Deci, 2017).

2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних чинників здоров'язберезувальної поведінки дорослих

Емпіричне дослідження проводилося протягом кінця 2025 року – початком 2026 року. Загальна вибірка склала 75 осіб дорослого віку. У підрозділі 2 подано первинний аналіз емпіричних даних, спрямований на узагальнення структури вибірки та розподілу досліджуваних показників у межах теми «Психологічні чинники формування здорового способу життя дорослих». На цьому етапі здійснено описову статистичну обробку отриманих результатів (додаток Б), що дозволяє охарактеризувати базові тенденції, визначити домінуючі рівні вираженості змінних та оцінити неоднорідність вибірки за ключовими параметрами здоров'я і психологічних ресурсів/ризиків.

Емпіричні показники охоплюють (табл. 1): (а) соціально-демографічні характеристики (стать, вік, вікові групи, сімейний стан, наявність дітей, освіта, працевлаштування, місце проживання); (б) показники якості життя та стану здоров'я за доменами SF-36 (фізичне функціонування; рольове функціонування, зумовлене фізичним і емоційним станом; життєва активність; психічне здоров'я; соціальне функціонування; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я; інтегральні компоненти – фізичний і психічний); (в) психологічні змінні, що розглядаються як потенційні чинники здоров'язберезувальної поведінки (інтегральний показник психічної напруженості, самоефективність, мотивація до уникнення невдач). Для підвищення інтерпретативної чіткості результати за методиками було подано не лише через середні значення, але й у формі категоризації за рівнями (низький/середній/високий; для мотивації уникнення невдач – також «надто високий»), що дає змогу виявити частку респондентів із потенційно ресурсними або ризиковими профілями.

Описова статистика

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Фізичне функціонування	75	25	100	89,33	14,410
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	75	19	100	79,08	18,623
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	75	17	100	67,89	19,886
Життєва активність	75	19	100	57,75	20,877
Психічне здоров'я	75	15	100	64,27	19,995
Соціальне функціонування	75	25	100	75,83	20,890
Інтенсивність болю	75	0	100	78,53	22,795
Загальний стан здоров'я	75	15	100	55,53	17,254
Фізичний компонент здоров'я	75	33	100	75,62	13,919
Психічний компонент здоров'я	75	25	100	66,43	17,455
Інтегральний показник психічної напруженості	75	25	171	90,39	33,777
Самоефективність	75	15	40	31,55	5,561
мотивація до уникнення невдач	75	5	28	18,03	5,568
Valid N (listwise)	75				

Згідно результатів описової статистики (табл. 1) за шкалами SF-36 у досліджуваних загалом фіксується переважно високий рівень фізичного функціонування: $M = 89,33$; $SD = 14,41$; $\text{min-max: } 25\text{--}100$. Це свідчить про те, що більшість респондентів оцінюють власні фізичні можливості як достатні для виконання повсякденних дій, хоча наявність нижчих значень у діапазоні (від 25 балів) вказує на існування підгрупи осіб із суттєвими фізичними обмеженнями. Узгоджено з цим, показник рольового функціонування, зумовленого фізичним

станом, також є відносно високим ($M = 79,08$; $SD = 18,62$; 19–100), тобто обмеження у виконанні соціально-професійних ролей через соматичний стан у середньому виражені помірно.

Показники, що відображають психоемоційний компонент повсякденного функціонування, демонструють більш уразливу зону порівняно з фізичним блоком. Зокрема, рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, має нижче середнє значення ($M = 67,89$; $SD = 19,89$; 17–100), що може вказувати на наявність у частини учасників емоційних чинників (напруження, переживання, зниження настрою), які перешкоджають повній реалізації ролей та обов'язків. Аналогічно, шкала життєвої активності характеризується помірним рівнем ($M = 57,75$; $SD = 20,88$; 19–100) і водночас підвищеною варіативністю, що відображає суттєві індивідуальні відмінності в енергетичному тонусі, бадьорості та втомлюваності.

Для показників психічного благополуччя та соціальної сфери отримано такі значення: психічне здоров'я ($M = 64,27$; $SD = 20,00$; 15–100) і соціальне функціонування ($M = 75,83$; $SD = 20,89$; 25–100). У середньому це відповідає відносно задовільному самопочуттю та збереженості соціальної активності, однак широкі діапазони значень свідчать про виражені відмінності між респондентами – від низьких рівнів психоемоційного комфорту до високих. Соматичний дискомфорт, представлений шкалою інтенсивності болю, у середньому оцінюється як порівняно невисокий/помірний за впливом ($M = 78,53$; $SD = 22,80$; 0–100), проте наявність мінімального значення 0 балів вказує на те, що в окремих учасників біль може істотно обмежувати активність. Оцінка загального стану здоров'я є помірною ($M = 55,53$; $SD = 17,25$; 15–100) і є одним із найнижчих серед SF-36, що може відображати більш критичне або обережне сприйняття власного здоров'я (включно з очікуваннями щодо його змін у майбутньому).

Узагальнені компоненти SF-36 підтверджують загальну тенденцію: фізичний компонент здоров'я є вищим ($M = 75,62$; $SD = 13,92$; 33–100), ніж психічний компонент здоров'я ($M = 66,43$; $SD = 17,46$; 25–100). Це означає, що

у вибірці загалом краще збережені фізичні аспекти якості життя, тоді як психоемоційні складові (самопочуття, життєвий тонус, емоційно зумовлені обмеження) потребують більшої уваги в контексті формування здорового способу життя.

Психологічні змінні демонструють додаткові характеристики стану та ресурсів особистості. Інтегральний показник психічної напруженості має середнє значення $M = 90,39$ при суттєвій дисперсії ($SD = 33,78$; 25–171), що свідчить про значну неоднорідність вибірки: поряд із респондентами з відносно низькою напруженістю наявні учасники з виразно підвищеним рівнем напруження (за інтерпретаційною логікою методики – вищі значення відповідають більшій напруженості). Самоефективність у середньому є достатньо високою в межах діапазону шкали ($M = 31,55$; $SD = 5,56$; 15–40), що відображає переважно сформовану віру учасників у здатність досягати результатів і впливати на події власного життя. Водночас мотивація до уникнення невдач має середній рівень ($M = 18,03$; $SD = 5,57$; 5–28), що може означати наявність у частини дорослих тенденції діяти обережно, з орієнтацією на мінімізацію ризиків і помилок, що потенційно пов'язано зі стратегіями саморегуляції у сфері здоров'я.

Отже, описові показники в цілому демонструють, що для вибірки характерні високі ресурси фізичного функціонування та відносно кращий фізичний, ніж психічний компонент здоров'я, за одночасної значної індивідуальної варіативності психоемоційних показників (життєва активність, психічне здоров'я, емоційно зумовлене рольове функціонування) і психічної напруженості. Саме ці відмінності є методологічно важливими для подальшого аналізу психологічних чинників формування здорового способу життя дорослих (зокрема, для перевірки зв'язків між напруженістю, самоефективністю, мотиваційними тенденціями та профілем якості життя).

