

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра практичної психології

**Дослідження зв'язку суб'єктивної оцінки якості життя та
психологічного здоров'я особистості**

Дипломна робота
Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:
студентка 6 курсу, групи 622
спеціальності 053 «Психологія»
спеціалізації «Практична психологія»
Беца Данієлла Тарасівна
Керівник:
канд. політ. наук, доц.: Фесун Г. С.

до захисту допущено:
протокол засідання кафедри
№ _____ від _____ 2023р.

Анотація

Беца Д.Т. Дослідження зв'язку суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості. Кваліфікаційна робота

Проблема збереження психічного та психологічного здоров'я розроблялася зарубіжними та вітчизняними психологами. Найбільш часто згадувані поняття пов'язані з поняттям «психологічне здоров'я». Іноді виникає непорозуміння у тлумаченні змісту понять «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я», і тут слід чітко їх розмежовувати. Якщо поняття «психічне здоров'я» акцентує увагу на альтернативі психічним захворюванням, тобто на психічних розладах, психічних захворюваннях, а також зниженому життєвому тону особистості, то «психологічне здоров'я» – це комплексна характеристика особистості, що має структуру і динаміку, визначений соціокультурний феномен, що передбачає повноту її духовного розвитку.

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала використовувати поняття «благополуччя» як основний показник здоров'я. Значна кількість психологів використовують поняття «психологічне благополуччя» замість поняття «психологічне здоров'я».

Abstract

Betsa D.T. **The study of the relationship between the subjective assessment of the quality of life and psychological health of the individual.**

Qualification work

The problem of maintaining mental and psychological health was developed by foreign and domestic psychologists. The most frequently mentioned concepts are related to the concept of "psychological health". Sometimes there is a misunderstanding in the interpretation of the meaning of the concepts "mental health" and "psychological health", and they should be clearly distinguished. If the concept of "mental health" focuses on alternatives to mental illness, i.e., on mental disorders, mental illnesses, as well as a person's reduced vitality, then "psychological health" is a complex characteristic of an individual, which has a structure and dynamics, defined a sociological and cultural phenomenon that presupposes the completeness of her spiritual development.

The World Health Organization suggested using the concept of "well-being" as the main indicator of health. A significant number of psychologists use the concept of "psychological well-being" instead of the concept of "psychological health".

Зміст

Вступ	3
Розділ I. Теоретичні основи проблеми суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості	8
1.1. Теоретичний аналіз проблеми збереження та підтримки психологічного здоров'я особистості.....	8
1.2. Психологічний зміст поняття якості життя та його зв'язок з психологічним здоров'ям особистості.....	22
Розділ II. Емпіричне дослідження зв'язку суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості	29
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	29
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	33
2.3. Рекомендації щодо покращення психологічного здоров'я працівників торгового центру з урахуванням підвищення якості життя.....	47
Висновки	52
Список використаних джерел	56
Додатки	61

Вступ

Проблема збереження психічного та психологічного здоров'я розроблялася зарубіжними та вітчизняними психологами. На думку А. Маслоу, психічне здоров'я, це, по-перше, прагнення людей розвивати свій потенціал через самоактуалізацію, умовою якої є знаходження людиною вірного уявлення самого себе, а по-друге, це прагнення людини до гуманістичних цінностей, що виявляється у прийнятті інших, автономії, спонтанності, чутливості до прекрасного, почуття гумору, альтруїзм, бажання змінити світ, схильність до творчості [53, с. 26-32].

В. Франкл пов'язує порушення психічного здоров'я із втратою людиною сенсу життя, з відчуттям внутрішньої порожнечі. Сенс життя за В. Франклом – це сенс конкретної ситуації. Для будь-якої людини «життя тримає наготові» якусь справу, виконуючи яку вона набуває відчуття повноти життя [44, с. 111].

Історично поняття «психологічне здоров'я особистості» введено в наукову літературу відносно недавно, про що свідчить той факт, що лише словник за редакцією І. Дубровіної трактує це явище, як: «стан психічне благополуччя, яке характеризується відсутністю хворобливих психічних явищ і забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки та діяльності» [20, с. 332-339].

Актуальність феномену психологічного здоров'я в академічних колах української науки підтверджується дослідженнями М. Боришевського, Г. Ложкіна, О. Злобіної, Л. Лепіхової, С. Максименко, Б. Пахоль, Т. Титаренко, проте як теоретичні, так і експериментальні дослідження є незавершеними. Пізніше ця проблема досліджувалася у різних аспектах і привертала увагу таких дослідників, як: О. Богучарову, С. Болтівець, А. Борисюк, І. Галицьку, Т. Сосновського та ін.; здорову особистість досліджували: Н. Волошко, І. Горбаль, Л. Коробка, І. Коцан, М. Мушкевич та ін.; роль фізичного та соціального здоров'я – О. Балакірева, О. Богучарова, І. Главник, Л. Гармаш, І. Коцан, Н. Коцур, Г. Ложкіна, М. Мушкевич

Ю. Швалб та ін. [2; 10; 21; 22; 47]; проблеми психічного здоров'я – А. Богуш, А. Борисюк, Л. Гармаш, О. Главник, В. Комптон, Н. Коцур, Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман та інші [6; 9; 19; 22; 32].

Пізніші дослідження цього явища зосереджені на деяких аспектах даного феномену. Так, Л. Коробка розглядала настрій і здоров'я; М. Боришевський – психологію самоактивності та суб'єктного розвитку особистості, як саморегульованої соціально-психологічної системи; Б. Братусь – аномалії особистості; І. Дубровіна – психологічне здоров'я у навчально-виховному процесі; В. Комптон – психічне здоров'я та захисні механізми особистості; І. Коцан, Г. Ложкін, М. Мушкевич – психологію здоров'я людини; С. Максименко – генетичну психологію; Дж. Віттерс – саморегуляцію психічного здоров'я; В. Комптон – збереження психічного здоров'я; Н. Коцур, Л. Гармаш – особливості психічного здоров'я студентської молоді та інші.

Одночасно з дослідженням феномену психологічного здоров'я психологічне благополуччя особистості активно та різнобічно вивчається в психології та інших науках, вивчення яких має глибоке історичне коріння. Це поняття увійшло в науковий обіг у минулому столітті та зумовлене появою «позитивної психології» як нового напрямку в науці.

Теоретичну основу для обґрунтування поняття «психологічного благополуччя» та його ролі у самореалізації та самоактуалізації особистості заклали дослідження М. Аргайла, Н. Бредберна, К. Ріффа, де психологічне благополуччя особистості включено ними у поняття «щастя», «задоволення життям» і «психологічне здоров'я» тощо [48; 49; 55]. М. Аргайл у своїй праці «Психологія щастя» вживає поняття «психологічне благополуччя», оскільки «щастя можна розглядати як усвідомлення людиною своєї задоволеності життям або як частоту та інтенсивність позитивних емоцій» [48, с. 77-100].

М. Аргайл, П. Брікмен означили психологічне благополуччя як переживання щастя та задоволеності життям, як переважання позитивних емоцій над негативними, а також інтенсивність прояву позитивних емоцій [48, с. 77-100; 49, с. 917-927].

Сучасне розуміння феномену психологічного благополуччя особистості базується на теоріях і концепціях вчених: особистісного зростання (А. Адлер), особистісної зрілості (К. Роджерс), суб'єктності, самоактуалізації, внутрішньої мотивації, прояву істинного «Я» (А. Маслоу), гармонії особистості (Г. Олпорт). Водночас варто зазначити, що дослідження поглиблюються та розширюються, з'являються спроби виявити найважливіші фактори та факторну структуру простору варіативних компонентів.

І. Коцан, Г. Ложкіна, М. Мушкевич ототожнюють поняття «психологічне благополуччя» особистості з рядом близьких за значенням понять: «психічне здоров'я», «позитивний спосіб життя», «емоційний комфорт», «якість життя», «задоволеність життям» тощо [21, с. 92]. Найбільш часто згадувані поняття пов'язані з поняттям «психологічне здоров'я». Іноді виникає непорозуміння у тлумаченні змісту понять «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я», і тут слід чітко їх розмежовувати. Якщо поняття «психічне здоров'я» акцентує увагу на альтернативі психічним захворюванням, тобто на психічних розладах, психічних захворюваннях, а також зниженому життєвому тону особистості, то «психологічне здоров'я» – це комплексна характеристика особистості, що має структуру і динаміку, визначений соціокультурний феномен, що передбачає повноту її духовного розвитку [35, с. 271].

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала використовувати поняття «благополуччя» як основний показник здоров'я. Значна кількість психологів використовують поняття «психологічне благополуччя» замість поняття «психологічне здоров'я» [28].

Основними критеріями здоров'я виступають структурна і функціональна безпека та життєдіяльність систем організму, висока пристосовуваність у середовищі та соціальному оточенню, і навіть збереження звичного самопочуття. Зазвичай вирізняють такі критерії психічного здоров'я: усвідомлення та переживання безперервності, цілісності, сталості, ідентичності свого «Я»; відсутність нерозв'язних внутрішньо-особистісних та

міжособистісних конфліктів, уміння конструктивно вирішувати конфліктні ситуації; критичне ставлення до себе та до своєї психіки; адекватність поведінки та психофізіологічних реакцій, які викликані стимулами; визнання соціальних норм та їх виконання, управління собою відповідно до норм, прийнятих у суспільстві; планування своєї життєдіяльності та досягнення цілей, «авторство свого способу життя»; здатність змінювати спосіб поведінки у нових ситуаціях, успішно адаптуватися до нових умов; рефлексія як особлива форма діяльності, спрямована на осмислення та прогнозування власної активності та наслідків своїх вчинків; здатність до мобілізації вольових зусиль, вольова активність.

Об'єкт дослідження: психологічне здоров'я особистості.

Предмет дослідження: зв'язок суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості.

Мета дослідження: вивчити зв'язок суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми збереження та підтримки психологічного здоров'я особистості.
2. Охарактеризувати поняття якості життя та проаналізувати у теоретичному аспекті взаємозв'язок суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості.
3. Емпірично виявити рівень якості життя працівників торгового центру.
4. Розробити рекомендації щодо покращення психологічного здоров'я працівників торгового центру з урахуванням їх суб'єктивної оцінки якості життя.

Гіпотезою нашого дослідження є припущення про те, що чим вища суб'єктивна оцінка якості життя, тим краще психологічне здоров'я особистості, а саме, суб'єктам з високою якістю життя властиві: адекватна самооцінка, середній рівень особистісної тривожності, оптимальний рівень самопочуття, активності, настрою, відсутність невротизації та внутрішньої агресивності.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення, якісний та кількісний аналізи, методи математичної статистики (t-критерій Стьюдента), метод інтерпретації даних.

Емпіричні методи вивчення особистості:

➤ «Опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗКЖ-100).

➤ «Шкала самооцінки особистості», Т. Дембо, С. Рубінштейн.

➤ «Особистісна шкала проявів тривоги», Тейлора.

➤ «Методика діагностики рівня невротизації особистості», Л. Вассермана.

➤ «Тест на визначення внутрішньої агресивності», З. Дайхоффа.

➤ «Методика оперативної оцінки самопочуття, активності настрою» (САН), розроблена В. Доскіним, М. Мірошниковим, В. Шарай.

База дослідження: у дослідженні взяли участь 40 працівників торгового центру «Формаркет» м. Чернівці.

Структура роботи: дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Розділ I. Теоретичні основи проблеми суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості

1.1. Теоретичний аналіз проблеми збереження та підтримки психологічного здоров'я особистості

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 300 мільйонів жителів нашої планети страждають від захворювань пов'язаних з психікою. У зв'язку з цим широко обговорюється проблема збереження та зміцнення здоров'я в умовах сучасного суспільства представниками різних професій, як психологи, лікарі, екологи тощо [28]. Не зважаючи на високі досягнення в галузі медицини, ХХІ ст. характеризується зростанням числа соматичних та психічних захворювань.

На сьогодні є загальновідомо, що здоров'я людини на 50% залежить від способу життя, на 20% від навколишнього середовища, на 20% від генотипу та лише на 10% від рівня розвитку медичних послуг. Тому медицина не здатна суттєво вплинути на здоров'я людини. То ж виникає необхідність знаходити ефективні засоби, які були би спрямовані на збереження соматичного, психічного та психологічного здоров'я людини [18, с. 32-37].

Здоров'я людини характеризується повнотою прояву життєвих сил, всебічною та довготривалою соціальною активністю та гармонійністю розвитку особистості. Ця комплексна категорія включає всі прояви людини, характеристики її фізичної та психічної активності.

Психічне здоров'я – це стан душевного благополуччя людини, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів та можливістю свідомої регуляції поведінки і діяльності [28].

Даючи характеристику поняття психічного здоров'я, ВООЗ виділяє такі компоненти:

1) усвідомлення постійності та тотожності свого фізичного та психічного здоров'я, сталості, цілісності, ідентичності свого «Я»;

- 2) постійність та однаковість переживань у подібних ситуаціях, уміння конструктивно вирішувати конфліктні ситуації;
- 3) критичне ставлення до себе та своєї діяльності;
- 4) адекватність поведінки та психофізіологічних реакцій на стимули навколишнього середовища;
- 5) визнання соціальних норм та їх дотримання, здатність керувати своєю поведінкою відповідно до встановлених норм, прийнятих у суспільстві;
- 6) планування власного життя та реалізація задумів, досягнення мети, здатність бути «автором свого способу життя»;
- 7) здатність змінювати спосіб поведінки відповідно до змін у життєвих ситуаціях, успішно адаптуватися до нових умов;
- 8) рефлексія як особлива форма діяльності, спрямована на осмислення та прогнозування власної активності та наслідків своїх вчинків;
- 9) здатність до мобілізації вольових зусиль, вольова активність [19, с. 485-500].

Також варто зазначити наявність у критичній ситуації негативних емоцій, які можуть бути адекватними та неадекватними і впливати на здоров'я особистості (табл. 1.1.)

Таблиця 1.1.

Адекватні емоції	Неадекватні емоції
Занепокоєність	Тривога
Печаль	Депресія
Жаль	Провина
Смуток	Сором
Роздратування	Гнів

Американський психолог А. Елліс серед ряду критеріїв психічного та психологічного здоров'я виділив: особистий інтерес, соціальний інтерес, самоконтроль, високу стійкість до фрустрації, гнучкість, прийняття невизначеності, орієнтацію на творчі плани, наукове мислення, прийняття себе

самого таким, яким є, схильність до поміркованого ризику, відповідальність за власні емоційні стани та розлади [51, с. 51-74].

На думку, В. Леві важливим показником психічного здоров'я є самооцінка. Зокрема, автор виділяє кілька видів психічного здоров'я:

1. «Безпросвітність». Стан людини тяжкий, болісно катастрофічний. Зовсім не такий, як має бути у повноцінної здорової людини. Людина не керує своїм станом.

