

моніторинг харчових звичок студентів. Ефективне вирішення цієї проблеми можливе лише за умови узгоджених дій держави, закладів вищої освіти, фахівців громадського здоров'я, родин і самих студентів.

### **Література:**

1. Смоляр В. І. Фізіологія і гігієна харчування. Київ : Здоров'я, 2018. 248 с.
2. Горбась І. М., Давиденко Н. В. Харчові звички студентської молоді та їх вплив на стан здоров'я. *Проблеми харчування*. 2020. № 1–2. С. 110–118.
3. Скалецька Н. М. Соціально-гігієнічні аспекти харчування студентів вищих навчальних закладів : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01. Київ, 2019. 24 с.
4. World Health Organization. Healthy diet : fact sheet. Geneva : World Health Organization, 2018. 6 p. URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/healthy-diet/healthy-diet-fact-sheet-394.pdf> (дата звернення: 18.05.2026).
5. Апанасенко Г. Л., Попова Л. О. Медична валеологія. Харків : Фоліо, 2019. 312 с.
6. Марценюк В. П., Сидоренко А. В. Громадське здоров'я: теорія та практика. Тернопіль : ТНМУ, 2021. 384 с.
7. 7 правил харчування: здорова тарілка для дорослих українців. Український медичний часопис. 2017. 19 груд.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-60>

## **ПСИХОЛОГІЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИСТОСТІ**

***Макарова Ольга Костянтинівна***

*здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти*

*Одеський національний медичний університет*

*м. Одеса, Україна*

У сучасних умовах підвищеного психоемоційного навантаження, спричиненого війною, міграцією та хронічним стресом, проблема ставлення людини до власного здоров'я набуває особливого значення. Поведінка дорослої людини щодо здоров'я залежить не лише від рівня обізнаності, а й від особистісних установок, мотивації, самоефективності та психологічної стійкості. Ставлення до здоров'я розглядається як складна психологічна структура, що включає когнітивні, мотиваційні, поведінкові та ресурсні компоненти. Водночас цілісне дослідження цих чинників на українській вибірці залишається

недостатньо розробленим, що обумовлює актуальність інтеграції сучасних психодіагностичних методик і теоретичних підходів.

Теоретичною основою сучасних досліджень ставлення до здоров'я слугує біопсихосоціальна модель Г. Енгеля [10], яка постулює нерозривну єдність біологічних, психологічних і соціальних чинників у формуванні здоров'я та хвороби. У межах цієї парадигми поведінкові детермінанти здоров'я систематизуються через категорію переконань про джерела впливу на здоров'я. К. Уолстон, Б. Уолстон і Р. ДеВелліс [6] запропонували трифакторну модель локусу контролю здоров'я, що включає внутрішній локус (переконаність у власному впливі на здоров'я), орієнтацію на впливових інших (передусім медичних працівників) і випадок. Україномовну адаптацію Багатовимірної шкали локусу контролю здоров'я (MHLC) представлено колективом І. Данилюка, А. Курапова, К. Малишевої, І. Ягієва, О. Льошенко та С. Литвина [1] на вибірці 392 респонденти; підтверджено трифакторну структуру методики ( $\alpha$  Кронбаха = 0,72) та її конвергентну валідність.

Е. Берглунд, П. Літсі та Р. Вестерлінг [7] методом структурного моделювання на вибірці пацієнтів кардіологічного профілю показали, що внутрішній локус контролю здоров'я статистично значуще позитивно пов'язаний із самооцінкою стану здоров'я, тоді як орієнтація на «випадок» і «впливових інших» демонструє негативний зв'язок із цим показником. Це підтверджує ключову роль когнітивно-атрибутивного компонента у формуванні здоров'язберігаючої поведінки осіб із хронічними соматичними захворюваннями.

Лонгітюдні дослідження М. Веттштайна, Г.-В. Валя та Й. Зібєрта [9] на 20-річному часовому проміжку (вибірка 1002 особи середнього та старшого віку) встановили, що особистісні риси (низький невротизм, висока сумлінність) та позитивні установки щодо власного старіння значуще прогнозують траєкторії здоров'я в дорослому віці. Дж. Орнбергер, Е. Фікера та М. Саттон [8] на вибірці 10 693 особи 50+ методом медіаційного аналізу довели, що зв'язок між фізичним і психічним здоров'ям опосередковується вибором способу життя (фізичною активністю передусім) та параметрами соціального капіталу.