У подальшому викладі результатів, окрім середніх значень, застосовано рівневий підхід до інтерпретації показників (низький/середній/високий; для мотивації уникнення невдач — також «надто високий»). Така подача є

методично доцільною, оскільки дає змогу перейти від узагальненого опису «в середньому по вибірці» до розуміння структури розподілу: які рівні є домінуючими, наскільки вибірка є однорідною/неоднорідною та яка частка респондентів належить до потенційно ресурсних або ризикових груп. Зокрема, високі рівні за доменами SF-36 (функціонування, соціальна активність, психічне благополуччя) можуть розглядатися як індикатори збережених адаптаційних можливостей, тоді як низькі рівні — як маркери зниження якості життя та можливих обмежень у повсякденній активності. Аналогічно, низька психічна напруженість і висока самоефективність можуть відображати психологічні ресурси підтримання здорового способу життя, тоді як підвищена/надмірна мотивація уникнення невдач потенційно пов'язана з напруженням, обережністю та тенденціями до унікальної поведінки. Відтак аналіз частотних розподілів за рівнями дозволяє виділити ключові тенденції у вибірці дорослих і сформулювати підґрунтя для наступних процедур статистичного аналізу (порівняння груп за соціально-демографічними характеристиками та виявлення зв'язків між психологічними чинниками і показниками здоров'я/якості життя).

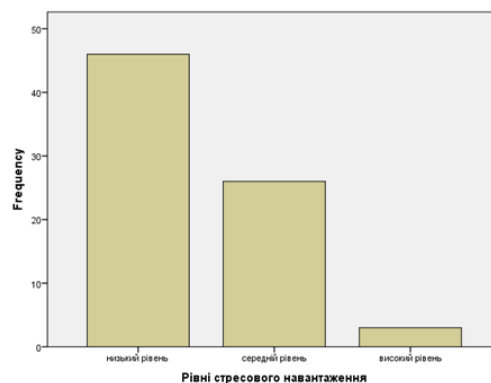


Рис. 8 Рівні стресового навантаження

У структурі стресового навантаження (психічної напруженості), що зображено на рис. 8, переважає низький рівень – 61,3% (n=46), тоді як середній рівень зафіксовано у 34,7% (n=26) досліджуваних. Високий рівень трапляється поодинокі – лише 4,0% (n=3). Такий розподіл свідчить, що для більшості респондентів характерна відносно помірною/контрольованою напруженістю, однак

наявність невеликої групи з високими значеннями є важливою з позиції подальшого аналізу чинників ризику і ресурсів саморегуляції.

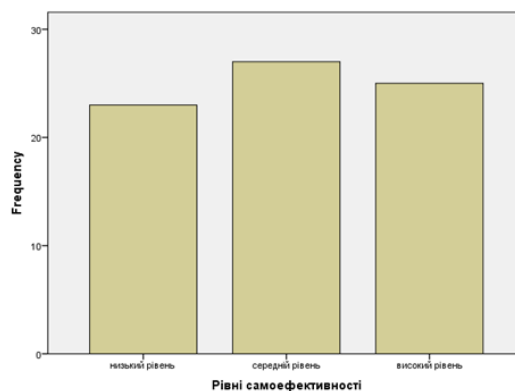


Рис. 9 Рівні самоефективності

Розподіл за рівнями самоефективності (рис. 9) є більш «збалансованим»: низький рівень мають 30,7% (n=23), середній – 36,0% (n=27), високий – 33,3% (n=25). Це означає, що майже дві третини вибірки перебувають у зоні середніх і високих оцінок віри у власну здатність ефективно діяти, однак третина респондентів демонструє знижені показники, що потенційно може бути пов'язано з меншою готовністю послідовно підтримувати поведінкові зміни, необхідні для здорового способу життя.

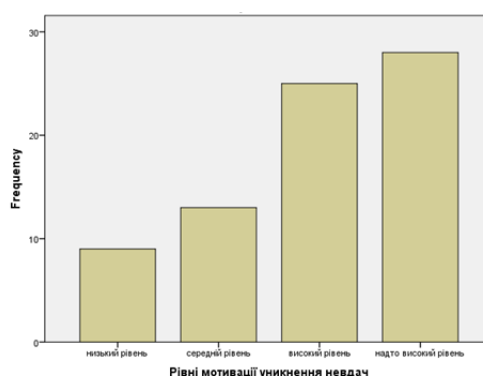


Рис. 10 Рівні мотивації уникнення невдач

Натомість мотивація до уникнення невдач (рис. 10) характеризується зсувом у бік підвищених рівнів: високий рівень виявлено у 33,3% (n=25), а надто високий – у 37,3% (n=28). Разом це становить 70,6% вибірки. Низький рівень мають 12,0% (n=9), середній – 17,3% (n=13). Отже, для більшості учасників є типовою виражена орієнтація на уникнення помилок і ризиків, що в контексті здоров'язберезувальної поведінки може мати подвійний ефект: з

одного боку – сприяти обережності та дисципліні, з іншого – підсилювати тривожність, уникання та зниження гнучкості у прийнятті рішень (що потребує перевірки на рівні кореляцій/порівнянь груп).

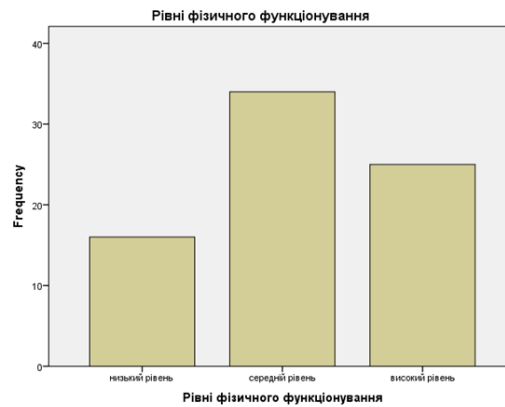


Рис. 11 Рівні фізичного функціонування

Аналіз рівнів за шкалами SF-36 вказує на неоднорідний профіль якості життя. Для фізичного функціонування (рис. 11) переважає середній рівень – 45,3% (n=34), тоді як високий становить 33,3% (n=25), а низький – 21,3% (n=16). Подібна картина спостерігається і для ролевого функціонування, зумовленого фізичним станом: 38,7% (n=29) мають середній рівень, 33,3% (n=25) – високий, 28,0% (n=21) – низький. Це означає, що хоча загалом фізичні можливості у значної частини респондентів є достатніми, у помітної частки вибірки наявні фізично зумовлені обмеження у виконанні ролей та повсякденних справ.