2. «Рідкісні проблески». Здебільшого людина відчувається не так, як їй хотілося б. Лише зрідка бувають моменти, коли людина відчуває гармонію в собі, між собою та світом.

3. «З перемінним успіхом». Людина не зовсім задоволена собою, але не звикла і не хоче постійно нарікати і «хникати», то ж зазвичай думає: всяке буває.

4. «У порядку». Здебільшого людина задоволена собою. Лише в окремі моменти відчуває, що зберігати контроль над своїм станом стає важче, але за потреби може досить легко привести себе в норму.

5. «Повний блиск». Людина повністю розпоряджається собою, незалежно від умов. На свій розсуд задає собі певний тонус. Коли це необхідно, високо працездатна, водночас коли є можливість, насолоджується відпочинком та спокоєм [51, с. 51-74].

Покращити внутрішній стан допомагає саморегуляція – управління своїми психічними процесами та поведінкою. На основі саморегуляції складається така поведінка, яку М. Садова називає «мудрою» [38, с. 102-109]. Мудре ставлення до життя відображають такі принципи: уміння відрізнити головне від другорядного; внутрішній спокій; емоційна зрілість та стійкість; знання міри у впливі на події; вміння підходити до проблеми із різних точок зору; готовність до будь-яких несподіваних подій; сприйняття дійсності такою, якою вона є, а не такою, якою хотілося б її бачити; прагнення виходу за рамки проблемної ситуації; спостережливість; далекоглядність; прагнення

зрозуміти інших; вміння отримувати позитивний досвід із усього, що відбувається.

На сьогодні пограничні між нормою та патологією розцінюються різні форми психологічної дезадаптації. Вони обумовлені складними соціальними та економічними життєвими обставинами, а також пов'язані з військовими діями, вибухами і катастрофами, які прийнято визначати, як так звані посттравматичні стани. Суїцидальні тенденції, схильність до зловживання алкоголем чи наркотиками, психотропними препаратами, кримінальна поведінка – всі ці види соціально-психологічної дезадаптації набувають певного емоційно-поведінкового забарвлення, що тісно пов'язані з ґрунтовними характеристиками особистості [36, с. 102].

Ще у 30-ті роки ХХ ст. С. Рубінштейн, всупереч поширеним у вітчизняній психології тенденціям до нівелювання індивідуальних властивостей, не скидав з рахунків значимість вроджених особливостей у формуванні особистості [54, с. 78-92]. Пізніше Б. Ананьев розглядав особистість як цілісне поняття, зазначаючи, що взаємодія біологічного і соціального початку у формуванні особистості проявляється у перші дні й роки існування і триває все життя [36, с. 52].

Ці ідеї знайшли свій розвиток і в роботах багатьох вітчизняних вчених, В. Мясіщева, який характеризує особистість людини як систему соціальних відносин, наголошуючи при цьому на необхідності враховувати біологічні та конституційно-індивідуальні властивості [36, с. 54]. Роль біологічного чинника у розвитку особистості підтверджують численні роботи відомих психофізіологів: М. Амосова, В. Мерліна та інших [1; 27].

На основі аналізу наукових джерел можна виокремити критерії психічного здоров'я, які можна розділити на певні групи. Серед психічних процесів найчастіше виділяють: адекватність психічного відображення навколишнього світу; адекватність самосприйняття; вміння концентрувати увагу на предметі; збереження інформації в пам'яті; схильність до логічної обробки інформації; критичне мислення; креативність; управління потоком

думки. У сфері психічних станів критерії психічного здоров'я включають емоційну стабільність; зрілість почуттів відповідно до віку; самоконтроль щодо негативних емоцій (найбільш руйнівними з них є страх, гнів, жадібність, заздрість); вільне, природне вираження почуттів і емоцій; вміння радіти; збереження звичного (оптимального) самопочуття. Серед рис особистості варто зазначити: оптимізм; концентрація (відсутність метушливості); врівноваженість; моральність (чесність, справедливість); адекватність у рівні домагань; відчуття відповідальності; самовпевненість; уміння позбуватися таємних образ; незалежність; почуття гумору; добра воля; самоповага; адекватна самооцінка, здатність до самоконтролю, активність та цілеспрямованість [19, с. 485-500].

Людська особистість є інтегральною цілісністю як біогенних, психогенних, так і соціогенних елементів. Останні є комплексом стійких властивостей індивіда, що впливають на його поведінку (соціальне, міжособистісне, особистісне) та його суб'єктивним «Я», орієнтують на саморозвиток та в сукупності інтегральним виразником усіх рівнів, що визначають індивідуальність [10, с. 89-122].

Таким чином, психічне здоров'я є складним поняттям, що представляє цілісну підсистему особистості. У різних авторів існують різні критерії визначення поняття «психічне» і «психологічне здоров'я людини». Проте здебільшого вони схожі у тому, що ставиться акцент на характеристиці особистісних аспектів, що визначають, насамперед, рівень благополуччя у ставленні до себе, до діяльності та соціальних норм. Причому однаково враховується як емоційний аспект, так і поведінковий, характеризується рівень активності та саморегуляції людини.

Психологічне здоров'я відображається у таких характеристиках, як адекватне сприйняття соціальної дійсності; інтерес до навколишнього світу; адаптація до фізичного та соціального середовища; спрямованість на суспільно корисну діяльність; вихованість; інтерес до навколишнього світу; адаптація до умов, що виникли; культура споживання; альтруїзм; емпатія;

свобода у виборі власної поведінки; власна відповідальність за вибір способу життя [11, с. 145].

Серед критеріїв психічного та психологічного здоров'я простежується змістова близькість, що показує взаємозв'язок між психічними, соціальними та фізичними чинниками.

Найбільш характерними ознаками психічних захворювань у сфері психічних процесів є: неадекватне сприйняття себе, свого «Я»; нелогічність; зниження пізнавальної активності; хаотичне (неорганізоване) мислення; категоричність (стереотипність) мислення; підвищена сугестивність; некритичне мислення. Психічні стани включають афективну притупленість; безпричинний гнів; ворожість; підвищену тривожність. Серед властивостей виділяють: пристрасть до шкідливих звичок; уникнення відповідальності; втрата віри у власні сили; пасивність («духовна хвороба»). Загалом, нездорова особистість достатньо дезадаптована; їй властива втрата інтересу і любові до близьких; пасивна життєва позиція. Що стосується керування власною поведінкою, то вона характеризується неадекватною самооцінкою; ослабленим або, навпаки, невиправдано гіпертрофованим самоконтролем; послабленням волі. Соціальна неповноцінність особистості виявляється в неадекватному сприйнятті та відображенні навколишньої дійсності; дезінтегрований поведінці; конфліктності; ворожості до оточення; прагненні влади [16, с. 92-96].

Сьогодні у вітчизняній літературі пограничні стани прийнято розглядати головним чином у рамках неврозів і психопатій. До них варто віднести короткочасні невротичні реакції, що мають ситуативний характер, не мають вираженого патологічного характеру, а також випадки патологічного розвитку особистості до яких відносять так званих акцентуйованих особистостей. У працях Л. Айзенберг, Б. Гуд, Р. Дежарле, А. Кляйнман та інших авторів особливо виділяють різні типи «загострень» характеру (риси особистості, особливості прагнень) та темпераменту (темп, якість, сила, глибина афективних реакцій) [32, с. 263]. Акцентуйовані особистості, на їхню думку,

займають проміжне положення між станом психічного здоров'я та типовими психопатичними розладами. Що стосується неврозоподібних (псевдоневротичних) та психопатоподібних (псевдопсихопатичних) станів, що описуються у рамках різних захворювань, то їхнє різноманіття практично не піддається обліку [36, с. 82].

У сучасній психології використовуються два терміни: «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я». Термін «психологічне здоров'я» введено у науковий обіг науковцями до термінологічного словника сучасної психологічної науки [35, с. 273]. На думку вчених, термін «психічне здоров'я» описує окремі психічні процеси і механізми, а термін «психологічне здоров'я» характеризує людину в цілому, тісно пов'язане з вищими проявами людського духу і дозволяє виокремити і підкреслити психологічний аспект проблеми психічного здоров'я на відміну від медичних, соціологічних, філософських [35, с. 273].

Проблема тлумачення психологічного та психічного здоров'я постає у працях таких українських учених, як: Б. Братусь, Л. Бурлачук, І. Дубровіна, О. Завгородня, В. Лищук, Л. Лушин. Більшість науковців схиляються до думки, що психологічне здоров'я є здатністю особистості до самореалізації, самоактуалізації, адекватного самосприйняття та ставлення до себе та навколишнього світу. Важливою складовою психологічного здоров'я особистості є наявність сенсу життя (А. Маслоу, В. Франкл) [53, с. 26-32; 44, с. 75]; приділено увагу аспектам міжособистісних стосунків як важливим критеріям психічного та психологічного здоров'я особистості (А. Адлер, М. Мартін, Е. Фром) [48, с. 77-100; 54].

На думку вітчизняних дослідників, метою сучасної психологічної роботи з дітьми та дорослими має бути психічне здоров'я людини, умовою та засобом досягнення якого є психічний та особистісний розвиток [4, с. 202; 9, с. 62; 16, с. 92-96; 42, с. 1-3].

Психологічне здоров'я робить особистість самодостатньою. Людина озброюється засобами самопізнання, самосприйняття та саморозвитку у

контексті взаємодії з оточуючими людьми. На думку А. Маслоу, психічне здоров'я, це, по-перше, прагнення людей розвивати свій потенціал через самоактуалізацію, умовою якої є знаходження людиною вірного уявлення про самого себе, а по-друге, це прагнення людини до гуманістичних цінностей, що проявляється у прийнятті інших, автономії, спонтанності, сприйняття прекрасного, почутті гумору, альтруїзмі, бажанні змінити світ, схильності до творчості [53, с. 26-32].

В. Франкл пов'язує порушення психічного здоров'я з втратою людиною сенсу життя, з відчуттям внутрішньої порожнечі. Сенс життя за В. Франклом – це сенс конкретної ситуації. Для будь-якої людини «життя тримає напоготові» якусь справу, виконуючи яку вона набуває відчуття повноти життя [44, с. 52].

Основними критеріями здоров'я виступають структурна та функціональна безпека органів та систем організму, висока пристосовуваність до середовища та соціального оточення, у тому числі збереження звичного самопочуття. Визначаючи рівень психічного здоров'я особистості прийнято використовувати різні критерії. Більшість авторів сходяться на думці, що до найбільш інформативних варто відносити: 1) відповідність суб'єктивних образів відображеним об'єктам дійсності та характер реакцій на зовнішні подразники; 2) відповідний віку рівень зрілості особистості, зокрема емоційно-вольової та пізнавальної сфер; 3) адаптивність у мікросоціальних відносинах, здатність свідомо планувати життєві цілі та зберігати активність у їх досягненні [42, с. 1-3].

Критеріями психологічного здоров'я, навпаки, є розвинена рефлексія, стресостійкість, уміння знаходити власні ресурси в складних ситуаціях, повнота емоційно-поведінкових проявів особистості, опора та власна внутрішня сутність, самоприйняття і здатність справлятися зі своїми емоційними проявами без шкоди для інших, об'єктивність щодо самого себе, як чітке уявлення про свої сильні та слабкі сторони, наявність цінностей, які містять конкретні цілі та надають сенсу теперішньому та майбутньому у

діяльності людини. То ж основним критерієм психологічного здоров'я є характер та динаміка основних процесів, що розкривають психічне життя особистості [2; 3; 8; 10; 11; 14; 20].

Вагомим є тлумачення психологічного здоров'я представниками гештальт-терапії, які позначають такі його аспекти: саморегуляція (гомеостаз) – спонтанна здатність організму організувати власну поведінку таким чином, щоб знімати напругу на межі контакту організм / середовище та вміння встановлювати відносну рівновагу; творча адаптація – здорова адаптація означає баланс між власними потребами людини та потребами інших людей; цілісність, інтегрованість – стан інтегрованості різних сторін людського існування: «розуму», «душі» і «тіла», а також «внутрішніх» і «зовнішніх» процесів; здоровий контакт – це цілісність, що складається з усвідомлення, рухової реакції та відчуття; здатність рости і розвиватися; автономія; наявність значущих стосунків, здатність бути близькими; агресивність – уміння своєчасно і достатньо повно використовувати власну агресію в контакті [25; 31; 45].

Психологічне здоров'я людини – це правильне сприйняття дійсності, адекватна реакція на події, здатність оцінювати власну та чужу поведінку, відстоювати власну думку в конфліктах, брати відповідальність. Іншими словами, – це вміння та якості, які людина використовує кожного дня [45, с. 38]. Звісно, рівень розвитку і вираженість в залежності від вроджених особливостей може бути різним, велике відхилення від норми викликає дискомфорт і позначається на загальному стані здоров'я людини. Однак цей зв'язок формується за принципом, який відомий у математиці як «обов'язкова, але недостатня умова» – психічне здоров'я є необхідною та обов'язковою, але недостатньою умовою психологічного здоров'я. Наявність невирішених психологічних проблем, порушення особистісного розвитку, відсутність самореалізації роблять неможливим формування психологічного здоров'я людини [40, с. 84].

Дослідники з проблем здоров'я людини визнають такі проблемні аспекти психологічного здоров'я молоді, як низький рівень задоволеності собою, схильність до заниженої самооцінки, низький рівень здатності до психологічної близькості, проблеми ціннісного характеру тощо [5]. Змінити ситуацію можна тільки за умови активної та свідомої участі самої людини, яка має бути зацікавлена в особистісному зростанні та розвитку, у творчій самореалізації та професійному зростанні. На основі вище викладеного матеріалу постає питання формування у людини осмисленого ставлення до власного здоров'я як до найвищої цінності, стійких мотивів його збереження, що на сьогодні має бути важливим суспільним завданням.

Проте причина хвороби (у разі неврозу) ніколи не дорівнює дії. З урахуванням єдності біологічних і соціально-психологічних механізмів, що визначають адаптовану і дезадаптовану діяльність, слід розглядати і питання діагностики так званих «нових» хвороб другої половини ХХ століття, що належать до пограничних станів. Насамперед це посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та соціально-стресові розлади (ССР) [45, с. 51].

Зокрема, бадьора, весела, життєрадісна людина, хворіючи на неврастенію, стає похмурою, малотовариською, недовірливою, у неї з'являється втомлена, розслаблена хода. Основна причина розвитку неврастенії – перевтома внаслідок непосильної роботи, тривалої розумової напруги, нездорових, «невисловлених» відносин між рідними та близьким оточенням. Все це постійно «тисне» на людину і викликає у неї невротичні порушення. Захворювання може виникнути у людей з різним типом нервової діяльності, частіше у слабого типу, рідше у сильного типу нервової системи. Протікає хвороба нерівномірно, періодично настає ремісія чи погіршення залежно від зовнішніх умов чи соматичних захворювань людини [41].