Значним внеском у психологію здоров'я є концепція первинних і вторинних актуальних здібностей Н. Пезешкіана, операціоналізована у Вісбаденському опитувальнику позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0). Україномовну адаптацію методики виконала Л. Сердюк [3]. Психологічні наслідки тривалого стресового впливу для дорослого населення України оцінюються через україномовну адаптацію Короткого опитувальника загального стану здоров'я (GHQ-16), здійснену Л. П'янківською та О. Савченко [2]. Мотиваційно-поведінковий рівень здоров'язберігаючої поведінки операціоналізує Опитувальник саморегуляції здорового способу життя І. Чернець та

К. Гуджабідзе [4], розроблений у логіці теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Райана.

На основі аналізу теоретичних джерел та сучасних емпіричних даних запропоновано розглядати ставлення дорослої особистості до власного здоров'я як інтегративне психологічне утворення, що включає чотири взаємопов'язані рівні функціонування.

Особистісно-ресурсний рівень розкриває фундаментальні психологічні ресурси, які особистість мобілізує для здоров'язберігаючої поведінки. У логіці позитивної психотерапії Н. Пезешкіана [3] цей рівень структурується через категорію актуальних здібностей: первинних (терпіння, час, контакти, довіра, надія, ніжність, любов, віра/сенс) та вторинних (акуратність, пунктуальність, обов'язковість, справедливість, ощадливість тощо). Дисбаланс між цими групами здібностей, зокрема гіпертрофія вторинних на тлі знецінення первинних, є типовим патерном, який супроводжує дисфункціональні форми ставлення до здоров'я (гіпохондричний, перфекціоністсько-фітнес, заперечно-уникний). Концепція балансу чотирьох сфер життя (тіло, діяльність, контакти, фантазії/майбутнє) дозволяє оцінювати інвестиції особистості у сферу тіла без редукції цього інтересу до простої «турботи» чи «нехтування».

Симптоматичний рівень відображає актуальний психоемоційний стан особистості як індикатор кумулятивної дії стресорів і ресурсного балансу. У сучасних українських дослідженнях [2] цей рівень операціоналізується через чотири фактори GHQ-16: соматичні симптоми, тривожність і безсоння, соціальна дисфункція, депресивні симптоми. Високі показники за цими шкалами свідчать про вичерпання адаптаційних ресурсів і фактично є маркером того, що дотеперішні форми ставлення до здоров'я не забезпечують ефективної саморегуляції. Симптоматичний рівень не є самостійним предиктором поведінки – його варто інтерпретувати у зв'язку з рештою рівнів.

Когнітивно-атрибутивний рівень представлений переконаннями особистості щодо джерел впливу на власне здоров'я. Класична трифакторна модель К. Уолстона та співавторів [6], адаптована для української вибірки [1], розрізняє внутрішній локус, орієнтацію на впливових інших та орієнтацію на випадок. Дані Е. Берглунда та співавторів [7] демонструють, що внутрішній локус контролю здоров'я статистично значуще пов'язаний із кращою самооцінкою стану здоров'я. Збалансована конфігурація «високий внутрішній + помірні впливові інші + низький випадок» виступає ресурсною основою прихильності до лікування.

Мотиваційно-поведінковий рівень розкриває тип мотиваційної регуляції, що спонукає особистість дотримуватися здорового способу життя. Згідно з моделлю самодетермінації, операціоналізованою у методиці І. Чернець та К. Гуджабідзе [4], виділяють внутрішню саморегуляцію, ідентифіковану регуляцію (самовдосконалення),

інтродюковані регулятори (привабливість та енергійність) і зовнішню регуляцію. Цей рівень безпосередньо інтегрується із концепцією самоефективності А. Бандури.

Запропонована чотирирівнева модель має важливе методологічне значення: вона дозволяє переходити від констатації окремих особистісних характеристик до системного аналізу взаємозв'язків між рівнями. Так, типовий гіпохондричний патерн ставлення до здоров'я може бути описаний як: на особистісно-ресурсному рівні – гіпертрофія вторинних здібностей (акуратність, пунктуальність) при знеціненні первинних (довіра, надія); на симптоматичному рівні – підвищення тривожно-соматичного компонента GHQ-16; на когнітивно-атрибутивному рівні – підвищена орієнтація на «впливових інших» у поєднанні з «випадком»; на мотиваційно-поведінковому рівні – домінування інтродюкованого регулятора «енергійність» при низькій внутрішній саморегуляції. Така багатовимірна психологічна характеристика забезпечує точніше планування психокорекційної роботи, ніж однопрофільна діагностика.