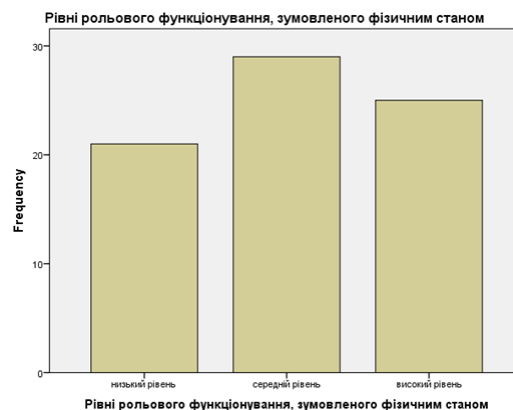


Рис. 12 Рівні ролевого функціонування, зумовленого фізичним станом

Аналіз рівнів ролевого функціонування, зумовленого фізичним станом (рис. 12), демонструє подібну до фізичного функціонування тенденцію з

переважанням середнього та високого рівнів. Середній рівень зафіксовано у 38,7% (n=29) досліджуваних, що є домінувальним показником у вибірці. Це свідчить про те, що значна частина респондентів відчуває помірні обмеження у повсякденній діяльності чи роботі через стан свого фізичного здоров'я. Високий рівень виявлено у 33,3% (n=25) учасників. Ця група характеризується відсутністю або мінімальним впливом фізичних проблем на виконання соціально-професійних ролей, що вказує на достатній рівень функціональної збереженості. Низький рівень мають 28,0% (n=21) респондентів. Такий показник окреслює помітну частку вибірки, де фізичний стан суттєво обмежує обсяг або якість виконання звичної активності, формуючи групу ризику, що потребує уваги в контексті здоров'язбережувальної поведінки. Отже, хоча загалом функціональні можливості більшості дорослих дозволяють їм виконувати свої обов'язки (сумарно 72,0% середнього та високого рівнів), майже третина опитаних стикається з виразними фізичними перешкодами у реалізації своїх соціальних ролей. Ці дані погоджуються з описовими статистиками ($M = 79,08$; $SD = 18,62$), підтверджуючи неоднорідність вибірки та наявність внутрішнього диференціювання за показниками фізичного благополуччя.



Рис. 13 Рівні рольового функціонування, зумовленого емоційним станом

Для рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (рис. 13), домінує середній рівень – 46,7% (n=35), тоді як низький і високий представлені однаково – по 26,7% (n=20). Такий розподіл показує, що емоційний компонент функціонування у значної частини респондентів є середньо вираженим, проте

існують дві помітні полярні групи: одна – із суттєвими емоційними обмеженнями у ролях, інша – зі збереженим емоційно-рольовим функціонуванням.

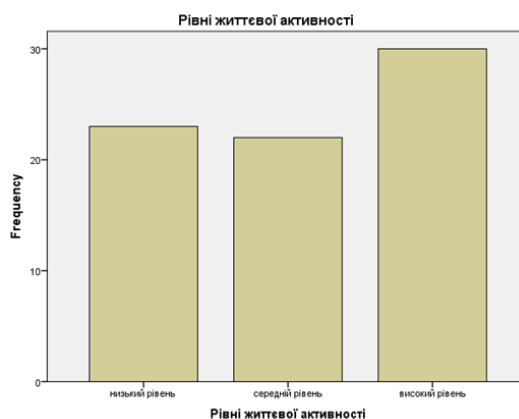


Рис. 14 Рівні життєвої активності

Показник життєвої активності (рис. 14) має тенденцію до вищих значень: високий рівень зафіксовано у 40,0% (n=30), низький – у 30,7% (n=23), середній – у 29,3% (n=22). Тобто майже у половини вибірки наявний достатній запас енергії/тонусу, однак третина демонструє знижену активність і потенційно більшу втомлюваність, що може бути психологічно значущим у моделюванні здорового способу життя.

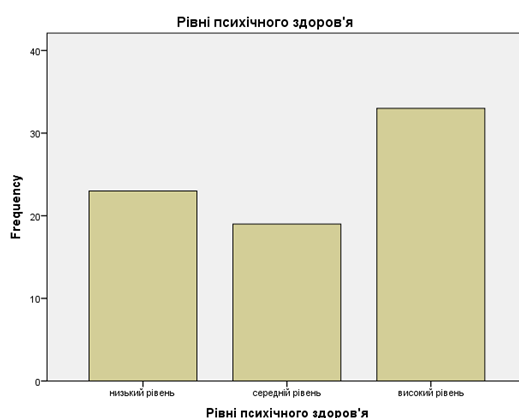


Рис. 15 Рівні психічного здоров'я

Для психічного здоров'я (рис. 15) переважає високий рівень – 44,0% (n=33), тоді як низький становить 30,7% (n=23), середній – 25,3% (n=19). Це дозволяє констатувати загалом сприятливий фон психічного благополуччя у значної частини респондентів, але водночас наявність майже третини учасників

з низьким рівнем може вказувати на групу ризику щодо емоційного виснаження, тривожних/депресивних проявів або зниженого суб'єктивного благополуччя.

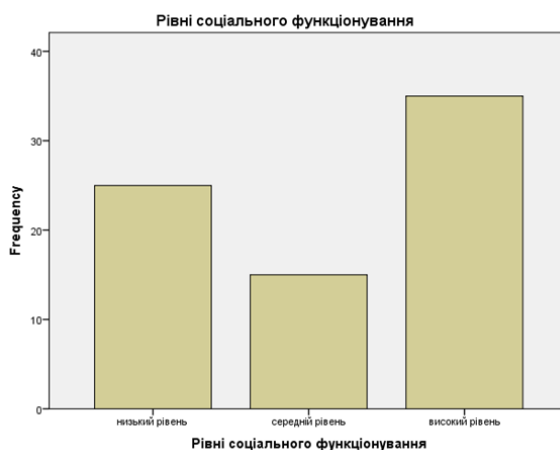


Рис. 16 Рівні соціального функціонування

Розподіл соціального функціонування (рис. 16) демонструє перевагу високого рівня – 46,7% (n=35), при цьому низький рівень має 33,3% (n=25), а середній – 20,0% (n=15). Отже, майже половина респондентів оцінює соціальні контакти та взаємодію як добре збережені, проте третина має істотні обмеження, що може бути пов'язано як із психологічними (напруженість, емоційні труднощі), так і з контекстними чинниками (умови праці, сімейні навантаження тощо).