Про істеричний невроз говорять у тих випадках, коли надзвичайна яскравість уявлень про навколишній світ, емоційні забарвлення переважають над розсудливістю, порушуючи тим самим пропорційність реакції людини на життєві події. Зазвичай людина, яка страждає на істеричний невроз, прагне

привернути увагу оточуючих і з цією метою зображує себе нещасною, скривдженою або, навпаки, звеличує власні здобутки, значно перебільшує їх. При цьому можна відзначити штучність, театральність, а нерідко і фальшивість у поведінці такої людини, вона ніби постійно «грає» вигадану нею самою роль. Вважається, що у разі «невротичного зриву» загострюються всі риси істеричного характеру, особливо посилюються театральність, навмисність вчинків, поведінки [17, с. 14-17; 28].

М. Ігнатов писав, що в балансі психічного життя людей, які страждають на істерію, першочергову роль відіграють зовнішні враження, людина не заглиблена у свої внутрішні переживання. Вона у жодному випадку не забуває того, що відбувається навколо, але його реакція на навколишнє середовище є вкрай своєрідною [17, с. 14-17]. Істерію називали раніше «великою притворницею», «великою симулянткою», маючи на увазі не навмисну симуляцію, а мимовільне, несвідоме копіювання оточуючих [17, с. 14-17].

Психастенія означає у перекладі з грецької мови «душевну слабкість» (на відміну від неврастенії – «нервової слабкості»). Вона розвивається переважно у людей з «розумовим» типом психічної діяльності і як би є протилежна істерії. Хворі скаржаться на те, що все що їх оточує сприймається ними «як уві сні», власні дії, рішення, вчинки здаються недостатньо ясними і точними. Звідси – постійна схильність до сумнівів, нерішучість, невпевненість, тривожно-недовірливий настрій, боязкість, підвищена сором'язливість, тяжке відчуття власної неповноцінності. Раніше психастенію називали «божевіллям сумніву» [9, с. 89-122].

Особливим видом неврозів є нав'язливі стани. Вони можуть зустрічатися як при неврастенії, так і при психастенії, але в ряді випадків є самостійним симптомокомплексом (синдромом). Для цього неврозу характерна поява думок, спогадів, страхів, бажань, безглуздість та нереальність яких хворі розуміють, але позбутися, «відв'язатися» від них не можуть. З огляду на це, у таких людей поступово змінюється поведінка [5, с. 89-232].

Найчастіше зустрічаються нав'язливі страхи (фобії): хворі бояться смерті від певної причини, бояться темряви, закритих просторів (наприклад, театрального залу, через що не відвідують театр), гострих предметів (якими вони нібито можуть завдати собі порізів), рукостискання або дотику до дверей (щоб не заразитися), почервоніння обличчя та багато іншого [5, с. 89-232].

Страхи накладають певний відбиток на поведінку хворих, які роблять захисні від нав'язливих станів дії – ритуали. Страх захворіти, наприклад, на рак спонукає хворих ходити від лікаря до лікаря, не вірячи, що вони здорові, наполегливо просити зробити їм операцію. До особливого виду фобій відносяться нав'язливі побоювання, які пов'язані з професією. Так, наприклад, в акторів іноді розвивається страх, що на сцені вони забудуть текст ролі, впадуть в оркестрову яму тощо. Спроби подолати ці стани зазвичай супроводжуються задишкою, рясною пітливістю, розширенням зіниць, блідістю обличчя та іншими вегетативними проявами [17, с. 486-500].

А. Борисюк зазначають, що поняття про пограничні форми психічних розладів значною мірою є умовним, але часто зустрічається на сторінках наукових публікацій. Головним чином це поняття використовується для поєднання не різко виражених порушень, що межують зі станом здоров'я і відокремлюють його від власне патологічних психічних проявів, що супроводжуються значними відхиленнями від норми [6, с. 27-30].

Пограничні форми психічних розладів умовно поєднуються в одну групу хворобливих порушень на основі ознак, що включають досить характерні прояви. Їх виявлення дозволяє проводити диференціацію пограничних розладів як із основними «непограничними» патологічними проявами та зі станом психічного здоров'я [6, с. 27-30].

С. Болтівець до найбільш загальних порушень, притаманних для пограничних станів, відносить такі:

1. Переважання невротичного рівня патологічних проявів протягом усього захворювання.

2. Взаємозв'язок власне психічних розладів із вегетативними дисфункціями, порушеннями нічного сну та соматичними проявами.

3. Провідна роль психогенних чинників у виникненні хворобливих порушень.

4. Наявність здебільшого «органічної предиспозиції» (мінімальних неврологічних дисфункцій мозкових систем), що сприяють розвитку хворобливих проявів.

5. Взаємозв'язок хворобливих розладів з особистісно-типологічними особливостями хворого.

6. Збереження хворими критичного ставлення до свого стану [19, с. 485-500].

Поряд із цим пограничні стани характеризуються відсутністю: психотичної симптоматики, що визначає патологічну структуру хворобливого стану; наростаючого недоумства; особистісних змін, типових для психічних захворювань (шизофренія, епілепсія тощо). Пограничні психічні порушення можуть виникати гостро або розвиватися поступово, їх перебіг може мати різний характер і обмежуватися короткочасною реакцією відносно тривалим станом, хронічним перебігом. З огляду на це, а також на основі аналізу причин виникнення у клінічній практиці виділяють різні форми та варіанти пограничних станів [17, с. 14-17].

З урахуванням різноманіття патогенетичних факторів та особливостей прояву та перебігу до пограничних психічних розладів відносять різні варіанти невротичних реакцій, реактивні стани, неврози, патологічний розвиток особистості, психопатії, а також широке коло неврозо-та психопатоподібних розладів при соматичних, неврологічних та інших захворюваннях.

У сучасній Міжнародній класифікації психічних та поведінкових розладів (МКХ-10) пограничні психічні розлади розглядаються головним чином у розділах F4 («Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади»), F5 («Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними

порушеннями та фізичними факторами») , F6 («Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих») та деяких інших [28].

Рівні психічних розладів можуть аналізуватися з різних точок зору – філософської, соціальної, психологічної, еволюційної, клінічної тощо.

На сьогодні у зв'язку з введенням у практику в нашій країні нового порядку огляду та обліку психічно хворих, відповідно до яких особи з пограничними психічними розладами на спеціальний облік, як правило, не ставляться і на них не поширюються соціальні обмеження, з'являється можливість уникнути відсталості у термінології пограничних станів. З урахуванням розуміння процесів виникнення та перебігу власне психічної патології, на думку В. Комптон більш доцільно використовувати для всієї групи патологічних станів, що розглядаються, назву «пограничні психічні розлади». Вони ніби розмежовують стани психічного здоров'я (норми) з основними психічними захворюваннями, що супроводжуються психотичними патологічними розладами. При цьому суцільного непрохідного «кордону» як між станами здоров'я та пограничними психічними розладами, так і між ними та психозами не існує. Саме з цим можна пов'язати різноманіття феноменологічних проявів та їх динаміку за різних форм і варіантів пограничних станів [19, с. 486-500].

Отже, можна дати таке визначення пограничних розладів особистості. Пограничні розлади особистості – це група досить специфічних, нечітко виражених проявів порушення психіки, що межують зі станом здоров'я і відрізняються від власне патологічних психічних проявів тим, що супроводжуються значними відхиленнями від норми.

До пограничних психічних розладів відносять різні варіанти невротичних реакцій, реактивні стани, неврози, патологічний розвиток особистості, психопатії, а також широке коло розладів при соматичних, неврологічних та інших захворюваннях. Вони об'єднують групу, що характеризуються переважанням проявів так званого невротичного рівня порушень психічної діяльності. Їх відмінними властивостями є: переважання

невротичного рівня патологічних проявів протягом захворювання; взаємозв'язок з вегетативними дисфункціями, порушеннями нічного сну та соматичними проявами; збереження критичного ставлення до свого стану. У виникненні пограничних розладів провідна роль приділяється психогенним факторам пограничних розладів особистості [19, с. 486-500].

Тому зміст психічного здоров'я не обмежується лише медико-психологічними критеріями, а включає ті соціальні норми, які впливають на життя людини. Психічне здоров'я передбачає відповідний віку рівень розвитку особистісної, емоційно-вольової та пізнавальної сфер, високі адаптаційні можливості, адекватне сприйняття дійсності, постановку життєвих цілей, мети та здатність їх досягати. Психологічне здоров'я дуже тісно пов'язане з психічним здоров'ям. На сьогодні у нашій країні розуміння важливості збереження та підтримки психологічного здоров'я, як і здоров'я в цілому, залишається досить низьким, місце психологічного здоров'я у надбудові життєво важливих цінностей людини посідає також не достатньо високе місце.

У нашому дослідженні як критерії, що відображають основні компоненти психологічного здоров'я особистості, вибрано рівень самооцінки, особистісної тривоги, невротизації та внутрішньої агресивності, а також рівень психічного стану: самопочуття, активності та настрою.

1.2. Психологічний зміст поняття якості життя та його зв'язок з психологічним здоров'ям особистості

Одним із важливих напрямів розвитку сучасної науки є дослідження якості життя людини, яке посіло належне місце у психологічній науці та продовжує успішно розвиватися. Останнім часом вивчення якості життя виділяється в окремий напрямок досліджень, оскільки кінцевою метою слід вважати досягнення кращого результату при збереженні працездатності, доброго здоров'я та адаптації людини до умов середовища [30, с. 24].

Загалом вивчення питань якості життя можна віднести до середини 60-х років ХХ ст., коли у країнах здійснився перехід до постіндустріального розвитку суспільства. Дійшовши до наших днів, суспільство так і не змогло дати чіткого визначення терміну якості життя, що залишає це питання, і досі відкритим.

Якість життя – в широкому розумінні це міждисциплінарне поняття, яке входить до сфери інтересів психології, економіки, соціології, медицини, охорони здоров'я. На даний момент існує близько 100 визначень якості, як глобальних, з акцентом на щастя та задоволення або пов'язаних зі здоров'ям, так і структурних, що пов'язані з визначенням якості життя через його компоненти чи внутрішнє наповнення [18, с. 32-37].

Вчені-дослідники розходяться у єдиному розумінні суті якості життя, оскільки для когось це лише матеріальна сторона: медицина, житло, освіта, їжа, безпека, одяг, відносини у суспільстві, політична думка, а для когось це можливість розвитку суспільства, духовність, реалізація їх потреб [8].

Вони розглядають якість життя як соціально-економічний феномен поділяючи його на: якість життя, що по-перше є досить широким поняттям, і по-друге воно має два рівні: об'єктивний та суб'єктивний. Об'єктивний відображає матеріальний рівень якості життя людини, суб'єктивний – показує емоційний стан особистості, рівень задоволеності сферами свого життя [8; 16; 23; 25; 26; 30; 38; 43; 47]

Сьогодні існує велика кількість визначень якості життя. Кожне із них доповнює та конкретизує тлумачення терміну, але загальноприйнятого визначення цього поняття досі немає.

У 1982 р. Р. Каплан і Буш запропонували термін «якість життя, пов'язаний зі здоров'ям» («HRQOL»), на основі якого у 1984 році ВООЗ сформулювала принципово нове визначення здоров'я як «стану фізичного, психічного і соціального благополуччя», буття, а не просто відсутність хвороби» [58, с. 1403–1409]. Даний термін розглядає благополуччя та задоволеність тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування, з

точки зору суб'єктивного сприйняття самою людиною. Водночас якість життя є показником адаптації людини до наявності захворювання, здатність виконувати звичні функції, які пов'язані з соціально-економічним становищем людини на роботі та вдома. Такі підходи дають змогу глибоко та різносторонньо проаналізувати фізичні, фізіологічні, психологічні, емоційні та соціальні проблеми особистості [58, с. 1403-1409].

Єдиних, загальноприйнятих критеріїв і стандартів якості життя не існує. Їх варіативність визначається різними критеріями (віком, статтю, національністю, характером роботи, культурним розвитком, станом суспільства тощо), що зумовлює суб'єктивність отриманих показників [47, с. 14-20]. Тому для того, щоб проаналізувати та дати визначення якості життя варто мати в наявності такий інструмент, який би охоплював показники для аналізу та порівняння з показниками здоров'я [43, с. 20].

Однак, історично так склалося, що потреби та інтереси людини індивідуальні та рівень їх задоволення може оцінити тільки вона сама. Їх не можна виміряти статистичними величинами, вони існують у свідомості особистості (у її думках та особистих оцінках). Таким чином, оцінку якості життя можна розділити на ступінь задоволення об'єктивних потреб, інтересів та суб'єктивну задоволеність якістю життя самої людини.

Дедалі частіше ми можемо спостерігати, що у людини, яка є фізично здоровою, повноцінно функціонує у суспільстві, соціально адекватна, водночас у неї присутнє відчуття порожнечі, вона почувається нещасливою, і навпаки. Дослідники підкреслюють, що кожна людина повинна піклуватися не тільки про своє довголіття, а й про його осмислене наповнення, яке можна порівняти з якістю життя.

Поняття суб'єктивного благополуччя, а від так якості життя є неоднозначним. Зокрема, П. Брікман виділив кілька ознак суб'єктивного благополуччя:

➤ Суб'єктивне благополуччя існує лише всередині індивідуального досвіду особистості.

➤ Позитивність виміру. Суб'єктивне благополуччя – це відсутність негативних чинників, які притаманні для більшості визначень психічного здоров'я, а й наявність певних позитивних показників.

➤ Глобальність вимірювання. Суб'єктивне благополуччя найчастіше включає глобальну оцінку всіх аспектів життя особистості протягом періоду від кількох тижнів до десятків років. Психологічною нормою якості життя є рівень задоволеності різних сфер та позитивна оцінка психологічної адекватності особистості [49, с. 917-927].

Можливість людини відчувати себе здоровою, здатною без будь-яких труднощів користуватися соціальними благами, відчувати позитивні або негативні емоції у різних життєвих моментах, все це показує суб'єктивне ставлення до якості свого життя [29, с. 172–177].

Визначення суб'єктивного благополуччя трактується у роботах різних авторів, тому спробуємо їх дещо згрупувати:

➤ Нормативне визначення. Людина відчуває благополуччя, якщо вона має деякі соціально бажані якості. Критеріями благополуччя є система цінностей, яка прийнята у цій культурі.

➤ Визначення, де благополуччя є глобальною оцінкою якості життя людини відповідно до її власних критеріїв. Це визначення має на увазі, що добробут – це гармонійне задоволення бажань та прагнень людини.

➤ Значення поняття суб'єктивного благополуччя, що пов'язане зі звичайним розумінням щастя, як переваги позитивних емоцій над негативними. Це визначення підкреслює приємні емоційні переживання, які або об'єктивно переважають у житті людини, або суб'єктивно людина схильна їх визначати [7; 13; 23; 25; 29].