Окремої уваги заслуговує специфіка дорослого віку як етапу життєвого шляху. Лонгітюдні дані М. Веттштайна та співавторів [9] показують, що ставлення до власного старіння у середньому віці виступає потужним предиктором об'єктивно оцінюваного здоров'я. Дж. Орнбергер та співавтори [8] на великій вибірці довели, що психічне здоров'я опосередковує вплив минулого фізичного здоров'я на актуальне через спосіб життя. В умовах сучасної України додаткового значення набуває група внутрішньо переміщених осіб, у яких психологічні наслідки переміщення поєднуються з порушеннями доступу до планової медичної допомоги, втратою регулярних медичних маршрутів і дезорганізацією повсякденних здоров'язберігаючих рутин.

Прикладне значення запропонованої моделі полягає у можливості її використання в умовах первинної ланки охорони здоров'я: батарея із чотирьох україномовних методик (WIPPF 2.0, GHQ-16, MHLC, Опитувальник саморегуляції ЗСЖ) забезпечує багаторівневий профіль, який можна співвідносити із типами проблемних патернів і відповідно планувати психологічний супровід. Сукупна тривалість заповнення (близько 50–55 хвилин) є прийнятною для поліклінічної практики, тоді як інформативність профілю значно перевищує можливості скринінгових інструментів.

Систематизація сучасних теоретичних і емпіричних розробок дозволяє запропонувати чотирирівневу модель ставлення дорослої особистості до власного здоров'я, що включає особистісно-ресурсний, симптоматичний, когнітивно-атрибутивний та мотиваційно-поведінковий рівні. Інтеграція класичних концепцій (біопсихосоціальна модель Г. Енгеля, теорія самоефективності А. Бандури, концепція локусу контролю здоров'я К. Уолстона, позитивна психотерапія

Н. Пезешкіана) із сучасним українським психодіагностичним інструментарієм 2022–2024 років забезпечує методологічну базу для багаторівневого дослідження проблеми у вітчизняній вибірці. Перспективи подальших розвідок пов'язані з емпіричною перевіркою запропонованої моделі методом структурного моделювання на репрезентативній вибірці дорослих із урахуванням специфіки внутрішньо переміщених осіб та осіб із хронічними соматичними захворюваннями.

### Література:

1. Данилюк І., Курапов А., Малишева К., Ягієв І., Льошенко О., Литвин С. Психометричні властивості шкали «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я»: українська вибірка. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 1(17). С. 22–29. DOI: 10.17721/BPSY.2023.1(17).3
2. П'янківська Л. В., Савченко О. В. Короткий опитувальник загального стану здоров'я (GHQ-16): українськомовна адаптація опитувальника загального стану здоров'я (GHQ-28) серед працівників системи МВС України. *Наукові перспективи*. 2024. № 11(53). С. 1470–1492. DOI: 10.52058/2708-7530-2024-11(53)-1470-1492
3. Сердюк Л. З. Вісбаденський опитувальник позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0) Н. Пезешкіана для діагностики внутрішніх ресурсів особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3–4(27). С. 130–141. DOI: 10.31108/2.2022.3.27.13
4. Чернець І. С., Гуджабідзе К. Г. Опитувальник саморегуляції здорового способу життя. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2024. Вип. 71. С. 172–182. DOI: 10.34142/23129387.2024.71.11
5. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О., Туркова Д. М., Лесніченко Н. М., Миронович Б. С. Методика діагностики тілесного локусу контролю. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2020. Вип. 62. С. 294–316. DOI: 10.34142/23129387.2020.62.17
6. Wallston K. A., Wallston B. S., DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*. 1978. Vol. 6, № 1. P. 160–170. DOI: 10.1177/109019817800600107
7. Berglund E., Lytsy P., Westerling R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2014. Vol. 14. Art. 492. DOI: 10.1186/1471-2458-14-492
8. Ohrnberger J., Fichera E., Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*. 2017. Vol. 195. P. 42–49. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.008