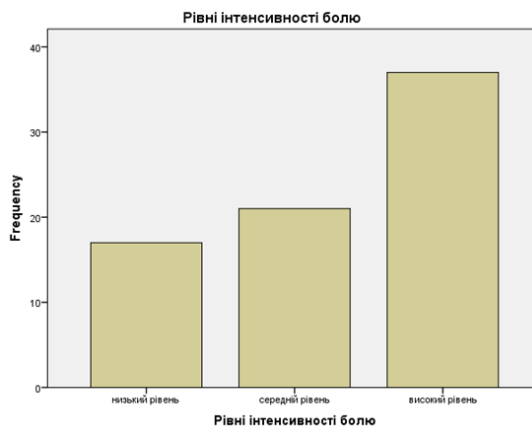


Рис. 17 Рівні інтенсивності болю

Важливо інтерпретувати й шкалу інтенсивності болю (SF-36): високий рівень становить 49,3% (n=37), середній – 28,0% (n=21), низький – 22,7% (n=17), що видно на рисунку 17. За стандартною логікою SF-36 більш високі

значення цієї шкали зазвичай означають менший вплив болю/кращий стан у домені болю; відповідно, у майже половини респондентів біль не виступає суттєвим обмежувальним чинником. Водночас приблизно у кожного п'ятого показники є низькими, що вказує на потенційно значимий соматичний дискомфорт.

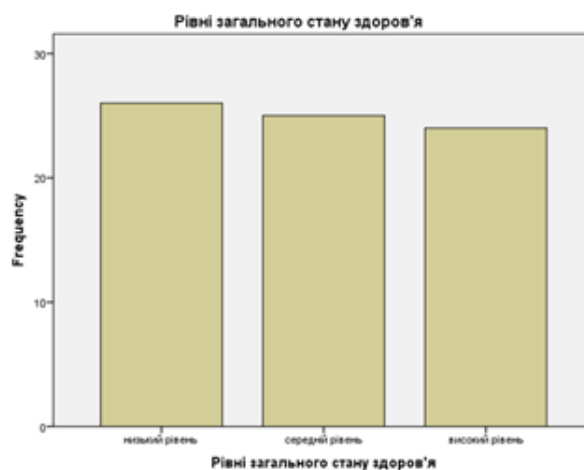


Рис. 18 Рівні загального стану здоров'я

Оцінка загального стану здоров'я (рис. 18) є майже рівномірною: низький рівень – 34,7% (n=26), середній – 33,3% (n=25), високий – 32,0% (n=24). Такий профіль відображає відсутність вираженої «домінантної» оцінки: у вибірці одночасно представлені групи як з оптимістичним, так і з песимістичним сприйняттям власного здоров'я.

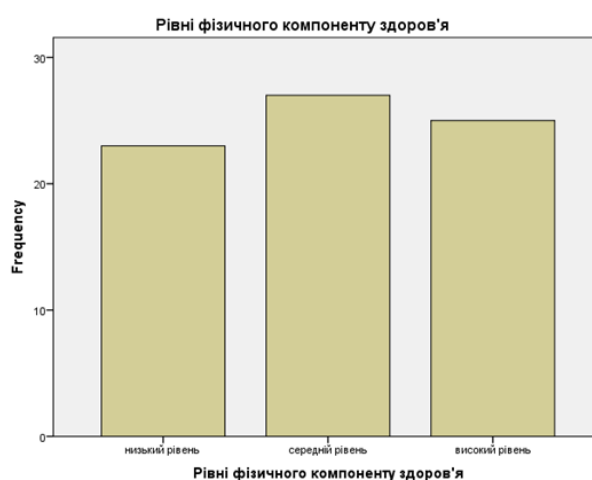


Рис. 19 Рівні фізичного компоненту здоров'я

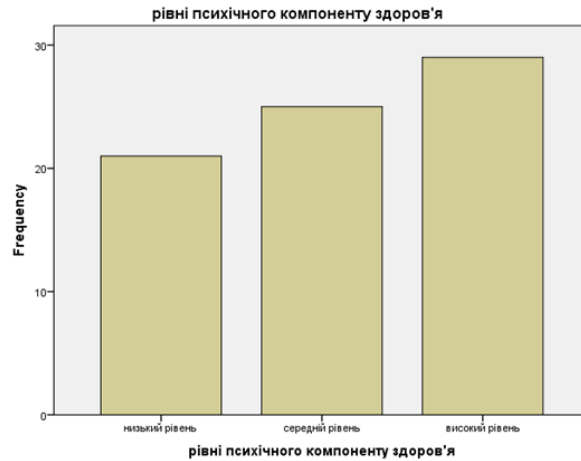


Рис. 20 Рівні психічного компоненту здоров'я

Узагальнені індекси показують, що для фізичного компоненту здоров'я (рис. 19) частіше трапляються середні значення (36,0%, $n=27$), при співмірній представленості низького (30,7%, $n=23$) та високого (33,3%, $n=25$) рівнів. Для психічного компоненту здоров'я (рис. 20) також домінує середній рівень (33,3%, $n=25$), однак частка високого рівня є дещо більшою (38,7%, $n=29$) порівняно з низьким (28,0%, $n=21$). У цілому це підтверджує, що вибірка є неоднорідною за інтегральними показниками здоров'я: поряд із ресурсною групою (високі значення компонентів) існує помітна частка осіб із зниженими показниками, що є релевантним для виявлення психологічних предикторів здорового способу життя.

Отже, частотний аналіз рівнів показує такі ключові тенденції: (1) більшість респондентів має низьке або середнє стресове навантаження, (2) самоефективність розподілена відносно рівномірно між трьома рівнями, (3) мотивація уникнення невдач у переважній частині вибірки є високою або надто високою, (4) за доменами SF-36 спостерігається поєднання переважно середніх рівнів функціонування з наявністю виразних підгруп ризику (низькі рівні) та ресурсних підгруп (високі рівні). Ці розподіли створюють підґрунтя для наступних етапів аналізу – перевірки відмінностей за соціально-демографічними змінними (стать, вік, сімейний статус тощо) і встановлення зв'язків між психологічними чинниками (самоефективність, мотивація

уникнення невдач, психічна напруженість) та показниками здоров'я/якості життя.