Також варто враховувати, що потреби людей постійно змінюються, тому якість життя надзвичайно складно оцінювати. Деякі з характеристик якості життя можна оцінити лише умовно. Так, дослідники виокремили сім типів визначень якості життя: *перший тип* – об'єктивні умови існування на рівні суспільства загалом; *другий тип* – суб'єктивні оцінки умов існування лише на

рівні суспільства загалом; *третій тип* – об'єктивні умови існування індивіда; *четвертий тип* – суб'єктивні оцінки умов існування індивіда; *п'ятий тип* – об'єктивні умови існування та оцінка особистості лише на рівні суспільства; *шостий тип* – об'єктивні умови існування та його оцінка лише на рівні індивіда; *сьомий тип* – об'єктивні умови існування та його оцінка лише на рівні суспільства та індивіда [15, с. 182].

Думка, що людина задоволена своїм рівнем життя коли перебуває в кращих умовах, здається, незаперечною. Однак все ж таки спостерігається незначний взаємозв'язок між суб'єктивними самовідчуттями та умовами життя. Ця гіпотеза впливає з того, що люди на несвідомому рівні порівнюють свій рівень життя з вищим, внаслідок чого може відбуватися придушення незадоволеності, а життєві цілі можуть підлягати корекції [14, с. 86].

Суб'єктивні чинники якості життя поділяють: на когнітивну компоненту (раціональну) та афективну (емоційну).

Раціональна компонента полягає у задоволеності сфер життя людини. Емоційна компонента полягає у балансі позитивного та негативного афектів. До позитивних афектів можна віднести відчуття щастя, соціальної підтримки, особистої компетентності. А до негативних – відчуття депресії, тривоги та стресу [15, с. 231]. Велика кількість наукових галузей, які вивчають якість життя людини, приділяють увагу фізичному здоров'ю, добробуту людини, навколишньому світу, а психологія вивчає потреби людини, прагнення бути щасливим і сенс її життя [43, с. 20].

Відповідно до рекомендації ВООЗ в оцінку HRQOL входять наступні критерії якості життя, які покладені в основу формування різноманітних опитувальників та анкет:

1. Фізичні критерії – життєва активність, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок.
2. Психологічні критерії – позитивні та негативні емоції, когнітивні функції, самооцінка, активність, зовнішній вигляд.

3. Клінічна характеристика захворювання – скарги, об'єктивні та суб'єктивні особливості хвороби, наявність / відсутність ускладнень.

4. Рівень незалежності – працьовитість, повсякденна активність, залежність від медикаментів та лікування.

5. Соціальне життя – особисті стосунки, соціальна адаптація, сексуальна активність.

6. Навколишнє середовище – повсякденне життя, безпека, загальне самопочуття, благополуччя, доступність і якість медико-соціальної допомоги, екологія, доступність інформації, можливість навчатися.

7. Духовність – релігія, віра, власні погляди, поведінкові реакції [43, с. 20].

Українські науковці з дослідження якості життя С. Болтівець, Дж. Віттерс, І. Горбаль, О. Гуляєва, Т. Данильченко, Н. Ковтун, О. Лукасевич, В. Узунов запропонували свою структуру якості життя, ґрунтуючись на системному підході [4; 7; 13; 14; 15; 18; 25; 43]. У цьому підході якість життя розглядається у чотирьох площинах: здорова популяція, якісний рівень освіти, якість природного середовища, духовність. Ця структура відображає як життєзабезпечення, життєдіяльність, а також можливість життєздатності суспільства як соціального організму

Американські вчені стверджують, що на рівень якості життя впливає рівень стресових ситуацій у житті людини, при їх збільшенні знижується якість життя. Однією з поширених трактувань якості життя вважається його розуміння при соціологічній категорії. «Якість життя» – як соціологічна категорія виражається у силі задоволення якістю матеріальних благ та культурних потреб людей. Однак таке визначення якості життя не можна вважати повним. Оскільки це багатофакторна структурна система, і у зв'язку з цим, необхідно враховувати всі фактори життя людини. Для кожної людини має особливе значення рівень добробуту, але також вона не забуває про духовне життя. Немає одностайної думки і серед зарубіжних дослідників. У своє визначення вони включають суб'єктивні змінні, які характеризують

самопочуття особистості, її рівень задоволеності свободою, своїми правами та безпекою життя, що є комплексною характеристикою якості життя [32; 49; 54].

Таким чином, можна зробити висновок, що під якістю життя дослідники розуміють комплексну структуру соціального, економічного життя та умови, що забезпечують життєдіяльність людини.

За визначенням ВООЗ якість життя – це сприйняття індивідами їх становища в житті контексті культури та системі цінностей, у яких вони живуть, відповідно до цілей, очікувань, норм та турбот [58, с. 1403-1409].

На думку ООН, соціальна категорія якості життя включає дванадцять параметрів, з яких на першому місці стоїть здоров'я. Європейська економічна комісія систематизувала вісім груп соціальних індикаторів якості життя, причому здоров'я також поставлене на перше місце. Отже, якість життя, пов'язане зі здоров'ям, можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного та соціального функціонування здорової та хворої людини, засноване на її суб'єктивному сприйнятті свого власного життя та життя в навколишньому світі [58, с. 1403-1409].

Отже, якість життя визначається фізичними, соціальними та емоційними факторами життя людини, що мають для неї важливе значення і впливають на неї. Якість життя – це ступінь комфортності людини як у собі, так і в рамках свого суспільства.

Розділ. II. Дослідження зв'язку суб'єктивної оцінки якості життя та психологічного здоров'я особистості

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

Метою нашого дослідження є вивчення впливу суб'єктивної оцінки якості життя на психологічне здоров'я особистості.

Наше дослідження включало у себе три етапи: підготовчий, дослідницький та інтерпретаційний. 1. На підготовчому етапі були підбрані психодіагностичні методики дослідження психічного здоров'я та якості життя особистості, опрацьовано літературу із зазначеної проблеми. 2. Дослідницький етап був спрямований на вивчення психічного здоров'я та якості життя досліджуваних. 3. Даний етап передбачав кількісну та якісну обробку результатів, їх аналіз та інтерпретацію; розробку психологічних рекомендацій щодо покращення психічного здоров'я працівників з урахуванням суб'єктивної оцінки їхньої якості життя.

База дослідження: у дослідженні взяли участь 40 працівників торгового центру «Формаркет», м. Чернівці.

Відповідно до поставлених завдань використовувалися такі психодіагностичні методики: *«Шкала самооцінки особистості»*, Т. Дембо, С. Рубінштейн; *«Особистісна шкала проявів тривоги»*, Тейлора; методика *«Діагностика рівня невротизації особистості»*, Л. Вассермана; тест *«Визначення внутрішньої агресивності»*, З. Дайхоффа; методика *«Оперативної оцінки самопочуття, активності настрою (САН)»*, розроблена В. Доскіним, М. Мірошниковим, В. Шарай.

Для вивчення суб'єктивної якості життя нами застосовувався *«Опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я» (ВОЗ-100)*. Він був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я з метою одержання якісного та незалежного інструменту оцінки якості життя людей незалежно від соціального, культурного, демографічного та політичного контексту. ВОЗ-100 є багатовимірним інструментом, що дозволяє отримати як оцінку якості життя респондента загалом, так і приватні оцінки

щодо окремих сфер та субсфер життя. При цьому він дає не лише оцінку, а й цілий профіль якості життя, дозволяючи проводити багатовимірний аналіз. Опитувальник рекомендований для використання у широкому колі завдань, до яких може входити необхідність дослідження якості життя: клінічних, психологічних, соціальних, соціологічних досліджень [58, с. 1403-1409].

На думку ООН, соціальна категорія якості життя включає 12 параметрів, з яких на першому місці стоїть здоров'я. Європейська економічна комісія систематизувала вісім груп соціальних індикаторів якості життя, причому здоров'я також поставлене на перше місце. Цінність опитувальника – в отриманні інформації щодо суб'єктивного відчуття індивідом якості свого життя. Основна версія, відома під назвою ВООЗ-100, включає 100 питань. Вона охоплює 6 основних сфер, що впливають на якість життя та загальні для більшості людей на планеті: фізична сфера, психологічна сфера, незалежність, соціальна активність, навколишнє середовище та духовність. Кожна із сфер складається з різної кількості субсфер: наприклад, фізична сфера включає субсфери: фізичний біль і дискомфорт; життєву активність, енергію та втому, сон та відпочинок. Водночас розроблено кілька специфічних модулів, що вимірюють якість життя специфічного характеру (наприклад, психічними захворюваннями). Крім того, 4 питання оцінюють якість життя загалом [58, с. 1403-1409].

У рамках нашого дослідження психічного здоров'я особистості були теоретично обґрунтовані такі критерії: на особистісному рівні – самооцінка та рівень домагань, особистісна тривожність, невротизація та наявність внутрішньої агресивності; на рівні психічного стану – самопочуття, активність, настрій.

Для вивчення рівня самооцінки досліджуваних нами використано модифікований варіант *«Методики вивчення самооцінки особистості»*, Т. Дембо, С. Рубінштейна. Методика відноситься до класу напівпроективних методик і дає уявлення про самооцінку особистості та рівень її домагань. У нашому варіанті методики респондентам пропонується оцінити якість, що характеризують духовно-творчий потенціал особистості (самостійність;

творчу спрямованість; розум, здібності; продуктивність навчально-професійної діяльності) та психологічне здоров'я (здоров'я; впевненість у собі; зовнішню привабливість; соціальний статус).

Методика «Особистісна шкала проявів тривоги», Тейлора призначена для вимірювання проявів тривожності. Твердження відбиралися із набору тверджень Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI). Вибір пунктів для тестування здійснювався на основі аналізу їхньої здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги». Тестування триває 15-30 хв., для зручності використання кожне твердження пропонується випробуваному на окремій картці. Найбільш відомі варіанти методики в адаптації В. Норакидзе, який у 1975 р. доповнив опитувальник шкалою брехні, що дозволяє отримати дані про демонстративність та нещирість у відповідях.

Опитувальник може використовуватися при індивідуальному та груповому обстеженні, здатний вирішувати як теоретичні так і практичні завдання, які можуть бути включені у батарею інших тестів.

Методика «Діагностики рівня невротизації особистості», Л. Вассермана має орієнтовний характер, включає 40 питань, проста в обробці та дозволяє оцінити рівень невротизації особистості. Високий рівень невротизації свідчить про виражену емоційну збудливість, внаслідок чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, занепокоєння, розгубленість); безініціативність, що формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань; егоцентризм – особистісна спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях та особистісних недоліках; труднощі у спілкуванні; соціальну боязкість та залежність. Низький рівень невротизації свідчить: про емоційну стійкість; позитивний фон переживань (спокій, оптимізм); ініціативність; відчуття власної гідності; незалежності, соціальній сміливості; легкість у спілкуванні.

Тест «Визначення внутрішньої агресивності», З. Дайхоффа дозволяє виміряти внутрішньо-особистісну агресивність, яка може бути виявлена на одному із чотирьох рівнів: низькому (якщо показник не більше 10), при цьому

суб'єкт або дуже добре контролює своє почуття гніву, або не можете його усвідомити та прийняти; середньому (якщо показник від 11 до 20 балів), агресивність суб'єкта у межах норми, але йому бажано усвідомлювати свій гнів та навчитись поводитися з ним; високому (якщо показник від 21 до 30 балів) цілком ймовірно, що суб'єкт має дуже багато проблем, над якими варто попрацювати. Можливо, його життя не є настільки задовільним, наскільки йому хотілося б. У житті такої людини може багато чого змінитися на краще, якщо вона навчиться поводитися зі своїм гнівом; дуже високому (якщо рівень внутрішньої агресивності (від 31 до 40 балів) – гнів такої людини контролює її життя, заважаючи жити повноцінним, активним та гармонійним життям. Подолання суб'єктом соціальної тривоги або інших труднощів у спілкуванні залежатиме від того, наскільки добре він навчиться технікам, що допомагають усвідомлювати своє почуття гніву та справлятися з ним.

З метою вивчення загального рівня психічного стану було використано методика *«Оперативної оцінки самопочуття, активності настрою (САН)»*, розробленої В. Доскіним, М. Мірошниковим, В. Шарай. Дана методика призначена для оперативної оцінки здоров'я, активності, настрою. Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій) та за якими випробуваного просять оцінити свій стан. Тобто кожна пара є шкалою, на якій випробуваний відзначає ступінь актуалізації тієї чи іншої характеристики свого стану. Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

При оцінці функціонального стану є важливими значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, людини, яка відпочила оцінки активності, настрою і самопочуття будуть приблизно однакові. По мірі наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності у порівнянні з настроєм.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Для вивчення суб'єктивної якості життя нами застосовувався «Опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я» (ВОЗ-100). ВОЗ-100 є багатовимірним інструментом, що дозволяє отримати як оцінку якості життя респондента загалом, так і приватні оцінки щодо окремих сфер та субсфер життя. При цьому він дає не лише оцінку, а й цілий профіль якості життя, дозволяючи проводити багатовимірний аналіз.

Результати вивчення суб'єктивної якості життя респондентів за допомогою опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ-100) наведено у таблиці 2.1.

Результати дослідження свідчать, що загалом якість життя респондентів оцінюється ними на середньому рівні (20 балів). Більшість із них (65 %) також характеризують якість свого життя позитивно (показники відповідають середньому рівню). (24 %) – респондентів відзначили високу якість життя. Разом з тим ще (11 %) позначили його низьким рівнем.



Рис. 2.1. Відсотковий розподіл загальних показників якості життя за «Опитувальником якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я» (ВОЗ-100)

Таблиця 2.1.

Характеристика якості життя співробітників за
«Опитувальником якості життя
Всесвітньої організації охорони здоров'я» (ВОЗ-100) (%)

Критерії якості життя	Рівні			Сер. бал	Рівень
	високий (%)	середній (%)	низький (%)		
I. Фізична сфера	21%	70%	9%	26	високий
F1. Фізична біль та дискомфорт	68%	24%	8%	27%	високий
F2. Життєва активність, енергія та втома	18%	69%	13%	22%	середній
F3. Сон та відпочинок	25%	68%	7%	23%	високий
II. Психологічна сфера	18%	75%	7%	18%	середній
F4. Позитивні емоції	25%	66%	9%	19%	середній
F5. Мислення, навчання, пам'ять та концентрація (пізнавальні функції)	19%	59%	22%	16%	середній
F6. Самооцінка	27%	69%	4%	19%	середній
F7. Образ тіла та зовнішність	34%	61%	5%	24%	високий
F8. Негативні емоції	11%	64%	25%	17%	середній
III. Рівень незалежності	25%	68%	7%	23%	високий
F9. Активність	28%	69%	3%	25%	високий
F10. Здатність виконувати повсякденні справи	62%	30%	8%	25%	високий
F11. Залежність від ліків та лікування	19%	50%	21%	20%	середній
F12. Здатність працювати	26%	69%	5%	18%	середній
IV. Соціальні стосунки	27%	66%	7%	25%	високий
F13. Особистісні стосунки	25%	68%	7%	25%	високий
F14. Практична соціальна підтримка	29%	55%	35%	13%	високий
F15. Сексуальна активність	10%	55%	35%	13%	низький
V. Навколишнє середовище	32%	54%	14%	16%	середній
F16. Фізична безпека та захищеність	33%	53%	13%	18%	середній
F17. Середовище вдома	24%	67%	9%	20%	середній
F18. Фінансові ресурси	11%	54%	35%	12%	низький
F19. Медична та соціальна допомога (доступність і якість)	13%	56%	31%	15%	середній

F20. Можливості для отримання нової інформації та навичок	11%	64%	25%	17%	середній
F21. Можливості для відпочинку і розваг та їх використання	14%	56%	30%	11%	низький
F22. Навколишнє середовище навколо (забрудненість/шум/клімат / привабливість)	15%	56%	29%	13%	низький
F23. Транспорт	13%	55%	32%	13%	низький
VI. Духовна сфера	34%	53%	13%	17%	середній
F24. Духовність/релігія/особисті переконання	34%	53%	13%	17%	середній
Загальна якість життя	24%	65%	11%	20%	середній

При цьому найбільш високі показники (середнього арифметичного за групою), що відповідають високому рівню, виявлено у «Фізичній сфері» (26 балів), у сфері «Соціальні відносини» (25 балів) та у «Рівні незалежності» (23 бали). Для більшості співробітників у «Фізичній сфері» характерна відсутність фізичного болю та дискомфорту (27 балів), гарна якість сну та відпочинку (23 бали – високий рівень) та середній рівень (22 бали) життєвої активності та енергії.

Виявлено, що у сфері соціальних відносин найвищі показники за критеріями «Практична соціальна підтримка» (27 балів) та «Особисті відносини» (25 балів). Це означає, що більшість респондентів відзначають дружелюбність, любов та моральну підтримку близького оточення, можливість отримати практичну допомогу з боку сім'ї та друзів. Лише сексуальна активність оцінюється на рівні нижче середнього.

Результати дослідження за шкалою «Рівень незалежності» респондентами також оцінюються досить високо, а саме «Активність» (25 балів) та «Здатність виконувати повсякденні справи» (25 балів). «Здатність до роботи» та «Залежність від ліків та лікування» характеризуються помірним ступенем виразності (відповідно 18 та 20 балів).

Такі узагальнені шкали, як «Психологічна сфера», «Духовна сфера» та «Навколишнє середовище» оцінюються респондентами на середньому рівні. У «Психологічній сфері» високо характеризується лише «Образ тіла та зовнішність» (24 бали). Інші критерії виявляються помірно вираженими, такі, як «Позитивні емоції» (19 балів), «Мислення, навчання, пам'ять та концентрація (пізнавальні функції)» (16 балів), «Самооцінка» (19 балів) та «Негативні емоції» (17 балів). Респонденти також вказували на пригніченість, недостатню зосередженість, відчуття суму, роздратованість в емоційній сфері, що загалом впливають на їхній емоційний стан.

Середній рівень оцінки респондентами «Духовної сфери» (17 балів) означає наявність у них особистих переконань, смислів, вірувань, які позитивно впливають на якість їхнього життя, допомагають людям долати труднощі, сприяють відчуттю життєвого добробуту.

При оцінці якості «Навколишнє середовище» на середньому рівні характеризуються «Фізична безпека та захищеність» (18 балів), «Навколишнє середовище вдома» (20 балів), «Медична та соціальна допомога (доступність та якість)» (15 балів), «Можливості для набуття нової інформації та навичок» (17 балів). На низькому рівні оцінюються такі фактори довкілля, як «Фінансові ресурси», «Можливості для відпочинку та розваг та їх використання», «Навколишнє середовище навколо (забрудненість, шум, клімат, привабливість)» та «Транспорт».

Таким чином, працівники торгового центру показали загальний середній рівень якості життя. При цьому відзначаються високі показники у фізичній сфері, у сфері соціальних відносин і на рівні незалежності. Такі результати свідчать про те, що для більшості співробітників характерна відсутність фізичного болю та дискомфорту, гарна якість сну та відпочинку, середній рівень життєвої активності та енергії. Вони відчувають дружелюбність, любов та моральну підтримку близьких, можливість отримати практичну допомогу з боку сім'ї та друзів. Їм властива висока рухливість і здатність виконувати повсякденні справи. «Психологічна» та «Духовна сфера» перебувають у

помірному ступені задоволеності. «Навколишнє середовище» загалом характеризується середнім ступенем сприятливості.

Разом з тим, виявлено фактори, що оцінюються на низькому рівні, такі як, як фінансові ресурси, можливості для відпочинку та розваг та їх використання, навколишнє середовище (забрудненість, шум, клімат, привабливість) та транспорт.



Рис. 2.2. Відсотковий розподіл показників за критеріями якості життя у працівники торгового центру

Вивчення самооцінки працівників торгового центру за допомогою методики «Шкала самооцінки особистості», Т. Дембо, С. Рубінштейн показало, що (26 %) працівників мають «завищену» самооцінку за шкалою. Такі результати можуть свідчити про нереалістичну оцінку, переоцінювання своїх досягнень та особистісних якостей. Таким людям властива нечутливість до своїх помилок, неготовність їх виправляти, нетерпиме ставлення до критичних зауважень на свою адресу.

Також дослідження показало, що (70 %) працівників торгового центру мають адекватну самооцінку за даною шкалою. Такі результати свідчать про

психологічну зрілість, реалістичну оцінку результатів своєї діяльності, знання своїх переваг і прийняття недоліків, схильність до конструктивного спілкування, вміння прислухатися до критичних зауважень не втрачаючи впевненості в собі, схильність до психологічної стабільності. Співробітники з низькою, самооцінкою серед наших досліджуваних зустрічаються рідко – (4 %). Це означає, що респонденти значною мірою недооцінюють себе, недостатньо усвідомлюють свої позитивні властивості та якості. Такі респонденти є надмірно критичними до себе, не приймають себе такими, якими є. насправді Ці прояви сприяють внутрішньому конфлікту і, звісно, не є показником психологічного здоров'я. Така самооцінка потребує оптимізації, покращення, а відтак роботи над собою.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження за «Шкалою самооцінки особистості»,
Т. Дембо, С. Рубінштейн

Досліджувані	Рівні самооцінки (%)		
	Завищений рівень	Адекватний рівень	Низький рівень
Працівники торгового центру	26 %	70 %	4 %



Рис. 2.3. Відсотковий розподіл результатів дослідження самооцінки у працівників торгового центру

Результати вивчення особистісної тривожності досліджуваної групи ми проводили за допомогою «Особистісної шкали проявів тривоги», Тейлора.

Результати вивчення особистісної тривожності респондентів показали (таблиця 2.3.), що лише (17 %) працівників торгового центру мають середній, тобто оптимальний (5-25 балів) рівень особистісної тривожності, що може бути свідченням психологічного добробуту людини.

Також (49 %) випробуваних мають показники високого рівня особистісної тривожності (25-40 балів). Такий рівень тривожності передбачає схильність до появи стану тривоги у людини у найрізноманітнішому колі ситуацій. Така висока особистісна тривожність характеризує стан психологічного неблагополуччя і проявляється у переоцінці, перебільшенні значимості ситуації, недостатню впевненість в успіху, неусвідомленому відчутті внутрішнього дискомфорту.

Зокрема, за результатами дослідження – (34 %) респондентів показали дуже високий рівень особистісної тривожності (40-50 балів). Варто зазначити, що такий рівень особистісної тривожності свідчить про крайнє психологічне неблагополуччя особистості, що призводить до виникнення генералізованої невротичної тривожності.

Цікаво, що низький рівень особистісної тривожності не продемонстрував жодний респондент. Результати дослідження відображено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження за методикою
«Особистісна шкала проявів тривоги», Тейлора

Досліджувані	Рівні тривожності (%)		
	Середній рівень	Високий рівень	Дуже високий рівень
Працівники торгового центру	17 %	49 %	34 %



Рис. 2.4. Відсотковий розподіл результатів дослідження тривожності працівників торгового центру

Результати дослідження рівня невротизації особистості за методикою «Діагностика рівня невротизації особистості», Л. Вассермана показали наступні результати. Отримані дані свідчать, що високий рівень невротизації особистості виявлено у (21 %) досліджуваних (показники вище 20 балів) і свідчать про виражену емоційну збудливість, внаслідок чого з'являються у людини негативні переживання, безініціативність, яка у свою чергу формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань, егоцентричну особистісну спрямованість, що призводить до фіксації на особистісних недоліках, труднощі у спілкуванні, соціальну тривогу, страх та залежність.

Середній рівень невротизації виявлено у (33 %) досліджуваних (від 10-19 балів) і свідчить про їхню відносну емоційну стійкість, при якій риси емоційного неблагополуччя поєднуються певною мірою з позитивними переживаннями та відносним спокоєм.

Також низький рівень невротизації особистості у цій вибірці виявлено у (46 %) респондентів (від 1 до 9 балів). Це означає, що трохи менше половини випробуваних працівників перебувають у стані емоційної стійкості, при якому

домінує позитивне тло переживань (спокій, оптимізм), ініціативність, почуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, легкості у спілкуванні.

Таблиця 2.4.

Результати дослідження за методикою
«Діагностика рівня невротизації особистості», Л. Вассермана

Досліджувані	Рівні невротизації особистості (%)			Сер. бал
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	
Працівники торгового центру	46 %	33 %	21 %	12



Рис. 2.5. Відсотковий розподіл результатів дослідження рівня невротизації особистості працівників торгового центру

Також відповідно до поставлених завдань дослідження ми використали *тест на «Визначення внутрішньої агресивності», З. Дайхоффа*. Результати тесту відображені у таблиці 2.5.

Отримані нами результати свідчать, що низький рівень внутрішньої агресії притаманний (10 %) працівників (показник не більше 10). Такі результати свідчать про те, що респонденти дуже добре контролюють своє

почуття гніву. З іншого боку це може також означати, що досліджувані не достатньо можуть усвідомити власне почуття гніву та прийняти його.

Середній рівень внутрішньої агресії виявлено у (46 %) осіб (показник від 11 до 20 балів). Аутоагресія проявляється такими досліджуваними у схильності до самокритичності та до самозвинувачення у межах норми. Разом з тим, їм варто усвідомлювати свій гнів та навчитися з ним поводитися, іншими словами керувати ним.

Високий рівень внутрішньої агресії виявлено у (38 %) випробуваних (показник від 21 до 30 балів). Такий показник цілком ймовірно може свідчити про те, що респонденти мають дуже багато проблем. Можливо, їхнє життя не є настільки задовільним, наскільки їм хотілося би. Дійсно, різке невдоволення собою, руйнівні почуття, спрямовані на свій внутрішній світ, своє «Я», можуть бути викликані незадоволеністю відносинами з друзями, відсутністю близьких друзів та партнера, обумовлені сумнівами та незадоволеністю обраною професією, пов'язані з труднощами у професійній діяльності, побутовою невлаштованістю, невпевненістю у майбутньому тощо. У житті таких людей може багато чого змінитися на краще, якщо вони усвідомлять свій гнів та навчатися поводитися з ним.

Дуже високий рівень внутрішньої агресії виявлено у (8 %) випробуваних працівників торгового центру (рівень внутрішньої агресивності від 31 до 40 балів). За такого показника аутоагресії не людина є господарем власного життя, а гнів людини контролює її життя, заважаючи насолоджуватись повноцінним та активним життям. Можна сказати, що такі респонденти зазвичай глибоко незадоволені реальним результатом власного життя. Швидше доречно тут говорити про наявність глибокої внутрішньо-особистісної кризи.

Варто зазначити, що високий (і дуже високий) рівень внутрішньої агресії притаманний (46 %) досліджуваних. Як зазначалося вище, це свідчить про різке невдоволення цих людей власними відчуттями пов'язаними із незадоволеністю власним життям.

Результати дослідження за методикою
«Визначення внутрішньої агресивності», З. Дайхоффа

Досліджувані	Рівні агресивності особистості (%)			
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Дуже високий рівень
Працівники торгового центру	10 %	46 %	38 %	8 %

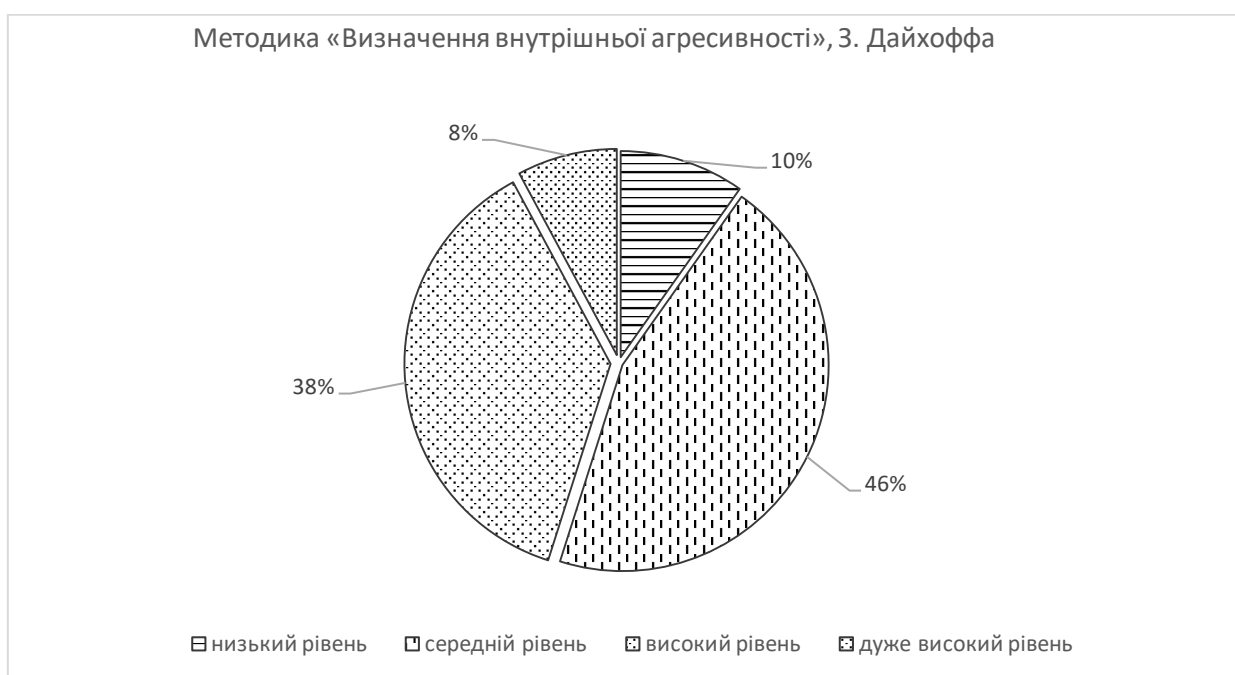


Рис. 2.6. Відсотковий розподіл результатів дослідження внутрішньої агресивності працівників торгового центру

Для більш чіткого розуміння досліджуваної проблеми суб'єктивної оцінки якості життя респондентів ми використали *методику «Оперативної оцінки самопочуття, активності настрою (САН), розробленої В. Доскіним, М. Мірошниковим, В. Шарай»*.