Узагальнення результатів частотного аналізу (N = 75) (додаток Б) засвідчує, що профіль вибірки є загалом ресурсним, однак внутрішньо неоднорідним. Переважна більшість респондентів демонструє низький рівень психічної напруженості (61,3%), тоді як високий рівень трапляється поодиноким (4,0%), що вказує на переважно кероване стресове навантаження у вибірці. Водночас самоефективність розподілена майже рівномірно між низьким (30,7%), середнім (36,0%) і високим (33,3%) рівнями, тобто поряд із групою з достатньо сформованими ресурсами саморегуляції наявна значна частка осіб зі зниженими переконаннями щодо власної здатності впливати на результати поведінки. Найбільш виразною особливістю є мотиваційний контур: у 70,6% учасників фіксується високий або надто високий рівень мотивації уникнення невдач, що може виступати важливим психологічним фоном у прийнятті рішень щодо здоров'язбережувальної поведінки. За доменами SF-36 переважають середні та високі рівні фізичного й соціального функціонування (зокрема, фізичне функціонування: 45,3% – середній, 33,3% – високий; соціальне функціонування: 46,7% – високий), однак стабільно присутня помітна частка респондентів із низькими значеннями, що окреслює потенційні групи ризику. Загальний стан здоров'я розподіляється майже рівномірно між трьома рівнями (34,7% / 33,3% / 32,0%), а інтегральні компоненти здоров'я демонструють перевагу середніх і високих рівнів при наявності істотної частки низьких показників (фізичний компонент: 30,7% – низький; психічний компонент: 28,0% – низький). Таким чином, отримані розподіли створюють емпіричне підґрунтя для наступного етапу аналізу – перевірки зв'язків і відмінностей між психологічними чинниками (психічна напруженість, самоефективність, мотивація уникнення невдач) та показниками якості життя/здоров'я, а також для зіставлення цих показників у групах за соціально-демографічними характеристиками.

3. Кореляція основних показників емпіричного дослідження

Для виявлення та наукового обґрунтування взаємозв'язків між психологічними чинниками та показниками якості життя дорослих було проведено кореляційний аналіз (табл. 2).

З огляду на те, що частина показників відхиляється від нормального розподілу (згідно з критеріями Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Вілка) та наявність обмеженого діапазону шкал (0–100), для аналізу зв'язків між змінними було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ). Рівень статистичної значущості: $p < 0,05$.

Таблиця 2

Відповідність розподілів показників нормальному закону за критерієм Шапіро–Уїлка

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Фізичне функціонування	,265	75	,000	,731	75	,000
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	,146	75	,000	,896	75	,000
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	,120	75	,010	,958	75	,013
Життєва активність	,110	75	,025	,961	75	,022
Психічне здоров'я	,144	75	,001	,958	75	,014
Соціальне функціонування	,178	75	,000	,901	75	,000
Інтенсивність болю	,186	75	,000	,853	75	,000
Загальний стан здоров'я	,112	75	,020	,979	75	,256
Фізичний компонент здоров'я	,140	75	,001	,951	75	,006
Психічний компонент здоров'я	,096	75	,085	,971	75	,077
Інтегральний показник психічної напруженості	,060	75	,200*	,982	75	,365
Самоефективність	,095	75	,090	,963	75	,029
Мотивація до уникнення невдач	,134	75	,002	,954	75	,009

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Взаємозв'язок психологічних ресурсів та компонентів здоров'я. Аналіз матриці кореляцій дозволив встановити низку статистично значущих зв'язків, які розкривають внутрішні механізми здоров'язбережувальної поведінки:

1. Психічна напруженість та якість життя: встановлено сильний від'ємний кореляційний зв'язок між інтегральним показником психічної напруженості та психічним компонентом здоров'я ($\rho = -0,732$ при $p < 0,01$). Це підтверджує, що високий рівень стресу є домінуючим чинником зниження суб'єктивного благополуччя та життєвої активності дорослих.

2. Самоефективність як ресурс: показник самоефективності має значущий позитивний зв'язок із психічним компонентом здоров'я ($\rho = 0,347$ при $p < 0,01$) та життєвою активністю ($\rho = 0,369$ при $p < 0,01$). Це доводить, що віра у власну спроможність долати труднощі безпосередньо сприяє підтримці вищого рівня життєвого тону та емоційної стабільності.

3. Мотивація уникнення невдач: даний показник демонструє негативні кореляції з психічним компонентом здоров'я ($\rho = -0,307$ при $p < 0,01$) та загальним станом здоров'я ($\rho = -0,291$ при $p < 0,05$). Особливо важливою є сильна зворотна кореляція самоефективності з мотивацією уникнення невдач ($\rho = -0,575$ при $p < 0,01$), що вказує на антагонізм між проактивною життєвою позицією та захисними стратегіями поведінки.

Взаємозв'язки між доменами якості життя (SF-36). Внутрішня структура показників якості життя демонструє високу когерентність:

1. Найсильніший зв'язок виявлено між психічним здоров'ям та життєвою активністю ($\rho = 0,805$ при $p < 0,01$), що підкреслює нерозривність емоційного стану та енергетичного потенціалу особистості.

2. Соціальне функціонування тісно пов'язане з психічним компонентом здоров'я ($\rho = 0,848$ при $p < 0,01$), що свідчить про важливість соціальних зв'язків як буфера проти психоемоційного виснаження.

3. Рольове функціонування (емоційне) має високу кореляцію з інтегральним психічним компонентом ($\rho = 0,825$ при $p < 0,01$), підтверджуючи,

що емоційна стабільність є критичною для успішної реалізації повсякденних обов'язків.

Для перевірки гіпотез у розділі подано кореляції між ключовими змінними (табл. 3). Повну матрицю кореляцій між усіма досліджуваними показниками наведено в Додатку В.

Результати кореляційного аналізу підтверджують, що ключовими психологічними предикторами високої якості життя дорослих є низький рівень психічної напруженості та висока самоефективність. Мотивація уникнення невдач, навпаки, виступає бар'єром, що знижує адаптаційний потенціал та суб'єктивну оцінку здоров'я.

Таблиця 3

Кореляції між чинниками формування здорового способу життя дорослих

		Фізичний компонент здоров'я	Психічний компонент здоров'я	Інтегральний показник психічної напруженості	Самоефективність	Мотивація до уникнення невдач
Spearman's rho	Фізичний компонент здоров'я	1,000	,579**	-,452**	,143	-,231*
	Correlation Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,220	,046
	N	75	75	75	75	75
Психічний компонент здоров'я	Психічний компонент здоров'я	,579**	1,000	-,732**	,347**	-,307**
	Correlation Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,002	,007
	N	75	75	75	75	75
Інтегральний показник психічної напруженості	Інтегральний показник психічної напруженості	-,452**	-,732**	1,000	-,232*	,174
	Correlation Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,045	,135
	N	75	75	75	75	75
Самоефективність	Самоефективність	,143	,347**	-,232*	1,000	-,575**
	Correlation Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,220	,002	,045	.	,000
	N	75	75	75	75	75
Мотивація до уникнення невдач	Мотивація до уникнення невдач	-,231*	-,307**	,174	-,575**	1,000
	Correlation Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,046	,007	,135	,000	.
	N	75	75	75	75	75

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ВИСНОВКИ

Емпіричне дослідження психологічних чинників формування здорового способу життя (ЗСЖ) було проведено на вибірці з 75 осіб, середній вік яких становить 44,2 роки. Соціально-демографічний профіль респондентів характеризується високим освітнім цензом (92% з вищою освітою) та переважанням жінок (85,3%), що перебувають у шлюбі (76%). Використаний діагностичний комплекс (SF-36, PSM-25, GSES та методика Т. Елерса) дозволив комплексно верифікувати когнітивний, емоційний та мотиваційний компоненти внутрішньої картини здоров'я дорослих.