За результатами даної методики, (40 %) працівників мають найбільш сприятливий психічний стан (оптимальні показники), який проявляється у хорошому самопочутті, піднесеному настрої та забезпечує досить високу активність та працездатність.

Також (43 %) випробуваних працівників показали загалом сприятливий психічний стан (задовільні показники). Зокрема, він проявляється у хорошому самопочутті, спокійному настрої, який забезпечує необхідний для повсякденного життя рівень активності. Також у (17 %) досліджуваних було виявлено несприятливий психічний стан (низькі показники), який проявляється у поганому самопочутті, зниженому настрої та пасивності.

Таблиця 2.6.

Результати дослідження за методикою
«Оперативна оцінка самопочуття, активності настрою (САН), розробленої
В. Доскіним, М. Мірошниковим, В. Шарай

Рівні	Критерії психічного стану (%)			Загальний показник
	Самопочуття	Активність	Настрій	
Низький рівень	30 %	17 %	4 %	17 %
Середній рівень	37 %	43 %	49 %	43 %
Високий рівень	33 %	40 %	47 %	40 %

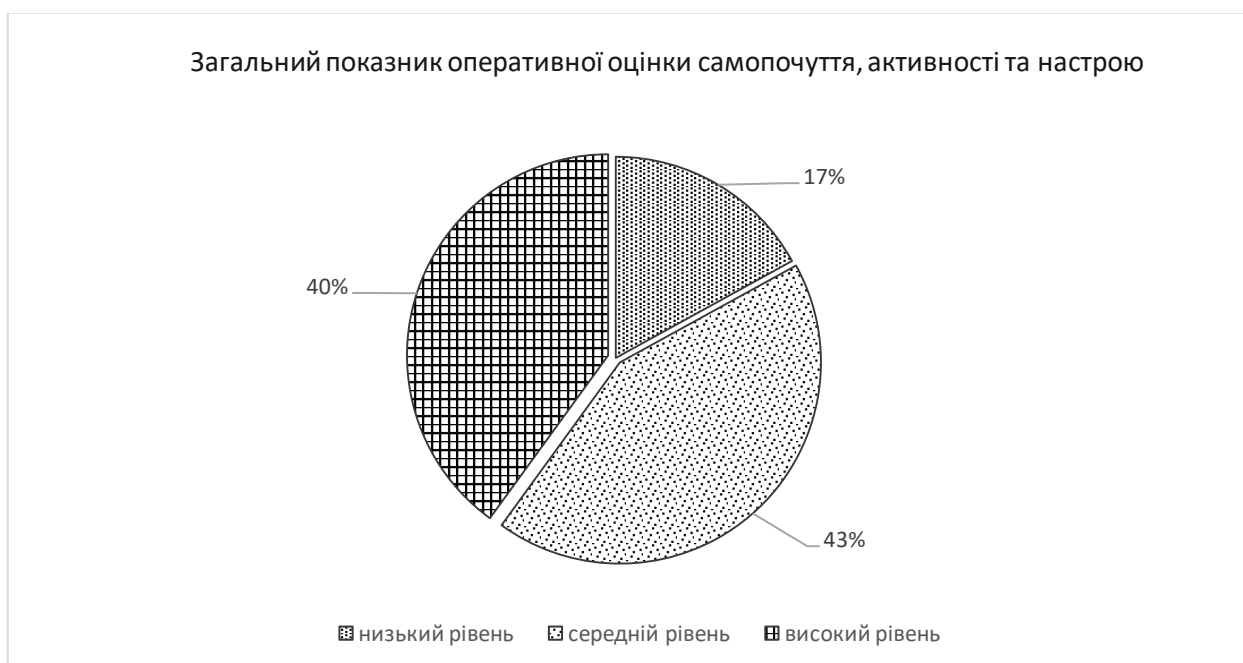


Рис. 2.7. Загальний відсотковий розподіл результатів дослідження за критеріями психічного стану респондентів

Для вивчення зв'язку суб'єктивної оцінки якості життя із психологічним здоров'ям особистості ми порівняли показники критеріїв психологічного здоров'я у двох групах: із високою та низькою якістю життя.

Результати порівняння показників психологічного здоров'я у двох групах показали суттєві відмінності за всіма зазначеними критеріями. Для групи з високою суб'єктивною оцінкою якості життя характерні такі показники психологічного здоров'я, як: висока адекватна самооцінка (73 бали), оптимальний рівень особистісної тривожності (32 бали), низький рівень невротизації (9 балів) та внутрішньої агресивності (8 балів), оптимальний рівень самопочуття (5,2 бали) та настрої (5,6 бали), середній рівень активності (4,8 бали). У свою чергу, для групи осіб з низькою суб'єктивною оцінкою якості життя характерні такі показники психологічного здоров'я, як: середня адекватна самооцінка (49 балів), високий рівень особистісної тривожності (48 балів), високий рівень невротизації (22 бали), середній рівень внутрішньої агресивності (20 балів), середній рівень самопочуття (4,1 бали) та настрої (4,3 бали) та низький рівень активності (3,8 бали).

Таблиця 2.7.

Порівняння результатів двох груп працівників торгового центру з «високим рівнем якості життя» та «низьким рівнем якості життя» (сер. ариф.)

		Рівень якості життя				Значення t-критерію Стьюдента при рівні значущості $p < 0,05$
		Високий		Низький		
		Сер. ариф.	Рівень	Сер. ариф.	Рівень	
Критерії якості життя	Самооцінка	73	високий адекватний	49	середній	3,21
	Особистісна тривожність	32	середній	48	високий	3,63
	Невротизація	9	низький	22	високий	5,23
	Внутрішня агресивність	8	низький	20	середній	4,52
	Самопочуття	5,2	високий	4,1	середній	3,15

Активність	4,8	середній	3,8	низький	4,03
Настрій	5,6	високий	4,3	середній	3,62

Застосування t-критерію Стьюдента дозволило виявити статистично значущі відмінності зазначених показників у двох групах досліджуваних. Найбільш виражені вони за критеріями «невротизація» ($t_{оп} = 5,23 > t_{кр} = 2,02$ при $p = 0,05$), «Внутрішня агресивність» ($t_{оп} = 4,52 > t_{кр} = 2,02$ при $p = 0,05$) та «Активність» ($t_{оп} = 4,03 > t_{кр} = 2,02$ при $p = 0,05$).



Рис. 2.8. Відсотковий розподіл результатів дослідження працівників торгового центру з «високим рівнем якості життя» та «низьким рівнем якості життя»

За іншими критеріями, такими, як рівень самооцінки, самопочуття та настрої, також виявлено статистично значущі відмінності.

Такі результати свідчать про те, що з достовірністю більше, ніж (95 %) можна стверджувати, що чим вища суб'єктивна якість життя, тим сприятливіші показники психологічного здоров'я особистості. Тобто чим нижча невротизація, внутрішня агресивність, особистісна тривожність, тим вища активність, самопочуття та настрої, а також стабілізується самооцінка у сторону високої адекватності.

2.3. Рекомендації щодо покращення психологічного здоров'я працівників торгового центру з урахуванням підвищення якості життя

Сучасні напрямки практичної психології охоплюють безліч методів та технологій для гнучкого та різнопланового вирішення психотерапевтичних завдань, обумовлених в основному соціальними та психогенними причинами. Теоретично тривають розробки нових прийомів на основі особистісно-орієнтованої психотерапії, когнітивно-поведінкового підходу. Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія пограничних психічних розладів, а також особистісно-розвиваюча робота практичних психологів реалізується у двох варіантах: в індивідуальній та груповій формі. При цьому психотерапія і практична робота спрямована на рівень впливу: когнітивний, емоційний і поведінковий. Охарактеризуємо докладніше особливості індивідуальної корекційної та психотерапевтичної роботи, спрямованої на подолання порушень психологічного здоров'я особистості, детально формулюючи її завдання у цих напрямках.

Сфера інтелектуального усвідомлення (когнітивний компонент). Індивідуальна психотерапія на відміну від групової роботи, значно більшою мірою спрямована на індивідуальну історію життя та особистісне формування людини, її важливі біографічні події, внаслідок чого виникає ще одна значна відмінність у змісті роботи: групова психотерапія дещо більшою мірою спрямована на усвідомлення міжособистісних відносин та взаємодію, що обумовлена та є наслідком такої взаємодії, тоді як індивідуальна психологічна робота – спрямована на історичний вимір особистості. Клієнт в результаті осмислення своєї особистісної історії, важливих життєвих подій може усвідомити: 1) особливості своєї поведінки з оточуючими людьми протягом тривалого періоду часу (аналізу в такому випадку можуть піддаватися негативні прийоми та способи міжособистісної поведінки, тобто ті, які викликали у клієнта негативні емоції); 2) причини власної поведінки, характеристики своїх відносин із близькими людьми, мотиви дій, вчинків,

емоційних та поведінкових реакцій, установок; 3) деструктивні ознаки своїх емоційних та поведінкових звичок, установок та відносин; 4) взаємозв'язок між набором соціокультурних та психогенних факторів та виникненням і розвитком порушень психологічного та психічного здоров'я; 5) ступінь участі індивіда у формуванні стресових, психотравмуючих та конфліктних ситуацій.

Емоційна сфера. Індивідуальна психотерапія пов'язана меншою мірою з безпосередніми переживаннями та емоціями (крім відносин «клієнт – психолог»), більшою мірою з їх «віддзеркаленням», тому завдання в емоційній сфері також пов'язані певною мірою з усвідомленням: 1) клієнт має можливість отримати емоційну підтримку психолога, психотерапевта, що призводить до зниження напруженості механізмів психологічного захисту; 2) він може навчитися розуміти та вербально висловлювати, промовляти негативні та складні почуття; 3) клієнт відкривається самому собі, підвищується можливість адекватного самосприйняття, щирості щодо самого себе; 4) клієнт стає здатним пов'язати негативні емоції і переживання з поточними негативними подіями, проблемами (що часто приховуються від себе, або такі, що не приймаються).

Поведінкова сфера. Клієнт стає готовий замінити неадекватні дії та способи поведінки на конструктивні внаслідок змін пізнавальної сфери.

Групова особистісно-орієнтована (реконструктивна) психологічна практична робота. Реалізація завдань цього напрямку психотерапії під час групової динаміки досягається шляхом спеціального впливу на основні компоненти відносин індивіда: пізнавальний, емоційний та поведінковий. Завдання для кожного клієнта у будь-якій з цих сфер можуть бути сформульовані наступним чином.

1. Пізнавальна сфера (інтелектуальне усвідомлення).

Психотерапевтичний процес у групі має стимулювати те, щоб клієнт усвідомив: 1) які реальні ситуації, які у міжособистісних відносинах між членами групи, породжують чи посилюють у нього психологічний дискомфорт, тривогу, напругу, негативну симптоматику; 2) як його

сприймають учасники групи, як він виглядає збоку; 3) яким чином учасники групи характеризують його особистісні особливості, які наслідки викликає поведінка, яким чином інші реагують на її дії та вчинки; 4) протиріччя між образами самосприйняття та тим, як сприймають його члени групи; 5) властиві йому специфічні механізми психологічного захисту; 6) свої потреби, мотиви, установки, прагнення, особливості поведінки, відносин, емоційних реакцій, а також міру їх реалістичності та адекватності; 7) внутрішні психологічні конфлікти; 8) взаємозв'язок між різними соцікультурними та психогенними факторами та виникненням порушень психологічного здоров'я особистості; 9) ступінь власної причетності до виникнення та посилення проблемних, психотравмуючих та конфліктних ситуацій, а також способів їх попередження;

2. *Емоційна сфера.* Групова психотерапія спрямована на допомогу клієнту, з метою: 1) відчувати емоційну підтримку з боку членів групи; 2) відчувати власну цінність та потребу для інших людей; 3) опанувати щирі почуття щодо самого себе і оточуючих людей; 4) навчитися безпосередньо, спонтанно і більш вільно висловлювати власні позитивні та негативні почуття; 5) підвищити здатність вербалізувати свої переживання та психологічні стани; 6) усвідомити свої проблеми та почуття, якими ці стани супроводжуються; 7) здатність переживати протиріччя, невідповідність своїх певних емоційних реакцій; 8) змінити на краще емоційну складову своїх міжособистісних відносин; 9) удосконалити способи та прийоми своїх переживань, емоційні реакції, сприйняття своїх відносин з іншими людьми.

3. *Поведінкова сфера.* Психотерапевтична група має допомогти клієнту: 1) навчитися способам більш вільного, щирого та глибокого спілкування з іншими людьми; 2) змінити неконструктивні способи поведінки, які у спілкуванні з оточуючими, зазвичай, зумовлені прагненням уникнути скрутних для індивіда ситуацій; 3) навчитися надавати іншим членам групи підтримку, взаємодопомогу, сформувати здатність до співробітництва, взаєморозуміння, підвищити самостійність, відповідальність; 4) відпрацювати

та присвоїти нові конструктивні способи поведінки, що призводять до більш легкої та швидкої адаптації у групі та в соціумі; 5) сформувані нові адекватні способи поведінки внаслідок позитивних змін пізнавальної та емоційної сфер.

Основні міжособистісні механізми психологічної корекції та психотерапії у груповій динаміці представлені двома категоріями, за допомогою яких можна узагальнити всі способи міжособистісних взаємодій та взаємовідносин серед учасників групи. Ці категорії найбільше наповнені потенціалом психотерапевтичного впливу: 1) здійснення емоційної та психологічної підтримки; 2) конфронтація як цілеспрямований психологічний вплив, що реалізується за допомогою механізму зворотного зв'язку. Головні принципи та положення особистісно орієнтованої (реконструктивної) психотерапії, орієнтовані на вирішення пріоритетного завдання, пов'язаного з модифікацією особистістю ставлення до самого себе та оптимізації самооцінки, яка стає одним із найважливіших факторів внутрішньо-особистісного механізму психологічної корекції під час групового процесу.

Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія найбільшою мірою ефективна у роботі з клієнтами з подолання порушень психічного та психологічного здоров'я, хоча ефективність її у кожному випадку залежить від індивідуальних особливостей клієнта, своєрідності його суб'єктивної якості життя.