Описова статистика показників якості життя за опитувальником SF-36 засвідчила, що фізичний компонент здоров'я ($M = 75,62$) у вибірці є вищим за психічний ($M = 66,43$). Найбільш уразливою зоною визначено життєву активність ($M = 57,75$) та рольове функціонування, зумовлене емоційним станом ($M = 67,89$), що вказує на вичерпність вітального ресурсу та вплив афективних чинників на повсякденну діяльність респондентів.

Аналіз психологічних ресурсів виявив неоднорідність вибірки:

- Стресове навантаження: у більшості респондентів (61,3%) зафіксовано низький рівень психічної напруженості, що свідчить про збереженість адаптаційних механізмів.
- Самоефективність: розподіл за рівнями є рівномірним, проте третина опитаних (30,7%) має низьку віру у власну спроможність впливати на здоров'я.
- Мотиваційний контур: виявлено домінування захисних установок — у 70,6% респондентів фіксується високий або надто високий рівень мотивації уникнення невдач, що може виступати бар'єром для впровадження активних здоров'язберезувальних стратегій.

Кореляційний аналіз підтвердив, що ключовими психологічними предикторами якості життя дорослих є низька психічна напруженість та висока самоефективність. Встановлено сильний від'ємний зв'язок між напруженістю

та психічним компонентом здоров'я ($\rho = -0,732$), а також значущий позитивний зв'язок самоефективності з життєвою активністю ($\rho = 0,369$). Мотивація уникнення невдач має зворотну кореляцію із загальним станом здоров'я ($\rho = -0,291$) та перебуває в антагоністичних стосунках із самоефективністю ($\rho = -0,575$), що доводить деструктивну роль унікальної поведінки у формуванні ЗСЖ.

Отримані кореляційні залежності мають не лише теоретичне, а й прикладне значення, оскільки дозволяють ідентифікувати ключові «точки впливу» у формуванні здоров'язберезувальної поведінки дорослих. Зокрема, психічна напруженість може розглядатися як пріоритетна мішень для психологічного втручання, тоді як самоефективність — як базовий ресурс, розвиток якого забезпечує стійкість поведінкових змін.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у діяльності практичних психологів, фахівців із психології здоров'я та освітніх і соціальних інституцій. Отримані дані можуть бути покладені в основу програм психологічного супроводу дорослих, спрямованих на зниження рівня стресу, підвищення самоефективності та формування проактивної позиції щодо власного здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розширенням вибірки, аналізом гендерних і вікових відмінностей, а також розробленням і апробацією комплексних програм психологічної підтримки здоров'язберезувальної поведінки в умовах тривалого соціального стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бех, І. Д. (2012). *Особистість у просторі духовного розвитку*. Академвидав.
2. Бовкун, С. В. (2022). Рухова активність та її вплив на здоров'я та працездатність людини. *Нотатки сучасної науки*, (3), 19–20.
3. Бойчук, Ю. (2017). Сучасні підходи до розуміння сутності здоров'я людини. У *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження* (с. 5–15).
4. Большакова, А. М. (2019). *Експериментальна психологія: конспект лекцій*. ХДАК.
5. Бондарчук, О. І. (2003). *Експериментальна психологія*. МАУП.
6. Боришевський, М. Й. (1992). *Розвиток саморегуляції поведінки школярів* (Докторська дисертація).
7. Боришевський, М. Й. (2010). *Дорога до себе: Від основ суб'єктності до вершин духовності*. Академвидав.
8. Галецька, І., & Сосновський, Т. (2006). *Психологія здоров'я: теорія і практика*. Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка.
9. Гончаренко, Л. О. (2014). Здоров'я сучасної людини: цінності та суперечності. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*, (4), 76–81.
10. Гончаренко, М. С. (1998). *Валеологія. Основа*.
11. Горбунова, В. В. (2007). *Експериментальна психологія в схемах і таблицях*. Професіонал.
12. Карамушка, Л. М. (2023). Ментальне здоров'я персоналу організацій у період повномасштабної війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(28), 40–52.
13. Карамушка, Л. М., & Дзюба, Т. М. (2017). Феномен «здоров'я» як напрям досліджень в організаційній психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (4), 43–52.

14. Карпенко Є.В. Основи психотренінгу: навчальний посібник. Дрогобич: Просвіт, 2015. 78 с.
15. Карпенко, З. С. (2000). *Експериментальна психологія: методичні рекомендації*. Плай.
16. Кирпенко, Т. М. (2018). Проблема здоров'я та здорового способу життя. *Психологія: теорія і практика*, (1), 60–67.
17. Кокун, О. М. (2006). *Психофізіологія*. Центр навчальної літератури.
18. Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Копаниця, О. В., & Малхазов, О. Р. (2011). *Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців*. НДЦ ГП ЗСУ.
19. Колесніченко, О. С., & Приходько, І. І. (Ред.). (2020). *Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України*. НАНГУ.
20. Копець, Л. (2010). *Класичні експерименти в психології*. Києво-Могилянська академія.
21. Коробка, Л. (2018). Психологічне здоров'я людини. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*, (1), 108–123.
22. Корольчук, М. С. (2003). *Психофізіологія діяльності*. Ельга; Ніка-Центр.
23. Костюк, Д., & Костюк, В. (2018). Психічне та психологічне здоров'я особистості. *Вісник Національного університету оборони України*, 2(50), 45–47.
24. Коцан, І. Я. (Ред.), Ложкін, Г. В., & Мушкевич, М. І. (2011). *Психологія здоров'я людини*. Вежа.
25. Лазоренко, Б. П. (2023). *Психологія здорового способу життя в умовах війни та повоєнного відновлення*. ІСПП НАПН України.
<https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2025/01/lazorenkoprogram2024maket.pdf>
26. Ложкін, Г. В., & Блохіна, І. О. (2018). *Психологія здорового способу життя*. КПІ ім. Ігоря Сікорського.
27. Луговий, В. М. (Ред.). (2020). *Психологія*. ХНЕУ ім. С. Кузнеця.
28. Максименко, С. Д. (2014). Психологія особистості: змістовні ознаки. *Наука і освіта*, (5), 45–52.