Крім зазначених вище динамічної, гуманістичної, поведінкової психотерапії концептуально пов'язаних з ними теорій, у разі порушення психічного та психологічного здоров'я особистості також можна застосовувати способи когнітивної психокорекції та традиційно сугестивної психотерапії. Серед важливих та ефективних напрямів психологічного впливу слід зазначити терапію творчим самовираженням, розроблену М. Бурно в рамках гуманістичного наукового підходу, та сімейну психотерапію, методи якої докладно та ґрунтовно представлені у роботах А. Маслоу, К. Роджерса та В. Франкла.

Висновки

Теоретичний аналіз проблеми збереження та підтримки психологічного здоров'я особистості показав, що здоров'я людини характеризується повнотою прояву життєвих сил, всебічної та довготривалої соціальної активності та гармонійності розвитку особистості. Ця комплексна категорія включає всі прояви людини, характеристики її фізичної та психічної активності.

Проаналізовано поняття «психічного здоров'я» та «психологічного здоров'я». Поняття психічне здоров'я охоплює ширше коло явищ: окремі психічні процеси і механізми та особистість загалом. Психологічне здоров'я пов'язане з вищими проявами людського духу і дозволяє виділити власне психологічний аспект проблеми психічного здоров'я на відміну від медичного, соціологічного, філософського тощо. Психологічний аспект психічного здоров'я передбачає увагу до внутрішнього світу людини, її суб'єктної активності, відношення до навколишнього світу та до самої себе.

З'ясовано, що психологічне здоров'я робить особистість самодостатньою, схильною до самопізнання, самоприйняття та саморозвитку у контексті взаємодії з оточенням, прагненням розвивати свій потенціал через самоактуалізацію, знаходженням правильного уявлення про самого себе, прагненням до гуманістичних цінностей, що виявляються у прийнятті інших, автономії, спонтанності, чутливості до прекрасного, почутті гумору, альтруїзмі, бажанні змінити світ, схильності до творчості.

Аналіз наукових джерел показав, що порушення психічного здоров'я пов'язане із втратою людиною сенсу життя, з відчуттям внутрішньої порожнечі, відсутністю сенсу.

З'ясовано, що основними критеріями здоров'я є збалансована робота всіх систем організму, висока пристосовуваність у середовищі та соціальному оточенні, і навіть збереження при цьому звичного самопочуття. Психічне здоров'я є складним поняттям, що представляє цілісну підсистему особистості. У різних авторів існують різні критерії визначення поняття «психічне» і

«психологічне» здоров'я людини. Більшість науковців сходяться на акценті особистісних аспектів, що визначають, насамперед, рівень благополуччя у ставленні до себе, до діяльності та соціальних норм. Причому однаково враховується як емоційний аспект, так і поведінковий, що характеризує рівень активності і саморегуляції людини.

У нашому дослідженні як критерії, що відображають основні компоненти психологічного здоров'я особистості, обрано рівень самооцінки, особистісної тривожності; рівень невротизації та тенденцій до внутрішньої агресії, а також рівень психічного стану: самопочуття, активності, настрою.

Теоретичний аналіз наукових підходів до визначення поняття «якість життя» показав, що немає одностайної думки серед вітчизняних та зарубіжних дослідників. Більшість з них вказують на суб'єктивні змінні, які характеризують самопочуття особистості, її рівень задоволеності свободою, своїми правами та безпекою життя, що є комплексною характеристикою якості життя.

Узагальнено, що під якістю життя дослідники розуміють комплексну структуру соціального, економічного життя та умови, що забезпечують життєдіяльність людини. За визначенням ВООЗ якість життя – це сприйняття людьми їхнього становища у житті у тій культурі та системі цінностей, у яких вони живуть, відповідно до цілей, очікувань, норм та вирішення проблем.

Підтверджено, що якість життя визначається фізичними, соціальними та емоційними факторами життя людини, які мають для неї важливе значення і вплив та передбачають ступінь комфортності людини як у собі, так і в рамках свого суспільства. На думку ООН, соціальна категорія якості життя включає дванадцять параметрів, з яких на першому місці стоїть здоров'я. Європейська економічна комісія систематизувала вісім груп соціальних індикаторів якості життя, причому здоров'я також поставлене на перше місце. Отже, якість життя, пов'язана зі здоров'ям, можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного та соціального функціонування здорової та хворої людини, засновану на її суб'єктивному сприйнятті.

Виявлено загальний середній рівень якості життя у працівників торгового центру, високі показники у фізичній сфері, сфері соціальних відносин та на рівні незалежності. Це означає, що для більшості співробітників характерна відсутність фізичного болю та дискомфорту, гарна якість сну та відпочинку, середній рівень життєвої активності та енергії. Їм притаманна дружелюбність, любов та моральна підтримка близьких, можливість отримати практичну допомогу з боку сім'ї та друзів. Для них властива висока рухливість і здатність виконувати повсякденні справи; психологічна та духовна сфера перебувають у помірному ступені задоволеності; навколишнє середовище загалом характеризується середнім ступенем сприятливості.

Виявлено фактори, що оцінюються на низькому рівні, такі як, як фінансові ресурси, можливості для відпочинку та розваг та їх використання, навколишнє середовище навколо (забрудненість, шум, клімат, привабливість) та транспорт.

Результати порівняння показників психологічного здоров'я у групах із високим та низьким рівнем якості життя показали, що виявлено суттєві відмінності за всіма критеріями. Для групи з високою суб'єктивною оцінкою якості життя характерні такі показники психологічного здоров'я: висока адекватна самооцінка, оптимальний рівень особистісної тривожності, низький рівень невротизації та внутрішньої агресивності, оптимальний рівень самопочуття та настрою, середній рівень активності. Для групи з низькою суб'єктивною оцінкою якості життя характерні такі показники психологічного здоров'я: середня адекватна самооцінка, високий рівень особистісної тривожності, високий рівень невротизації, середній рівень внутрішньої агресивності, середній рівень самопочуття та настрою та низький рівень активності.

За результатами нашого дослідження поставлені завдання виконано, гіпотезу дослідження підтверджено про те, що: чим вища суб'єктивна оцінка якості життя, тим благополучніше психологічне здоров'я людини, а саме людині з високою якістю життя притаманні: адекватна самооцінка, середній

рівень особистісної тривожності, оптимальний рівень самопочуття, активності, настрою, відсутність невротизації та внутрішньої агресивності. Суб'єкту з низькою суб'єктивною оцінкою якості життя характерні: підвищений рівень невротизації, внутрішньої агресивності та особистісної тривожності, середній рівень самопочуття та настрою, низький рівень активності та відносно знижений рівень самооцінки.

Зазначено, що правильно підібрана психологічна корекція чи психотерапія допоможуть знизити рівень тривожності, сприятимуть посиленню контролю над тривожними станами, тримати контроль над несприятливими ситуаціями та вміннями з ними справлятися.

Список використаних джерел

1. Амосов М. М. Роздуми про здоров'я / М. Амосов. – К. : Здоров'я, 1990. – 258 с.
2. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проблематизації) / О. Богучарова // Зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. Костюка АПН України.– Т. IV.– Ч. 1.– 2002.– С. 11–20.
3. Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі. Монографія. – К.: Київський національний ун-т імені Т. Шевченка, інститут післядипломної освіти. 2004 – 283с.
4. Болтівець С. І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика: [монографія] / С. Болтівець. – К.: Редакція – Бюлетеня Вищої атестаційної комісії України, 2000. – 302 с.
5. Болтівець С. І. Теоретико-методичні засади педагогічної психогігієни: Дис... д-ра психол. наук: 19.00.07 / С. Болтівець; Інститут психології ім. Г. Костюка. – К., 2004. – 446 с.
6. Борисюк А. С. Психічне здоров'я як соціально-психологічна проблема / А. Борисюк // Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць. – Луганськ: Видавництво СНУ ім. В. Даля, 2006. – № 5(16). – С. 27–30.
7. Віттерс Дж. Суб'єктивне благополуччя проти самоактуалізації: використання потокового симплексу для сприяння концептуальному проясненню суб'єктивної якості життя / Дж. Віттерс // Дослідження соціальних показників. – 2004. – № 3. – Вип. 65. – С. 299–331.
8. Волошко Н. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя // Проблеми сучасної психології, 2011. Вип. 11. С. 115-124. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/6294/1/1.Pdf>
9. Главник О. П. Як допомогти дітям і молоді у збереженні психічного здоров'я. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2005. – Кн. 8. – 116 с.

10. Галецька І. Психологічне здоров'я / І. Галецька, Т. Сосновський // Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів: – Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – С. 89–122.
11. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика / І. Галецька, Т. Сосновський. – Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. – 338 с.
12. Головаха Е. І. Життєва перспектива і професійне самовизначення молоді / Е. Головаха. – Київ, 1988.
13. Горбаль І. С. (2012). Відчуття суб'єктивного благополуччя як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. Науковий вісник Львівського державного університету, С. 293–303.
14. Гуляєва О. В. Чинники психологічного благополуччя у студентів з обмеженими можливостями здоров'я: дис... канд. психол. наук: 19.00.01; Харківський національний університет ім. В. Каразіна. Харків, 2018. 207 с.
15. Данильченко Т. В. Суб'єктивне соціальне благополуччя: психологічний вимір: монографія. Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. Чернігів : Десна Поліграф, 2016. 543 с.
16. Жданова І. В. Психічне здоров'я і професійна діяльність особистості / І. Жданова, І. Чорна // Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019). Львів: ЛьвДУВС, 2019. С. 92-96.
17. Ігнатов М. Ю. Психічне здоров'я населення України з точки зору фахівців соціальної психіатрії / М. Ігнатов, М. Маркова, С. Табачников // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 14 – 17.
18. Ковтун Н. В. Міжнародний досвід оцінювання якості життя населення і можливості його використання в Україні / Н. Ковтун, І. Романюк // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка. – 2013. – № 134. – С. 32-37.
19. Комптон В. До тристоронньої факторної структури психічного здоров'я: суб'єктивне благополуччя, особистісне зростання та релігійність / В. Комптон // Журнал психології. – 2001. – № 5. – Вип. 135. – Р. 486–500.

20. Коробка Л. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя / Л. Коробка // Український науковий журнал «Освіта регіону» – 2011. – №2. – С. 332–339. Режим доступу : [http:// www.social-science.com.ua /](http://www.social-science.com.ua/) публікація/489

21. Коцан І.Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: [за ред. І. Коцана]. – Луцьк: РВВ «Вежа»: Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки, 2009. – 316 с.

22. Коцур Н. І., Гармаш Л. С. Психогігієна. – Чернівці, Переяслав-Хмельницький: Книги – XXI, 2006. – 380с.

23. Курова, А. В. (2015). Задоволеність життям та суб'єктивне благополуччя особистості. Вісник Одеського національного університету імені І. Мечникова, 2(36), 98–104.

24. Кухта М. П. Життєві перспективи: поняття, структура, функції та види // Соціальні технології. Актуальні проблеми теорії та практики. Зб. наукових праць. Запоріжжя: Класичний приватний університет. Випуск 69-70. – 2016. – С. 57-66.

25. Лукасевич О. А. (2017). Суб'єктивне благополуччя як психологічний феномен. Проблеми сучасної психології. С. 110-114.

26. Максименко С. Д. Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості / С. Максименко // Педагогічний процес: теорія і практика: [Зб. наук. пр.]. – К. : ЕКМО, 2005. – Вип. 3. – С. 343 – 361.

27. Мерлін В. С. Індивідуальний стиль діяльності та його системоутворююча функція / <http://psychology-online.net/articles/doc-1843.html>.

28. МКХ-10: Клас У. Розлади психіки та поведінки https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%A5-10:_%

29. Михайленко Л., Івашко К. Проблема суб'єктивного благополуччя особистості в позитивній психології. Щастя та сучасне суспільство: матеріали І міжнародної наукової конференції (20–21 березня 2020 р.). Львів: СПОЛОМ, 2020. С. 172–177.

30. Ноздріна Л. В. Якість життя населення в перехідній економіці України : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. економ. наук: спец. 08.01.01 «Економічна теорія» / Л. Ноздріна. – Львівський нац. ун-т ім. Івана Франка. – Львів, 2001. – 24 с.

31. Олександров Ю. М. Саморегуляція як чинник психологічного благополуччя / Ю. Олександров // Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. Сковороди. – 2009. – Психологія. Доступний із: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/VKhnpu_psychol/2009_32/18.html.

32. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

33. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я у Україні: Довідник МОЗ України. – Київ, 2022

34. Поліванова О. Є., Гуляєва О. В. (2015). До проблеми визначення психологічного змісту поняття «психологічного благополуччя». Вісник Харківського національного університету, С. 34-39.

35. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. Степанов. – К.: «Академвидав», 2006. – 424 с.

36. Рєпіна Н. Основи клінічної психології / Н. Рєпіна, Д. Воронцов, И. Юматова // Ростов-н / Д.: Феникс, 2003. – 214 с.

37. Роль сім'ї у формування здорового способу життя дітей та молоді / О. Яременко, О. Балакірева, Г. Бєленька та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2005.– 196 с.

38. Садова М. А. Психологічні складові потенціалу самореалізації особистості // Вісник Одеського національного університету / М. Садова. Серія: Психологія. – 2010. Вип. 9. Т. 15. – С. 102-109.

39. Сохань Л. В., Єрмаков І. Г. Мистецтво життєтворчості особистості: [наук.-метод. посібник]: У 2 ч. / Ред. В.М. Доній; Ін-т змісту і методів навчання. – К., 1997. – Ч. 1.– 391 с.

40. Титаренко Т.М. Формування у молоді настанов на здоровий спосіб життя: Методичні рекомендації / Т. Титаренко, Л. Лепіхова, О. Кляпець.– К.: Міленіум, 2006. – 124 с.

41. Титаренко Т.М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека / Т. Титаренко, Т. Ларіна. – Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека [Електронний ресурс] / Т. Титаренко, Т. Ларіна. – Режим доступу до ресурсу: http://www.psyllife.com.ua/sites/default/files/readdownloads/Zhiznestoykost_lichnosti.pdf

42. Толстограєва О.Ю., Лукашенко М.В. Актуальні питання психічного здоров'я молоді в умовах сьогодення / О. Толстограєва, М. Лукашенко // Практична психологія і соціальна робота. – 2007. – № 8. – С. 1 – 3.

43. Узунов Ф. В. Оцінка рівня і якості життя населення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук: спец. 08.09.01 «Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика». – Харків, 2004. – 20 с.

44. Франкл Віктор. Людина у пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі / В. Франкл. – Харків, 2023. – 160 с.

45. Чабан О. С. Психосоматична медицина: Аспекти діагностики та лікування / О. Чабан, О. Хаустова. – К.: ТОВ «ДСГ ЛТД», 2004. – 96 с.

46. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник / В. Шапар. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

47. Швалб Ю. Психологічні критерії визначення стилю життя / Юрій Швалб // Соціальна психологія. - 2003. – №2.- С. 14 – 20.