- 29.Максименко, С. Д., & Носенко, Е. Л. (2002). *Експериментальна психологія*. МАУП.
- 30.Максименко, С. Д., & Носенко, Е. Л. (2008). *Експериментальна психологія*. Центр навчальної літератури.
- 31.Маслоу, А. (2017). *Мотивація та особистість*. Клуб сімейного дозвілля.
- 32.Мілютіна, К. Л. (2004). *Теорія та практика психологічного тренінгу*. МАУП.
- 33.Павлюк, Т. С. (2022). Роль емоційного інтелекту. *Психологічні перспективи*, (39), 112–126.
- 34.Подмарьова, В. А. (2023). Вплив рухової активності. У *Актуальні питання фізичного виховання* (с. 96–98).
- 35.Полянїчева, О. М. (2022). *Психологія здоров'я та здорового способу життя*. Київський університет ім. Б. Грінченка.
- 36.Психічне здоров'я як складова національної безпеки. (2014). *Український медичний часопис*, (4), 1–5.
- 37.Рибалка, В. В. (2011). *Психологія честі та гідності особистості*. ІППЗВ НАПН України.
- 38.Савчук, П., Бакіко, І., Ковальчук, В., & Савчук, С. (2018). Здоров'я та здоровий спосіб життя людини. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я*, (1), 11–17.
- 39.Савчин, М. В. (2023). *Духовний потенціал людини*. Місто НВ.
- 40.Сердюк, Л. З. (2024). Психологічні чинники самодетермінації. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(31), 77–86.
- 41.Сєдашева, С. В., & Сєдашев, Я. В. (2020). Психологічні аспекти здорового способу життя. *Гуманізація навчально-виховного процесу*, 1(99), 351–355.
- 42.Слюсаревський, М. М. (2022). Психологічний стан українського суспільства. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 50(53), 7–22.
- 43.Сохань, Л. В. (Ред.). (1985). *Життя як творчість*. Наукова думка.

44. Спіріна, І. Д., Мельник, Т. А., & Савченко, О. М. (2020). *Медична психологія*. НТАУ.
45. Страшко, С. В. (Ред.). (2005). *Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя*. Освіта України.
46. Страшко С.В., Животовська Л.А., Гречишкіна О.Д., Міненко А.О., Савонова О.В., Гаврилюк В.О. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу. За редакцією Страшка С.В. Навчально-методичний посібник для викладачів валеології, основ медичних знань та безпеки життєдіяльності, вчителів основ здоров'я, студентів вищих педагогічних навальних закладів. 2-е вид., перероблено і доповнено Київ: Освіта України, 2005. 259 с.
47. Сукретна, Р. А. (2024). Психологічні чинники формування здорового способу життя дорослих. У *Матеріали наукової конференції Університету менеджменту освіти НАПН України*.
48. Терлецька, К. Г. (2022). *Психологія здоров'я: психічна саморегуляція*. ЛДСФК.
49. Тимофієва, М. П., & Слободська, О. В. (2021). *Психологія здоров'я*. Медицина.
50. Титаренко, Т. М. (2018). *Психологічне здоров'я особистості*. Імекс-ЛТД.
51. Титаренко, Т. М. (2020). *Посттравматичне життєтворення*. Імекс-ЛТД.
52. Толкунова, І. В., Грінь, О. Р., Смоляр, І. І., & Голець, О. В. (2018). *Психологія здоров'я людини*. Львівський державний університет фізичної культури. <https://reposit.uni-sport.edu.ua/items/ad7e6e23-47e0-44f5-824e-d3f3e04c4a4e>
53. Толкунова, В. В., Грінь, О. Р., Смоляр, В. В., & Голець, О. В. (2023). *Психологія здоров'я людини*. ЛДСФК.
54. Федько, О. А. (2009). Багатоаспектність поняття «здоров'я». *Державне управління*, (4).

55. Франкл, В. (2018). *Людина в пошуках справжнього сенсу*. Клуб сімейного дозвілля.
56. Хорні, К. (1993). *Невротична особистість нашого часу*. Основи.
57. Чайка, Г. В. (2021). Фактори позитивних взаємин. *Науковий вісник ХДУ*, (4), 70–76.
58. Чумаков, В. О. (2022). Здоров'я як об'єкт дослідження. *Габітус*, (44), 37–41.
59. Шушпанов, Д. Г. (2014). Синкретичність трактування здоров'я. *Економічний аналіз*, 16(1), 14–21.
60. Щербатих, Ю. В. (2008). *Психологія здоров'я*. Знання.
61. Юнг, К. Г. (2021). *Психологічні типи*. Філософська думка.
61. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
62. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
63. Baron, R. A. (1983). *Behavior in organizations*. Allyn & Bacon.
64. Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
65. Elliott, A. J., & McGregor, H. A. (2001). A 2×2 achievement goal framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(3), 501–519.
66. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233.
67. Galvin, K., & Todres, L. (2011). Kinds of well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4).
68. Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. *American Psychologist*, 54, 493–503.
69. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
70. Lemyre, L., & Tessier, R. (2003). Measuring psychological stress. *Psychological Reports*, 92(3), 762–764.
71. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory*. Guilford Press.
72. Scambler, G. (2002). *Health and social change*. Open University Press.

- 73.Schmidt, M., & Hansson, E. (2018). Doctoral students' well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1).
- 74.Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In *Measures in health psychology* (pp. 35–37).
- 75.Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology*, 57, 3–18.
- 76.Stetsenko, A., & Ushakova, I. (2024). Alternative approaches to stress management. *AD ALTA*, 14(1), 108–115.
- 77.The Lancet. (2009). What is health? *The Lancet*, 373(9666), 781.
- 78.VanderWeele, T. J. (2017). On the promotion of human flourishing. *PNAS*, 114(31), 8148–8156.
- 79.Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- 80.World Health Organization. (2022). *World mental health report*.
- 81.Young, T. (1998). *Population health*. Oxford University Press.
- 82.Svitlychna, N. (2021). Social content of psychological specialists' professional activity. *Postmodern Openings*, 12(1), 1–20.

ДОДАТКИ
ДОДАТОК А
ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ТАБЛИЦЯХ

Стать

	Frequenc у	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid чоловік	11	14,7	14,7	14,7
жінка	64	85,3	85,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Групи досліджуваних за віком

	Frequenc у	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40 років і молодші	24	32,0	32,0	32,0
з 41 до 48 років	24	32,0	32,0	64,0
49 років і старше	27	36,0	36,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Сімейний стан

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ніколи не була(в) у шлюбi	12	16,0	16,0	16,0
у шлюбi	57	76,0	76,0	92,0
розлучена(ий)	6	8,0	8,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Наявність дітей

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid немає	28	37,3	37,3	37,3
є, ще малі	21	28,0	28,0	65,3
є, вже дорослі	26	34,7	34,7	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Освіта

	Frequenc у	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid загальна середня	3	4,0	4,0	4,0
професійно- технічна	3	4,0	4,0	8,0
повна вища	69	92,0	92,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Працевлаштування

	Frequenc у	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid працює на себе (ФОП, тощо)	18	24,0	24,0	24,0
працює в офісі або на виробництві	31	41,3	41,3	65,3
працює з вільним графіком роботи (віддалено)	17	22,7	22,7	88,0
безробітня(ий)	9	12,0	12,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Місце проживання

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Україна	56	74,7	74,7	74,7
за кордоном	11	14,7	14,7	89,3
ВПО	8	10,7	10,7	100,0
Total	75	100,0	100,0	

ДОДАТОК Б
СТАТИСТИЧНА ОБРОБКА ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Рівні стресового навантаження

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	46	61,3	61,3	61,3
середній рівень	26	34,7	34,7	96,0
високий рівень	3	4,0	4,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні самоефективності

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	23	30,7	30,7	30,7
середній рівень	27	36,0	36,0	66,7
високий рівень	25	33,3	33,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні мотивації уникнення невдач

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	9	12,0	12,0	12,0
середній рівень	13	17,3	17,3	29,3
високий рівень	25	33,3	33,3	62,7
надто високий рівень	28	37,3	37,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні фізичного функціонування

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	16	21,3	21,3	21,3
середній рівень	34	45,3	45,3	66,7
високий рівень	25	33,3	33,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні рольового функціонування, зумовленого фізичним станом

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	21	28,0	28,0	28,0
середній рівень	29	38,7	38,7	66,7
високий рівень	25	33,3	33,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні рольового функціонування, зумовленого емоційним станом

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	20	26,7	26,7	26,7
середній рівень	35	46,7	46,7	73,3
високий рівень	20	26,7	26,7	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні життєвої активності

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	23	30,7	30,7	30,7
середній рівень	22	29,3	29,3	60,0
високий рівень	30	40,0	40,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні психічного здоров'я

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	23	30,7	30,7	30,7
середній рівень	19	25,3	25,3	56,0
високий рівень	33	44,0	44,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні соціального функціонування

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	25	33,3	33,3	33,3
середній рівень	15	20,0	20,0	53,3
високий рівень	35	46,7	46,7	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні інтенсивності болю

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	17	22,7	22,7	22,7
середній рівень	21	28,0	28,0	50,7
високий рівень	37	49,3	49,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні загального стану здоров'я

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	26	34,7	34,7	34,7
середній рівень	25	33,3	33,3	68,0
високий рівень	24	32,0	32,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні фізичного компоненту здоров'я

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	23	30,7	30,7	30,7
середній рівень	27	36,0	36,0	66,7
високий рівень	25	33,3	33,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Рівні психічного компоненту здоров'я

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid низький рівень	21	28,0	28,0	28,0
середній рівень	25	33,3	33,3	61,3
високий рівень	29	38,7	38,7	100,0
Total	75	100,0	100,0	

ДОДАТОК В

Таблиця. Кореляції між чинниками формування здорового способу життя дорослих

			Фізичне функціонування	Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	Життєва активність	Психічне здоров'я	Соціальне функціонування	Інтенсивність болю	Загальний стан здоров'я	Фізичний компонент здоров'я	Психічний компонент здоров'я	Інтегральний показник психічної напруженості	Самоефективність	мотивація до уникнення невдач
Spearman's rho	Фізичне функціонування	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 .000 75	,534** ,000 75	,257* ,026 75	,306** ,008 75	,328** ,004 75	,430** ,000 75	,487** ,000 75	,394** ,000 75	,697** ,000 75	,390** ,001 75	-,264* ,022 75	,241* ,038 75	-,298** ,009 75
	Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,534** ,000 75	1,000 .000 75	,510** ,000 75	,417** ,000 75	,339** ,003 75	,420** ,000 75	,477** ,000 75	,441** ,000 75	,813** ,000 75	,498** ,000 75	-,352** ,002 75	,159 ,173 75	-,176 ,131 75
	Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,257* ,026 75	,510** ,000 75	1,000 .000 75	,523** ,000 75	,663** ,000 75	,625** ,000 75	,368** ,001 75	,339** ,003 75	,505** ,000 75	,825** ,000 75	-,562** ,000 75	,170 ,146 75	-,151 ,197 75
	Життєва активність	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,306** ,008 75	,417** ,000 75	,523** ,000 75	1,000 .000 75	,805** ,000 75	,611** ,000 75	,305** ,008 75	,441** ,000 75	,487** ,000 75	,834** ,000 75	-,672** ,000 75	,369** ,001 75	-,285* ,013 75
	Психічне здоров'я	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,328** ,004 75	,339** ,003 75	,663** ,000 75	,805** ,000 75	1,000 .000 75	,669** ,000 75	,315** ,006 75	,362** ,001 75	,434** ,000 75	,901** ,000 75	-,730** ,000 75	,357** ,002 75	-,346** ,002 75
	Соціальне функціонування	Correlation Coefficient	,430**	,420**	,625**	,611**	,669**	1,000	,422**	,443**	,554**	,848**	-,589**	,300**	-,201

ання	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,009	,083
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Інтенсивність болю	Correlation Coefficient	,487**	,477**	,368**	,305**	,315**	,422**	1,000	,368**	,751**	,390**	-,286*	-,048	,061
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,008	,006	,000	.	,001	,000	,001	,013	,684	,606
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Загальний стан здоров'я	Correlation Coefficient	,394**	,441**	,339**	,441**	,362**	,443**	,368**	1,000	,738**	,469**	-,454**	,200	-,291*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003	,000	,001	,000	,001	.	,000	,000	,000	,085	,011
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Фізичний компонент здоров'я	Correlation Coefficient	,697**	,813**	,505**	,487**	,434**	,554**	,751**	,738**	1,000	,579**	-,452**	,143	-,231*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,220	,046
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Психічний компонент здоров'я	Correlation Coefficient	,390**	,498**	,825**	,834**	,901**	,848**	,390**	,469**	,579**	1,000	-,732**	,347**	-,307**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	.	,000	,002	,007
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Інтегральний показник психічної напруженості	Correlation Coefficient	-,264*	-,352**	-,562**	-,672**	-,730**	-,589**	-,286*	-,454**	-,452**	-,732**	1,000	-,232*	,174
	Sig. (2-tailed)	,022	,002	,000	,000	,000	,000	,013	,000	,000	,000	.	,045	,135
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Самоефективність	Correlation Coefficient	,241*	,159	,170	,369**	,357**	,300**	-,048	,200	,143	,347**	-,232*	1,000	-,575**
	Sig. (2-tailed)	,038	,173	,146	,001	,002	,009	,684	,085	,220	,002	,045	.	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
мотивація до уникнення невдач	Correlation Coefficient	-,298**	-,176	-,151	-,285*	-,346**	-,201	,061	-,291*	-,231*	-,307**	,174	-,575**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,009	,131	,197	,013	,002	,083	,606	,011	,046	,007	,135	,000	.
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