48. Argyle M. The Psychological Causes of Happiness / M. Argyle, M. Martin // Subjective Well-Being: an interdisciplinary perspective / ed. by F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz. – 1 st ed. – Oxford : Pergamon Press, 1991. – P. 77-100.

49. Brickman P. Lottery winners and accident victims: is happiness relative? / P. Brickman, D. D. Coates, R. Janoff-Bulman // Journal of Personality and Social Psychology. – 1978. – No. 36 (8). – P. 917-927.

50. Clark A. Lags and Leads in Life Satisfaction: a Test of the Baseline Hypothesis / A. E. Clark, E. Diener, Y. Georgellis and R. E. Lucas // *The Economic Journal*. – 118 (June). – P. 222–243.
51. Felce D. Quality of life: its definition and measurement / D. Felce. – *Res. Dev. Disabil.* – 1995. V. 16 (1). P.51– 74.
52. Maddi S.R. Hardiness: The courage to grow from stresses / S.R. Maddi // *The Journal of Positive Psychology*, 2006. –1(3). – P. 160–168.
53. Maslow, Abraham H. (1996). «Critique of self-actualization theory». In Hoffman, Edward (ed.). *Future visions: The unpublished papers of Abraham Maslow*. Thousand Oaks, CA: Sage. p. 26–32. [ISBN 978-0761900511](https://doi.org/10.1080/00140139608839511)
54. National Mental Health Action Plan [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.facebook.com/National-Mental-Health-Action-Plan-for-Ukraine-465199120540357>.
55. Payne T. R. Rubinštejn S. L. and the philosophical foundations of Soviet psychology / T. Payne. Dordrecht, 1969, p.78-92.
56. Rigby, B.T. Do causal attributions mediate the relationship between personality characteristics and life satisfaction in adolescence? / B. Rigby & E. Huebner // *Psychology in the Schools*, 2005. – Vol.42. – P. 91-99.
57. Ryff, C.D. The contours of positive human health / C. D. Ryff & B. Singer // *Psychological Inquiry*. –1998. –Vol. 9. – P. 719-727.
58. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – Vol. 41 (10). – P.1403–1409.

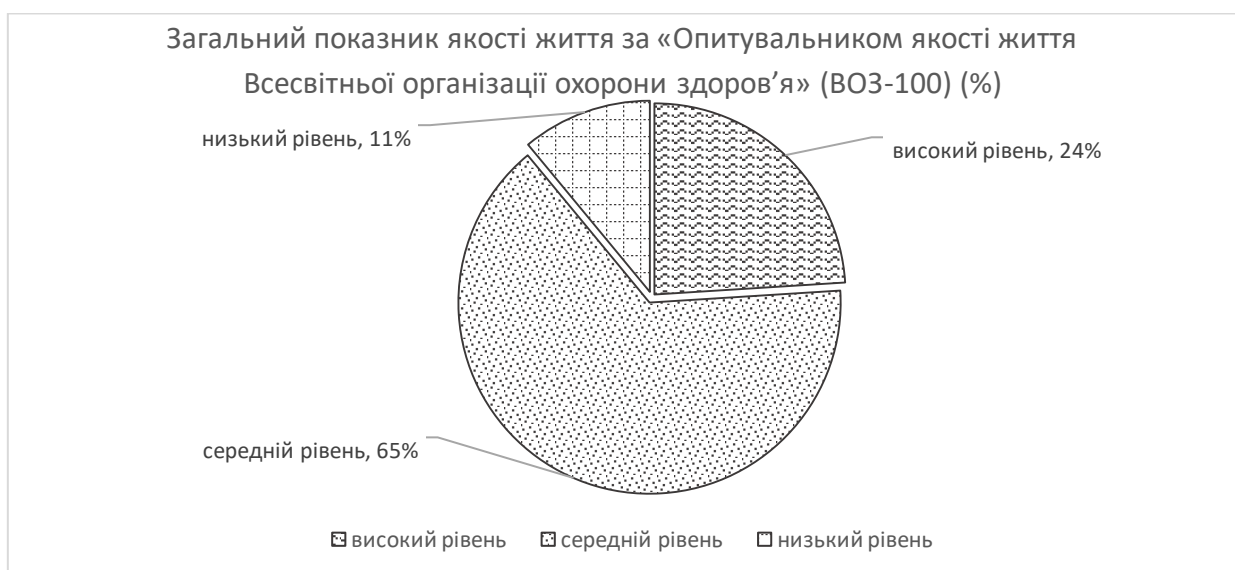


Рис. 1. Відсотковий розподіл загальних показників якості життя за «Опитувальником якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я» (ВОЗ-100)

Таблиця 1.

Характеристика якості життя співробітників за
«Опитувальником якості життя
Всесвітньої організації охорони здоров'я» (ВОЗ-100) (%)

Критерії якості життя	Рівні			Сер. бал	Рівень
	високий (%)	середній (%)	низький (%)		
I. Фізична сфера	21%	70%	9%	26	високий
F1. Фізична біль та дискомфорт	68%	24%	8%	27%	високий
F2. Життєва активність, енергія та втома	18%	69%	13%	22%	середній
F3. Сон та відпочинок	25%	68%	7%	23%	високий
II. Психологічна сфера	18%	75%	7%	18%	середній
F4. Позитивні емоції	25%	66%	9%	19%	середній
F5. Мислення, навчання, пам'ять та концентрація (пізнавальні функції)	19%	59%	22%	16%	середній
F6. Самооцінка	27%	69%	4%	19%	середній
F7. Образ тіла та зовнішність	34%	61%	5%	24%	високий
F8. Негативні емоції	11%	64%	25%	17%	середній
III. Рівень незалежності	25%	68%	7%	23%	високий
F9. Активність	28%	69%	3%	25%	високий
F10. Здатність виконувати повсякденні справи	62%	30%	8%	25%	високий

F11. Залежність від ліків та лікування	19%	50%	21%	20%	середній
F12. Здатність працювати	26%	69%	5%	18%	середній
IV. Соціальні стосунки	27%	66%	7%	25%	високий
F13. Особистісні стосунки	25%	68%	7%	25%	високий
F14. Практична соціальна підтримка	29%	55%	35%	13%	високий
F15. Сексуальна активність	10%	55%	35%	13%	низький
V. Навколишнє середовище	32%	54%	14%	16%	середній
F16. Фізична безпека та захищеність	33%	53%	13%	18%	середній
F17. Середовище вдома	24%	67%	9%	20%	середній
F18. Фінансові ресурси	11%	54%	35%	12%	низький
F19. Медична та соціальна допомога (доступність і якість)	13%	56%	31%	15%	середній
F20. Можливості для отримання нової інформації та навичок	11%	64%	25%	17%	середній
F21. Можливості для відпочинку і розваг та їх використання	14%	56%	30%	11%	низький
F22. Навколишнє середовище навколо (забрудненість/шум/клімат / привабливість)	15%	56%	29%	13%	низький
F23. Транспорт	13%	55%	32%	13%	низький
VI. Духовна сфера	34%	53%	13%	17%	середній
F24. Духовність/релігія/особисті переконання	34%	53%	13%	17%	середній
Загальна якість життя	24%	65%	11%	20%	середній



Рис. 2. Відсотковий розподіл показників за критеріями якості життя у працівники торгового центру

Таблиця 2.

Результати дослідження за «Шкалою самооцінки особистості»,
Т. Дембо, С. Рубінштейн

Досліджувані	Рівні самооцінки (%)		
	Завищений рівень	Адекватний рівень	Низький рівень
Працівники торгового центру	26 %	70 %	4 %



Рис. 3. Відсотковий розподіл результатів дослідження самооцінки працівників торгового центру

Таблиця 3.

Результати дослідження за методикою
«Особистісна шкала проявів тривоги», Тейлора

Досліджувані	Рівні тривожності (%)		
	Середній рівень	Високий рівень	Дуже високий рівень
Працівники торгового центру	17 %	49 %	34 %

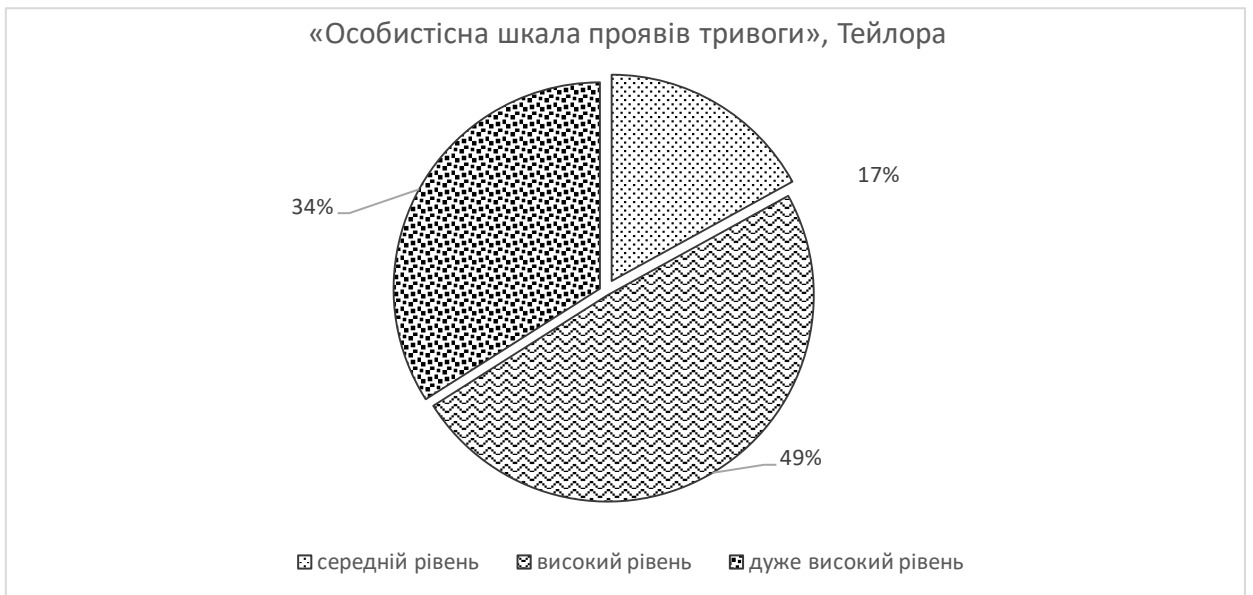


Рис. 4. Відсотковий розподіл результатів дослідження тривожності працівників торгового центру

Додаток D

Таблиця 4.

Результати дослідження за методикою
«Діагностика рівня невротизації особистості», Л. Вассермана

Досліджувані	Рівні невротизації особистості (%)			Сер. бал
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	
Працівники торгового центру	46 %	33 %	21 %	12



Рис. 5. Відсотковий розподіл результатів дослідження рівня невротизації особистості працівників торгового центру

Результати дослідження за методикою
«Визначення внутрішньої агресивності», З. Дайхоффа

Досліджувані	Рівні агресивності особистості (%)			
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Дуже високий рівень
Працівники торгового центру	10 %	46 %	38 %	8 %



Рис. 6. Відсотковий розподіл результатів дослідження внутрішньої агресивності працівників торгового центру

Результати дослідження за методикою
«Оперативна оцінка самопочуття, активності настрою (САН), розробленої В. Доскіним,
М. Мірошниковим, В. Шарай

Рівні	Критерії психічного стану (%)			Загальний показник
	Самопочуття	Активність	Настрій	
Низький рівень	30 %	17 %	4 %	17 %
Середній рівень	37 %	43 %	49 %	43 %
Високий рівень	33 %	40 %	47 %	40 %

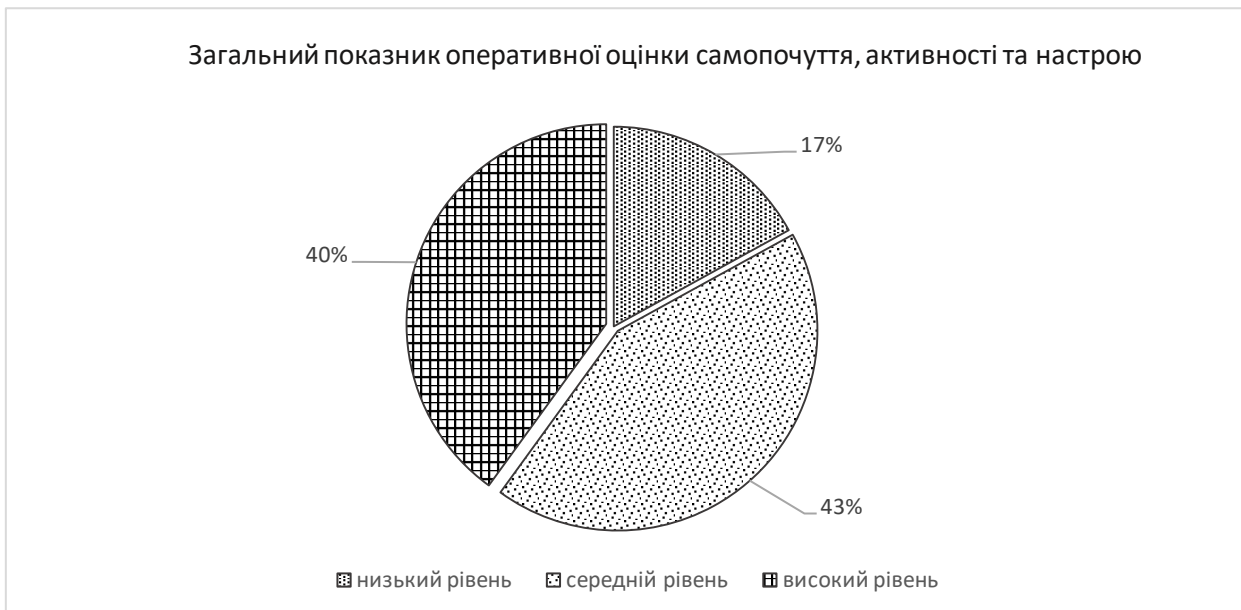


Рис. 7. Загальний відсотковий розподіл результатів дослідження за критеріями психічного стану респондентів

Додаток G

Таблиця 7.

Порівняння результатів двох груп працівників торгового центру з «високим рівнем якості життя» та «низьким рівнем якості життя» (сер. ариф.)

		Рівень якості життя				Значення t-критерію Стьюдента при рівні значущості $p < 0,05$
		Високий		Низький		
		Сер. ариф.	Рівень	Сер. ариф.	Рівень	
Критерії якості життя	Самооцінка	73	високий адекватний	49	середній	3,21
	Особистісна тривожність	32	середній	48	високий	3,63
	Невротизація	9	низький	22	високий	5,23
	Внутрішня агресивність	8	низький	20	середній	4,52
	Самопочуття	5,2	високий	4,1	середній	3,15
	Активність	4,8	середній	3,8	низький	4,03
	Настрій	5,6	високий	4,3	середній	3,62